



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

Cobertura a partir del 1 de enero de 2026

## Para el estado de California

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

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

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

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

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



| ¿Qué encontrará adentro?                     | Página |
|----------------------------------------------|--------|
| Información sobre esta Lista de medicamentos | 3      |
| • Preguntas frecuentes                       | 3      |
| • Palabras que quizás necesite conocer       | II     |
| • Acerca de esta Lista de medicamentos       | 13     |
| • Cómo leer esta Lista de medicamentos       | 13     |
| • Cómo encontrar su medicamento              | 16     |
| Lista de medicamentos con receta             | 19     |
| Exclusiones y limitaciones de la cobertura   | 246    |
| Índice de medicamentos                       | 247    |

### 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** (National Preferred de 5 niveles) de la lista desplegable. Después escriba el nombre de su medicamento o vea la Lista completa.
- **Aplicación myCigna<sup>1</sup> 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<sup>®</sup>. Estamos para servirle a toda hora, los 365 días del año.
- **myCigna.com:** Haga clic para chatear de lunes a viernes, de 9:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Este.

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

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

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

# Información sobre esta Lista de medicamentos

## Preguntas frecuentes

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

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

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

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

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

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

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

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

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

### **P. ¿Cómo deciden qué medicamentos cubrir?**

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

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

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

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

### **P. ¿Cómo sé si un medicamento necesita aprobación?**

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

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

# Información sobre esta Lista de medicamentos

## Preguntas frecuentes (cont.)

### P. ¿Qué tipos de medicamentos generalmente necesitan aprobación?

#### R. Medicamentos que:

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

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

#### R. Medicamentos que:

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

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

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

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

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

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

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

#### R. Pídale al personal del consultorio de su médico

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

## Información sobre esta Lista de medicamentos

### Preguntas frecuentes (cont.)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## Información sobre esta Lista de medicamentos

### Preguntas frecuentes (cont.)

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

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

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

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

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

# Información sobre esta Lista de medicamentos

## Preguntas frecuentes (cont.)

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 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.<sup>2</sup>

### **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.<sup>3</sup> 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.<sup>3</sup>

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

**R.** Los medicamentos genéricos y los de marca pueden:<sup>3</sup>

- 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

# Información sobre esta Lista de medicamentos

## Preguntas frecuentes (cont.)

resultados clínicos y beneficios de tratamiento. No hay diferencias clínicas en cuanto a su seguridad ni a cómo actúan. Además, suelen costar menos.<sup>4</sup>

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

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

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

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

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

R. Depende de su plan. Algunos planes le exigen que despache sus medicamentos de mantenimiento a través de Express Scripts® Pharmacy y/o sus medicamentos de especialidad a través de la farmacia de especialidad Accredo® para que estén cubiertos.<sup>5</sup> 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.<sup>5</sup>

### 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.<sup>6</sup>

- 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.<sup>7</sup>
- Use un plan de pagos (si lo necesita).

### Estas son dos maneras sencillas de comenzar:

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

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

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

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

# Información sobre esta Lista de medicamentos

## Preguntas frecuentes (cont.)

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.

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.<sup>5</sup> 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

# Información sobre esta Lista de medicamentos

## Preguntas frecuentes (cont.)

beneficios. Inicie sesión en la aplicación myCigna o en **myCigna.com**, o consulte los materiales de su plan, para obtener más información sobre cómo cubre su plan sus medicamentos.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## Información sobre esta Lista de medicamentos

### Preguntas frecuentes (cont.)

- **Suministros para diabéticos:** Tienen cobertura según el costo compartido aplicable.
- **Hormonas del crecimiento:** Necesitan la aprobación de Cigna Healthcare para que su plan 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 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 | <b>Genéricos preferidos.</b> 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. <sup>3</sup> | \$         |
| Nivel 2 | <b>Genéricos no preferidos.</b> Estos medicamentos pueden costar más que los medicamentos genéricos preferidos. <sup>3</sup>                                                                                                                                              | \$\$       |
| Nivel 3 | <b>Marcas preferidas.</b> Estos medicamentos en general tienen una o más alternativas genéricas de menor costo que tratan la misma condición.                                                                                                                             | \$\$\$     |
| Nivel 4 | <b>Marcas no preferidas.</b> Estos medicamentos en general tienen una o más alternativas genéricas y/o de marca preferida que tratan la misma condición.                                                                                                                  | \$\$\$\$   |
| Nivel 5 | <b>Medicamentos de especialidad de marca.</b> Estos medicamentos están cubiertos con el costo compartido más alto de su plan. Los medicamentos de especialidad genéricos están cubiertos en un nivel inferior.                                                            | \$\$\$\$\$ |

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

## Información sobre esta Lista de medicamentos

### Cómo leer esta Lista de medicamentos (cont.)

#### Letras (siglas) en la columna Notas

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

|       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|-------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| PA    | <b>Autorización previa*</b> : 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    | <b>Límite a la cantidad*</b> : 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    | <b>Tratamiento escalonado*</b> : 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.<br><br>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   | <b>Requisito de edad*</b> : 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 <b>medicamento de especialidad</b> , 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    | <b>Medicamentos para entrega a domicilio</b> : 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 <b>Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud a Bajo Precio (PPACA)</b> 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   | <b>Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos</b> : 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 de Cigna Healthcare.\*

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

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

# Información sobre esta Lista de medicamentos

## Cómo encontrar su medicamento

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

| Condición                                                                        | Página | Condición                                                                                                                   | Página |
|----------------------------------------------------------------------------------|--------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|
| <b>Analgésicos</b><br>(alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)               | 19-24  | <b>Antiinfecciosos/Varios</b> (infecciones)                                                                                 | 52, 53 |
| <b>Analgésicos</b> (condiciones urinarias)                                       | 24     | <b>Antiinfecciosos/Varios</b> (varios)                                                                                      | 53, 54 |
| <b>Anestésicos</b> (varios)                                                      | 24, 25 | <b>Antiinfecciosos/Varios</b> (condiciones cutáneas)                                                                        | 54     |
| <b>Anestésicos</b><br>(alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)               | 25     | <b>Agentes inhibidores del factor de necrosis tumoral antiinflamatorios</b><br>(alivio del dolor y enfermedad inflamatoria) | 54     |
| <b>Anestésicos</b> (condiciones urinarias)                                       | 25     | <b>Antineoplásicos</b> (cáncer)                                                                                             | 54-62  |
| <b>Antialérgicos</b> (alergia y rociadores nasales)                              | 26     | <b>Antineoplásicos</b> (condiciones cutáneas)                                                                               | 62     |
| <b>Antiartríticos</b><br>(alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)            | 26-29  | <b>Medicamentos contra la obesidad</b><br>(control del peso)                                                                | 62, 63 |
| <b>Antiasmáticos</b> (asma/EPOC/condiciones respiratorias)                       | 29-32  | <b>Antiparasitarios</b> (condiciones oculares)                                                                              | 64     |
| <b>Antibióticos</b> (medicamentos para los oídos)                                | 33     | <b>Antiparasitarios</b> (infecciones)                                                                                       | 64     |
| <b>Antibióticos</b> (condiciones oculares)                                       | 33, 34 | <b>Medicamentos antiparkinsonianos</b><br>(enfermedad de Parkinson)                                                         | 64, 65 |
| <b>Antibióticos</b> (infecciones)                                                | 34-40  | <b>Medicamentos antiplaquetarios</b><br>(diluyentes de la sangre/anticoagulantes)                                           | 65     |
| <b>Antibióticos</b> (condiciones cutáneas)                                       | 41, 42 | <b>Antivíricos</b> (SIDA/VIH)                                                                                               | 66-68  |
| <b>Anticoagulantes</b> (diluyentes de la sangre/ anticoagulantes)                | 42-44  | <b>Antivíricos</b> (condiciones oculares)                                                                                   | 68     |
| <b>Antídotos</b> (condiciones gastrointestinales/ pirosis)                       | 44     | <b>Antivíricos</b> (infecciones)                                                                                            | 69, 70 |
| <b>Antídotos</b> (abuso de sustancias)                                           | 44     | <b>Antivíricos</b> (condiciones cutáneas)                                                                                   | 70, 71 |
| <b>Antimicóticos</b> (condiciones oculares)                                      | 44     | <b>Medicamentos para el sistema nervioso autónomo</b> (alergia/rociadores nasales)                                          | 71     |
| <b>Antimicóticos</b> (productos femeninos)                                       | 44     | <b>Medicamentos para el sistema nervioso autónomo</b> (enfermedad de Alzheimer)                                             | 71     |
| <b>Antimicóticos</b> (infecciones)                                               | 44, 45 | <b>Medicamentos para el sistema nervioso autónomo</b><br>(trastorno de déficit de atención e hiperactividad)                | 72     |
| <b>Antimicóticos</b> (condiciones cutáneas)                                      | 46, 47 | <b>Medicamentos para el sistema nervioso autónomo</b><br>(medicamentos para la presión arterial/para el corazón)            | 72     |
| <b>Antihistamínicos y descongestivos combinados</b> (alergia/rociadores nasales) | 47     | <b>Medicamentos para el sistema nervioso autónomo</b> (condiciones urinarias)                                               | 72, 73 |
| <b>Antihistamínicos</b> (alergia/rociadores nasales)                             | 47     | <b>Productos biológicos</b> (alergia/rociadores nasales)                                                                    | 73     |
| <b>Antihistamínicos</b> (condiciones oculares)                                   | 48     | <b>Productos biológicos</b><br>(medicamentos para la presión arterial/para el corazón)                                      | 73     |
| <b>Antihiper glucémicos</b> (diabetes)                                           | 48-52  | <b>Productos biológicos</b> (varios)                                                                                        | 73     |
| <b>Antiinfecciosos</b> (productos femeninos)                                     | 52     | <b>Productos biológicos</b> (vacunas)                                                                                       | 73-76  |
| <b>Antiinfecciosos/Varios</b> (productos femeninos)                              | 52     | <b>Sangre</b> (modificadores de la sangre/trastornos hemorrágicos)                                                          | 76-78  |
|                                                                                  |        | <b>Sangre</b> (diluyentes de la sangre/ anticoagulantes)                                                                    | 78     |

## Información sobre esta Lista de medicamentos

### Cómo encontrar su medicamento (cont.)

| Condición                                                                                               | Página   | Condición                                                                                 | Página   |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|-------------------------------------------------------------------------------------------|----------|
| <b>Medicamentos para enfermedades cardíacas</b> (medicamentos para la presión arterial/para el corazón) | 78-80    | <b>Gastrointestinales</b> (alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)                    | 124      |
| <b>Cardiovasculares</b> (asma/EPOC/condiciones respiratorias)                                           | 80, 81   | <b>Hormonas</b> (condiciones gastrointestinales/pirosis)                                  | 125      |
| <b>Cardiovasculares</b> (medicamentos para la presión arterial/para el corazón)                         | 81-85    | <b>Hormonas</b> (agentes hormonales)                                                      | 125-129  |
| <b>Cardiovasculares</b> (medicamentos para el colesterol)                                               | 86, 87   | <b>Hormonas</b> (infertilidad)                                                            | 129, 130 |
| <b>Medicamentos para el sistema nervioso central</b> (enfermedad de Alzheimer)                          | 88       | <b>Hormonas</b> (varias)                                                                  | 130      |
| <b>Medicamentos para el sistema nervioso central</b> (varios)                                           | 88, 89   | <b>Hormonas</b> (productos para la osteoporosis)                                          | 130      |
| <b>Medicamentos para el sistema nervioso central</b> (esclerosis múltiple)                              | 89, 90   | <b>Inmunosupresores</b> (alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)                      | 130, 131 |
| <b>Medicamentos para el sistema nervioso central</b> (alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)       | 90       | <b>Inmunosupresores</b> (condiciones cutáneas)                                            | 131      |
| <b>Medicamentos para el sistema nervioso central</b> (trastornos convulsivos)                           | 90-94    | <b>Inmunosupresores</b> (medicamentos para trasplante)                                    | 132      |
| <b>Medicamentos para el sistema nervioso central</b> (trastornos del sueño/sedantes)                    | 94       | <b>Dispositivos y suministros médicos varios, no farmacológicos</b> (diabetes)            | 133-154  |
| <b>Factores estimulantes de colonias</b> (modificadores de la sangre/trastornos hemorrágicos)           | 94       | <b>Dispositivos y suministros médicos varios, no farmacológicos</b> (varios)              | 154-163  |
| <b>Factores estimulantes de colonias</b> (cáncer)                                                       | 94       | <b>Relajantes musculares</b> (alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)                 | 163, 164 |
| <b>Anticonceptivos</b> (productos anticonceptivos)                                                      | 95, 96   | <b>Vitaminas prenatales</b> (nutritivas/alimenticias)                                     | 165-169  |
| <b>Preparaciones para la tos/el resfrío</b> (alergia/rociadores nasales)                                | 96       | <b>Medicamentos psicoterapéuticos</b> (ansiedad/depresión/trastorno bipolar)              | 169-173  |
| <b>Preparaciones para la tos/el resfrío</b> (medicamentos para la tos/el resfrío)                       | 96, 97   | <b>Medicamentos psicoterapéuticos</b> (trastorno de déficit de atención e hiperactividad) | 173, 174 |
| <b>Diagnóstico</b> (diabetes)                                                                           | 97, 98   | <b>Medicamentos psicoterapéuticos</b> (varios)                                            | 174      |
| <b>Diagnóstico</b> (varios)                                                                             | 98-100   | <b>Medicamentos psicoterapéuticos</b> (esquizofrenia/antipsicóticos)                      | 175, 176 |
| <b>Diuréticos</b> (diuréticos)                                                                          | 100-102  | <b>Medicamentos psicoterapéuticos</b> (trastornos convulsivos)                            | 177      |
| <b>Preparaciones para los ojos, los oídos, la nariz y la garganta</b> (alergia/rociadores nasales)      | 102, 103 | <b>Medicamentos psicoterapéuticos</b> (trastornos del sueño/sedantes)                     | 177      |
| <b>Preparaciones para los ojos, los oídos, la nariz y la garganta</b> (medicamentos para los oídos)     | 103      | <b>Sedantes/hipnóticos</b> (trastornos del sueño/sedantes)                                | 177, 178 |
| <b>Preparaciones para los ojos, los oídos, la nariz y la garganta</b> (condiciones oculares)            | 103-108  | <b>Preparaciones cutáneas</b> (varias)                                                    | 178-180  |
| <b>Elect./calóricos/H<sub>2</sub>O</b> (medicamentos para el colesterol)                                | 108      | <b>Preparaciones cutáneas</b> (alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)                | 180      |
| <b>Elect./calóricos/H<sub>2</sub>O</b> (productos dentales)                                             | 108, 109 | <b>Preparaciones cutáneas</b> (condiciones cutáneas)                                      | 180-190  |
| <b>Elect./calóricos/H<sub>2</sub>O</b> (diabetes)                                                       | 109, 110 | <b>Agentes para dejar de fumar</b> (productos para dejar de fumar)                        | 190      |
| <b>Elect./calóricos/H<sub>2</sub>O</b> (varios)                                                         | 110      | <b>Preparaciones para la tiroides</b> (agentes hormonales)                                | 190, 191 |
| <b>Elect./calóricos/H<sub>2</sub>O</b> (nutritivos/alimenticios)                                        | 110-117  | <b>Productos farmacológicos no clasificados</b> (SIDA/VIH)                                | 191      |
| <b>Elect./calóricos/H<sub>2</sub>O</b> (condiciones urinarias)                                          | 117      |                                                                                           |          |
| <b>Gastrointestinales</b> (medicamentos para el colesterol)                                             | 118      |                                                                                           |          |
| <b>Gastrointestinales</b> (condiciones gastrointestinales/pirosis)                                      | 118-124  |                                                                                           |          |

## Información sobre esta Lista de medicamentos

### Cómo encontrar su medicamento (cont.)

| Condición                                                                                        | Página   | Condición                                                                             | Página   |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|---------------------------------------------------------------------------------------|----------|
| Productos farmacológicos no clasificados (asma/EPOC/condiciones respiratorias)                   | 191, 192 | Productos farmacológicos no clasificados (productos para la osteoporosis)             | 199      |
| Productos farmacológicos no clasificados (modificadores de la sangre/trastornos hemorrágicos)    | 192      | Productos farmacológicos no clasificados (alivio del dolor y enfermedad inflamatoria) | 200      |
| Productos farmacológicos no clasificados (medicamentos para la presión arterial/para el corazón) | 192      | Productos farmacológicos no clasificados (trastornos convulsivos)                     | 200      |
| Productos farmacológicos no clasificados (cáncer)                                                | 192      | Productos farmacológicos no clasificados (condiciones cutáneas)                       | 200      |
| Productos farmacológicos no clasificados (productos dentales)                                    | 192, 193 | Productos farmacológicos no clasificados (abuso de sustancias)                        | 200      |
| Productos farmacológicos no clasificados (disfunción eréctil)                                    | 193, 194 | Productos farmacológicos no clasificados (medicamentos para trasplante)               | 201      |
| Productos farmacológicos no clasificados (condiciones oculares)                                  | 194      | Productos farmacológicos no clasificados (condiciones urinarias)                      | 201, 202 |
| Productos farmacológicos no clasificados (condiciones gastrointestinales/pirosis)                | 194      | Productos farmacológicos no clasificados (control del peso)                           | 202      |
| Productos farmacológicos no clasificados (agentes hormonales)                                    | 195      | Vitaminas (nutritivas/alimenticias)                                                   | 202-245  |
| Productos farmacológicos no clasificados (varios)                                                | 195-198  | Vitaminas (vitaminas)                                                                 | 245      |
| Productos farmacológicos no clasificados (nutritivos/alimenticios)                               | 199      |                                                                                       |          |

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

T1 – Genéricos preferidos  
T2 – Genéricos no preferidos  
T3 – Marcas preferidas  
T4 – Marcas no preferidas

T5 – Medicamentos de especialidad de marca  
PA – Autorización previa  
QL – Límite a la cantidad

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

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

## Lista de medicamentos con receta

### ANALGÉSICOS (Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria) (cont.)

| Nombre del medicamento con receta               | Nivel del medicamento | Requisitos y límites de cobertura |
|-------------------------------------------------|-----------------------|-----------------------------------|
| <b>PREPARACIONES ANTIMIGRAÑOSAS (cont.)</b>     |                       |                                   |
| MIGRANAL ( <i>dihydroergotamine mesylate</i> )  | T4                    | ST QL (8 mls/fill)                |
| <i>naratriptan hcl</i> (Amerge)                 | T2                    | QL (9 tabs/fill)                  |
| NURTEC ODT                                      | T3                    | PA QL (16 tabs/fill)              |
| QULIPTA                                         | T3                    | PA QL (30 tabs/30 days)           |
| REYVOW                                          | T4                    | PA QL (8 tabs/fill)               |
| <i>rizatriptan benzoate</i> (Maxalt)            | T2                    | QL (18 tabs/fill)                 |
| <i>sumatriptan</i>                              | T2                    | QL (6 units/30 days)              |
| <i>sumatriptan 4 mg/0.5 ml inject</i> (Imitrex) | T2                    | QL (2 pens/fill)                  |
| <i>sumatriptan 6 mg/0.5 ml cart</i> (Imitrex)   | T2                    | QL (1 ml/fill)                    |
| <i>sumatriptan 6 mg/0.5 ml inject</i> (Imitrex) | T2                    | QL (2 pens/fill)                  |
| <i>sumatriptan 6 mg/0.5 ml vial</i>             | T2                    | QL (2 vials/fill)                 |
| TOSYMRA                                         | T4                    | ST QL (6 units/fill)              |
| UBRELVY                                         | T3                    | PA QL (10 tabs/fill)              |
| ZEMBRACE SYMTOUCH                               | T4                    | ST QL (4 pens/fill)               |
| <i>zolmitriptan</i>                             | T2                    | QL (6 tabs/30 days)               |
| <i>zolmitriptan 2.5 mg tablet</i> (Zomig)       | T2                    | QL (6 tabs/fill)                  |
| <i>zolmitriptan 5 mg nasal spray</i> (Zomig)    | T2                    | ST QL (6 units/fill)              |
| <i>zolmitriptan 5 mg tablet</i> (Zomig)         | T2                    | QL (6 tabs/fill)                  |
| ZOMIG 2.5 MG NASAL SPRAY                        | T3                    | ST QL (6 units/30 days)           |
| ZOMIG 5 MG NASAL SPRAY ( <i>zolmitriptan</i> )  | T4                    | ST QL (6 units/fill)              |
| ZOLMITRIPTAN 2.5 MG NASAL SPRAY                 | T4                    | ST QL (6 units/30 days)           |

### ANTIINFLAM. NO ESTEROIDEOS NASALES, INHIB. NO SELECTIVOS DE COX, ANALGÉSICOS SISTÉMICOS

|       |    |                      |
|-------|----|----------------------|
| SPRIX | T4 | ST QL (5 units/fill) |
|-------|----|----------------------|

### ANTIINFLAM. NO ESTEROIDEOS, ANALGÉSICOS DEL TIPO DE INHIBIDORES DE LA CICLOOXIGENASA

|                                                  |    |                   |
|--------------------------------------------------|----|-------------------|
| <i>diclofenac pot 25mg tablet</i>                | T2 | ST HD             |
| <i>diclofenac pot 50 mg tablet</i>               | T2 | HD                |
| <i>diclofenac pot 50 mg powdr pkt</i>            | T2 | HD                |
| <i>diclofenac potassium</i>                      | T2 | ST HD             |
| <i>diclofenac potassium 25 mg cap</i> (Zipsor)   | T2 | ST HD             |
| <i>ketorolac 15 mg/ml syr</i>                    | T2 |                   |
| <i>ketorolac 10 mg tablet</i>                    | T2 | QL (20 tabs/fill) |
| <i>ketorolac 15 mg/ml carpject, syr, syringe</i> | T2 | HD                |
| <i>ketorolac 15 mg/ml vial</i>                   | T2 |                   |

T1 – Genéricos preferidos

T2 – Genéricos no preferidos

T3 – Marcas preferidas

T4 – Marcas no preferidas

T5 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

## Lista de medicamentos con receta

### ANALGÉSICOS (Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria) (cont.)

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

#### ANTIINFLAM. NO ESTEROIDEOS, ANALGÉSICOS DEL TIPO DE INHIBIDORES DE LA CICLOOXIGENASA (cont.)

|                                     |    |    |
|-------------------------------------|----|----|
| <i>ketorolac 30 mg/ml syr</i>       | T2 | HD |
| <i>ketorolac 30 mg/ml syringe</i>   | T2 |    |
| <i>ketorolac 30 mg/ml vial</i>      | T2 |    |
| <i>ketorolac 300 mg/10 ml vial</i>  | T2 |    |
| <i>ketorolac 60 mg/2 ml syringe</i> | T2 |    |
| <i>ketorolac 60 mg/2 ml vial</i>    | T2 |    |
| <i>mefenamic acid</i>               | T2 | HD |

#### ANALGÉSICOS OPIOIDES Y ANALGÉSICOS NO SALICILATOS

|                                                |    |                       |
|------------------------------------------------|----|-----------------------|
| <i>acetaminophen with codeine</i>              | T2 | PA QL                 |
| <i>hydrocodone-acetamin 2.5-325</i>            | T2 | PA QL (12 ds/60 days) |
| <i>hydrocodone-acetamin 10-300 mg</i>          | T2 | PA QL                 |
| <i>hydrocodone-acetamin 10-325 mg</i>          | T2 | PA QL                 |
| <i>hydrocodone-acetamin 10-300/15 (Lortab)</i> | T2 | PA QL (12 ds/60 days) |
| <i>hydrocodone-acetamin 10-325/15</i>          | T2 | PA QL                 |
| HYDROCODONE-ACETAMIN 2.5-108/5                 | T4 | PA QL                 |
| HYDROCODONE-ACETAMIN 5-217/10                  | T4 | PA QL                 |
| <i>hydrocodone-acetamin 5-300 mg</i>           | T2 | PA QL                 |
| <i>hydrocodone-acetamin 5-325 mg</i>           | T2 | PA QL                 |
| <i>hydrocodone-acetamin 7.5-300</i>            | T2 | PA QL                 |
| <i>hydrocodone-acetamin 7.5-325/15</i>         | T2 | PA QL                 |
| HYDROCODONE-ACETAMIN 7.5-325/15                | T4 | PA QL                 |
| LORTAB ( <i>hydrocodone/acetaminophen</i> )    | T4 | PA QL (12 ds/60 days) |
| NALOCET                                        | T4 | PA QL                 |
| <i>oxycodone hcl/acetaminophen</i>             | T2 | PA QL                 |
| <i>tramadol hcl/acetaminophen</i>              | T2 | PA QL (12 ds/60 days) |

#### COMBINACIÓN DE ANALGÉSICOS OPIOIDES Y ANTIINFLAMATORIOS NO ESTEROIDEOS

|                              |    |       |
|------------------------------|----|-------|
| <i>hydrocodone/ibuprofen</i> | T2 | PA QL |
|------------------------------|----|-------|

#### COMB. DE ANALGÉSICOS OPIOIDES, NO SALICILATOS Y XANTINAS

|                                      |    |       |
|--------------------------------------|----|-------|
| <i>acetaminophen/caff/dihydrocod</i> | T2 | PA QL |
| TREXIX                               | T4 | PA QL |

#### ANALGÉSICOS OPIOIDES

|                                   |    |       |
|-----------------------------------|----|-------|
| ABSTRAL                           | T4 | PA QL |
| ACTIQ ( <i>fentanyl citrate</i> ) | T4 | PA QL |

T1 – Genéricos preferidos

T2 – Genéricos no preferidos

T3 – Marcas preferidas

T4 – Marcas no preferidas

T5 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

## Lista de medicamentos con receta

| ANALGÉSICOS (Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria) (cont.) |                       |                                   |
|------------------------------------------------------------------|-----------------------|-----------------------------------|
| Nombre del medicamento con receta                                | Nivel del medicamento | Requisitos y límites de cobertura |
| <b>ANALGÉSICOS OPIOIDES (cont.)</b>                              |                       |                                   |
| BELBUCA                                                          | T3                    | PA QL (60 films/30 days)          |
| <i>buprenorphine</i> (Butrans)                                   | T2                    | PA                                |
| <i>butorphanol tartrate</i>                                      | T2                    | PA QL (12 ds/180 days)            |
| <i>codeine sulfate</i>                                           | T2                    | PA QL                             |
| DILAUDID ( <i>hydromorphone hcl</i> )                            | T4                    | PA QL                             |
| <i>fentanyl</i>                                                  | T2                    | PA QL (15 patches/30 days)        |
| <i>fentanyl cit otc 1,200 mcg</i>                                | T2                    | PA QL (90 lozs/30 days)           |
| <i>fentanyl cit otc 1,600 mcg</i> (Actiq)                        | T2                    | PA QL                             |
| FENTANYL CIT 400 MCG BUCCAL TB                                   | T4                    | PA QL (90 tabs/30 days)           |
| FENTANYL CIT 600 MCG BUCCAL TB                                   | T4                    | PA QL (90 tabs/30 days)           |
| FENTANYL CIT 800 MCG BUCCAL TB                                   | T4                    | PA QL (90 tabs/30 days)           |
| <i>fentanyl citrate otc 200 mcg</i>                              | T2                    | PA QL (90 lozs/30 days)           |
| <i>fentanyl citrate otc 400 mcg</i>                              | T2                    | PA QL (90 lozs/30 days)           |
| <i>fentanyl citrate otc 800 mcg</i>                              | T2                    | PA QL (90 lozs/30 days)           |
| <i>hydrocodone er 10 mg capsule</i>                              | T2                    | PA QL (90 caps/30 days)           |
| <i>hydrocodone er 15 mg capsule</i>                              | T2                    | PA QL (90 caps/30 days)           |
| <i>hydrocodone er 20 mg capsule</i>                              | T2                    | PA QL (90 caps/30 days)           |
| <i>hydrocodone er 30 mg capsule</i>                              | T2                    | PA QL (90 caps/30 days)           |
| <i>hydrocodone er 40 mg capsule</i>                              | T2                    | PA QL (90 caps/30 days)           |
| <i>hydrocodone er 50 mg capsule</i>                              | T2                    | PA QL (90 caps/30 days)           |
| <i>hydrocodone er 20 mg tablet</i> (Hysingla Er)                 | T2                    | PA QL (60 tabs/30 days)           |
| <i>hydrocodone er 30 mg tablet</i> (Hysingla Er)                 | T2                    | PA QL (60 tabs/30 days)           |
| <i>hydrocodone er 40 mg tablet</i> (Hysingla Er)                 | T2                    | PA QL (60 tabs/30 days)           |
| <i>hydrocodone er 60 mg tablet</i> (Hysingla Er)                 | T2                    | PA QL (60 tabs/30 days)           |
| <i>hydrocodone er 80 mg tablet</i> (Hysingla Er)                 | T2                    | PA QL (60 tabs/30 days)           |
| <i>hydrocodone er 100 mg tablet</i> (Hysingla Er)                | T2                    | PA QL (60 tabs/30 days)           |
| <i>hydrocodone er 120 mg tablet</i>                              | T2                    | PA QL (60 tabs/30 days)           |
| <i>hydromorphone hcl</i>                                         | T2                    | PA QL (60 tabs/30 days)           |
| <i>hydromorphone hcl</i> (Dilaudid)                              | T2                    | PA QL                             |
| HYSINGLA ER ( <i>hydrocodone bitartrate</i> )                    | T3                    | PA QL (60 tabs/30 days)           |
| KADIAN                                                           | T4                    | ST QL (90 caps/30 days)           |
| KADIAN ( <i>morphine sulfate</i> )                               | T4                    | ST QL (90 caps/30 days)           |
| LAZANDA 100 MCG NASAL SPRAY                                      | T4                    | PA QL (23 units/30 days)          |

T1 – Genéricos preferidos

T2 – Genéricos no preferidos

T3 – Marcas preferidas

T4 – Marcas no preferidas

T5 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

## Lista de medicamentos con receta

### ANALGÉSICOS (Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria) (cont.)

| Nombre del medicamento con receta          | Nivel del medicamento | Requisitos y límites de cobertura |
|--------------------------------------------|-----------------------|-----------------------------------|
| <b>ANALGÉSICOS OPIOIDES (cont.)</b>        |                       |                                   |
| LAZANDA 400 MCG NASAL SPRAY                | T4                    | PA QL (23 units/30 days)          |
| methadone hcl                              | T1                    |                                   |
| methadone hcl                              | T2                    |                                   |
| morphine sulfate                           | T2                    |                                   |
| morphine sulf er 15 mg tablet (Ms Contin)  | T2                    | PA QL (120 tabs/30 days)          |
| morphine sulf er 30 mg tablet (Ms Contin)  | T2                    | PA QL (120 tabs/30 days)          |
| morphine sulf er 60 mg tablet (Ms Contin)  | T2                    | PA QL (120 tabs/30 days)          |
| morphine sulf er 100 mg tablet (Ms Contin) | T2                    | PA QL (120 tabs/30 days)          |
| morphine sulf er 200 mg tablet (Ms Contin) | T2                    | PA QL (120 tabs/30 days)          |
| morphine sulfate er 10 mg cap (Kadian)     | T2                    | ST QL (90 caps/30 days)           |
| morphine sulfate er 50 mg cap (Kadian)     | T2                    | ST QL (90 caps/30 days)           |
| morphine sulfate er 60 mg cap (Kadian)     | T2                    | ST QL (90 caps/30 days)           |
| morphine sulfate er 80 mg cap (Kadian)     | T2                    | ST QL (90 caps/30 days)           |
| morphine sulfate er 100 mg cap (Kadian)    | T2                    | ST QL (90 caps/30 days)           |
| morphine sulfate er 10 mg cap              | T2                    | PA QL (90 caps/30 days)           |
| morphine sulfate er 20 mg cap              | T2                    | PA QL (90 caps/30 days)           |
| morphine sulfate er 30 mg cap              | T2                    | PA QL (60 caps/30 days)           |
| morphine sulfate er 30 mg cap              | T2                    | PA QL (90 caps/30 days)           |
| morphine sulfate er 45 mg cap              | T2                    | PA QL (60 caps/30 days)           |
| morphine sulfate er 50 mg cap              | T2                    | PA QL (90 caps/30 days)           |
| morphine sulfate er 60 mg cap              | T2                    | PA QL (60 caps/30 days)           |
| morphine sulfate er 60 mg cap              | T2                    | PA QL (90 caps/30 days)           |
| morphine sulfate er 75 mg cap              | T2                    | PA QL (60 caps/30 days)           |
| morphine sulfate er 80 mg cap              | T2                    | PA QL (90 caps/30 days)           |
| morphine sulfate er 90 mg cap              | T2                    | PA QL (60 caps/30 days)           |
| morphine sulfate er 100 mg cap             | T2                    | PA QL (90 caps/30 days)           |
| morphine sulfate er 120 mg cap             | T2                    | PA QL (60 caps/30 days)           |
| MS CONTIN (morphine sulfate)               | T4                    | ST QL (120 tabs/30 days)          |
| opium/belladonna alkaloids                 | T2                    | PA QL                             |
| oxycodone hcl (ir) 10 mg tab               | T2                    | PA QL (12 ds/60 days)             |
| oxycodone hcl (ir) 15 mg tab (Roxicodone)  | T2                    | PA QL (12 ds/60 days)             |
| oxycodone hcl (ir) 20 mg tab               | T2                    | PA QL (12 ds/60 days)             |
| oxycodone hcl (ir) 30 mg tab (Roxicodone)  | T2                    | PA QL (12 ds/60 days)             |
| oxycodone hcl (ir) 5 mg cap                | T2                    | PA QL (12 ds/60 days)             |

T1 – Genéricos preferidos

T2 – Genéricos no preferidos

T3 – Marcas preferidas

T4 – Marcas no preferidas

T5 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

## Lista de medicamentos con receta

### ANALGÉSICOS (Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria) (cont.)

| Nombre del medicamento con receta                  | Nivel del medicamento | Requisitos y límites de cobertura |
|----------------------------------------------------|-----------------------|-----------------------------------|
| <b>ANALGÉSICOS OPIOIDES (cont.)</b>                |                       |                                   |
| <i>oxycodone hcl (ir) 5 mg tablet (Roxicodone)</i> | T2                    | PA QL (12 ds/60 days)             |
| <i>oxycodone hcl 100 mg/5 ml conc</i>              | T2                    | PA QL (12 ds/60 days)             |
| <i>oxycodone hcl 5 mg/5 ml cup</i>                 | T2                    | PA QL (12 ds/60 days)             |
| <i>oxycodone hcl 5 mg/5 ml soln</i>                | T2                    | PA QL (12 ds/60 days)             |
| OXYCONTIN                                          | T4                    | PA QL (90 tabs/30 days)           |
| <i>oxymorphone hcl</i>                             | T2                    | PA QL (90 tabs/30 days)           |
| <i>pentazocine hcl/naloxone hcl</i>                | T2                    | PA QL                             |
| ROXICODONE ( <i>oxycodone hcl</i> )                | T4                    | PA QL                             |
| SUBSYS                                             | T4                    | PA QL (90 units/30 days)          |
| <i>tramadol hcl 100 mg tablet</i>                  | T2                    | PA QL (12 ds/60 days)             |
| <i>tramadol er 100 mg tablet</i>                   | T2                    | PA QL (30 tabs/30 days)           |
| <i>tramadol er 200 mg tablet</i>                   | T2                    | PA QL (30 tabs/30 days)           |
| <i>tramadol er 300 mg tablet</i>                   | T2                    | PA QL (30 tabs/30 days)           |
| <i>tramadol hcl 50 mg tablet</i>                   | T2                    | PA QL (240 tabs/fill)             |
| <i>tramadol hcl 50 mg tablet</i>                   | T2                    | PA QL                             |
| <i>tramadol hcl er 100 mg tablet</i>               | T2                    | PA QL (30 tabs/30 days)           |
| <i>tramadol hcl er 200 mg tablet</i>               | T2                    | PA QL (30 tabs/30 days)           |
| <i>tramadol hcl er 300 mg tablet</i>               | T2                    | PA QL (30 tabs/30 days)           |

### ANALGÉSICOS OPIOIDES Y SALICILATOS, BARBITÚRICOS Y XANTINAS

|                                        |    |       |
|----------------------------------------|----|-------|
| <i>codeine/butalbital/asa/caffeine</i> | T2 | PA QL |
|----------------------------------------|----|-------|

### ANALGÉSICOS OPIOIDES, NO SALICILATOS, BARBITÚRICOS Y XANTINAS

|                                                                 |    |       |
|-----------------------------------------------------------------|----|-------|
| <i>butalbit/acetamin/caff/codeine</i>                           | T2 |       |
| <i>butalbit/acetamin/caff/codeine (Fioricet With Codeine)</i>   | T2 | PA QL |
| FIORICET WITH CODEINE ( <i>butalbit/acetamin/caff/codeine</i> ) | T4 | PA QL |

### RELAJANTES DE LOS MÚSCULOS ESQUELÉTICOS, ANALGÉSICOS SALICILATOS, OPIOIDES

|                                     |    |       |
|-------------------------------------|----|-------|
| <i>carisoprodol/aspirin/codeine</i> | T2 | PA QL |
|-------------------------------------|----|-------|

### ANALGÉSICOS (Condiciones urinarias)

#### AGENTES ANALGÉSICOS DE LAS VÍAS URINARIAS

|          |    |  |
|----------|----|--|
| ELMIRON  | T3 |  |
| RIMSO-50 | T4 |  |

### ANESTÉSICOS (Varios)

#### ANESTÉSICOS GENERALES, PARA INHALACIÓN

|                   |    |  |
|-------------------|----|--|
| <i>desflurane</i> | T2 |  |
|-------------------|----|--|

T1 – Genéricos preferidos

T2 – Genéricos no preferidos

T3 – Marcas preferidas

T4 – Marcas no preferidas

T5 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

## Lista de medicamentos con receta

### ANESTÉSICOS (Varios) (cont.)

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

#### ANESTÉSICOS GENERALES, PARA INHALACIÓN (cont.)

|                               |    |  |
|-------------------------------|----|--|
| <i>isoflurane</i>             | T2 |  |
| <i>sevoflurane</i> (Ultane)   | T2 |  |
| SUPRANE                       | T4 |  |
| ULTANE ( <i>sevoflurane</i> ) | T4 |  |

### ANESTÉSICOS (Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)

#### ANESTÉSICOS LOCALES

|                                       |    |                     |
|---------------------------------------|----|---------------------|
| <i>lidocaine hcl</i>                  | T2 | QL (60 mls/30 days) |
| <i>lidocaine hcl</i>                  | T2 |                     |
| <i>lidocaine hcl 2% jel urojet ac</i> | T2 | QL (60 mls/30 days) |
| <i>lidocaine hcl 2% jelly uro-jet</i> | T2 | QL (60 mls/30 days) |
| <i>lidocaine hcl 4% solution</i>      | T2 |                     |

#### ANESTÉSICOS LOCALES TÓPICOS

|                                        |    |                           |
|----------------------------------------|----|---------------------------|
| CETACAIN ANESTHETIC                    | T4 |                           |
| DYCLOPRO                               | T4 |                           |
| L.E.T. (LIDO-EPINEPH-TETRA)            | T4 |                           |
| LIDOCAN II ( <i>lidocaine</i> )        | T4 | PA                        |
| <i>lidocaine</i> (Lidocan li)          | T2 | PA                        |
| <i>lidocaine 5% ointment</i>           | T2 | QL (50 gms/28 days)       |
| <i>lidocaine 5% patch</i> (Lidocan li) | T2 | PA                        |
| <i>lidocaine 5% patch</i> (Lidoderm)   | T2 | PA                        |
| <i>lidocaine hcl</i>                   | T2 |                           |
| <i>lidocaine hcl 4% solution</i>       | T2 |                           |
| <i>lidocaine-prilocaine cream</i>      | T2 | QL (30 gms/30 days) PPACA |
| <i>lidocaine-prilocaine cream</i>      | T2 |                           |
| <i>lidocaine/racepinep/tetracaine</i>  | T2 |                           |
| SYNERA                                 | T4 | PA                        |
| ZTLIDO                                 | T3 | PA                        |

### ANESTÉSICOS (Condiciones urinarias)

#### AGENTES ANESTÉSICOS/ANALGÉSICOS DE LAS VÍAS URINARIAS (COLORANTES AZODERIVADOS)

|                                       |    |  |
|---------------------------------------|----|--|
| <i>phenazopyridine hcl</i> (Pyridium) | T2 |  |
|---------------------------------------|----|--|

T1 – Genéricos preferidos  
T2 – Genéricos no preferidos  
T3 – Marcas preferidas  
T4 – Marcas no preferidas

T5 – Medicamentos de especialidad de marca  
PA – Autorización previa  
QL – Límite a la cantidad

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

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

## Lista de medicamentos con receta

| ANTIALÉRGICOS (Alergia/rociadores nasales)                           |                       |                                   |
|----------------------------------------------------------------------|-----------------------|-----------------------------------|
| Nombre del medicamento con receta                                    | Nivel del medicamento | Requisitos y límites de cobertura |
| <b>ESTABILIZADORES DE MASTOCITOS</b>                                 |                       |                                   |
| <i>cromolyn 100 mg/5 ml oral conc</i> (Gastrocrom)                   | T2                    |                                   |
| GASTROCROM ( <i>cromolyn sodium</i> )                                | T4                    |                                   |
| <b>ANTIARTRÍTICOS (Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)</b>   |                       |                                   |
| <b>ANALGÉSICOS/ANTIPIRÉTICOS, SALICILATOS</b>                        |                       |                                   |
| DISALCID ( <i>salsalate</i> )                                        | T4                    | HD                                |
| <i>salsalate</i> (Disalcid)                                          | T2                    | HD                                |
| <b>AGENTES ANTIARTRÍTICOS Y QUELANTES</b>                            |                       |                                   |
| DEPEN ( <i>penicillamine</i> )                                       | T5                    | PA SP                             |
| <i>penicillamine</i> (Cuprimine)                                     | T2                    | PA SP                             |
| <i>penicillamine</i> (Depen)                                         | T2                    | PA SP                             |
| <b>AGENTES ANTIARTRÍTICOS, ANTAGONISTAS DE LOS FOLATOS</b>           |                       |                                   |
| RASUVO                                                               | T4                    | ST                                |
| <b>ANTIINFLAMATORIOS, INHIBIDORES DE LA SÍNTESIS DE PIRIMIDINAS</b>  |                       |                                   |
| ARAVA ( <i>leflunomide</i> )                                         | T4                    | QL (30 tabs/fill) HD              |
| <i>leflunomide</i> (Arava)                                           | T2                    | QL (30 tabs/fill) HD              |
| <b>ANTIINFLAMATORIOS, INHIB. DE LA FOSFODIESTERASA-4 (PDE4)</b>      |                       |                                   |
| OTEZLA 10-20 MG STARTER 28 DAY                                       | T5                    | PA QL (55 tabs/365 days) SP HD    |
| OTEZLA 10-20-30MG START 28 DAY                                       | T5                    | PA QL (55 tabs/365 days) SP HD    |
| OTEZLA 20 MG TABLET                                                  | T5                    | PA QL (60 tabs/30 days) SP HD     |
| OTEZLA 30 MG TABLET                                                  | T5                    | PA QL (60 tabs/30 days) SP HD     |
| OTEZLA XR                                                            | T5                    | PA SP HD                          |
| <b>COLCHICINA</b>                                                    |                       |                                   |
| <i>colchicine 0.6 mg capsule</i> (Mitigare)                          | T2                    | ST                                |
| <i>colchicine 0.6 mg tablet</i> (Colcris)                            | T2                    | HD                                |
| GLOPERBA                                                             | T4                    | HD                                |
| MITIGARE ( <i>colchicine</i> )                                       | T3                    | ST                                |
| <b>SALES DE ORO</b>                                                  |                       |                                   |
| RIDAURA                                                              | T3                    |                                   |
| <b>TRAT. DE LA HIPERURICEMIA - INHIBIDORES DE LA XANTINA OXIDASA</b> |                       |                                   |
| <i>allopurinol</i>                                                   | T1                    | HD                                |
| <i>allopurinol</i> (Zyloprim)                                        | T1                    | HD                                |
| <i>febuxostat</i> (Uloric)                                           | T2                    | ST HD                             |
| ZYLOPRIM ( <i>allopurinol</i> )                                      | T4                    | HD                                |

T1 – Genéricos preferidos  
T2 – Genéricos no preferidos  
T3 – Marcas preferidas  
T4 – Marcas no preferidas

T5 – Medicamentos de especialidad de marca  
PA – Autorización previa  
QL – Límite a la cantidad

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

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

## Lista de medicamentos con receta

### ANTIARTRÍTICOS (Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria) (cont.)

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

#### INHIBIDORES DE LA QUINASA DE JANUS (JAK)

|                          |    |                                |
|--------------------------|----|--------------------------------|
| RINVOQ ER 15 MG TABLET   | T5 | PA QL (30 tabs/fill) SP HD     |
| RINVOQ ER 30 MG TABLET   | T5 | PA QL (30 tabs/fill) SP HD     |
| RINVOQ ER 45 MG TABLET   | T5 | PA QL (56 tabs/365 days) SP HD |
| RINVOQ LQ                | T5 | PA QL (360 mls/30 days) SP HD  |
| XELJANZ 1 MG/ML SOLUTION | T5 | PA QL (300 mls/fill) SP HD     |
| XELJANZ 10 MG TABLET     | T5 | PA QL (60 tabs/fill) SP HD     |
| XELJANZ 5 MG TABLET      | T5 | PA QL (60 tabs/fill) SP HD     |
| XELJANZ XR               | T5 | PA QL (30 tabs/fill) SP HD     |

#### COMB. CONTRAIRRITANTE DE ANTIINFLAMATORIO NO ESTEROIDEO Y RUBEFACIENTE TÓPICO

|                       |    |  |
|-----------------------|----|--|
| COMFORT PAC-IBUPROFEN | T4 |  |
| COMFORT PAC-MELOXICAM | T4 |  |
| COMFORT PAC-NAPROXEN  | T4 |  |

#### ANTIINFLAMATORIOS NO ESTEROIDEOS (INHIB. NO ESPECÍFICOS DE LA COX) Y ANÁLOGOS DE LA PROSTAGLANDINA

|                                                       |    |       |
|-------------------------------------------------------|----|-------|
| ARTHROTEC 50 ( <i>diclofenac sodium/misoprostol</i> ) | T4 | ST HD |
| ARTHROTEC 75 ( <i>diclofenac sodium/misoprostol</i> ) | T4 | ST HD |
| <i>diclofenac sodium/misoprostol</i> (Arthrotec 50)   | T2 | HD    |
| <i>diclofenac sodium/misoprostol</i> (Arthrotec 75)   | T2 | HD    |

#### ANTIINFLAM. NO ESTEROIDEOS, ANALGÉSICOS DEL TIPO DE INHIBIDORES DE LA CICLOOXIGENASA

|                                                   |    |       |
|---------------------------------------------------|----|-------|
| ANAPROX DS ( <i>naproxen sodium</i> )             | T4 | ST HD |
| DAYPRO ( <i>oxaprozin</i> )                       | T4 | ST HD |
| <i>diclofenac sod dr 25 mg, 50 mg, 75 mg tab</i>  | T2 | HD    |
| <i>diclofenac sod ec 25 mg tab</i>                | T2 | HD    |
| <i>diclofenac sod ec 50 mg tab</i>                | T2 | HD    |
| <i>diclofenac sod ec 75 mg tab</i>                | T2 | HD    |
| <i>diclofenac sodium</i>                          | T2 | HD    |
| EC-NAPROSYN ( <i>naproxen</i> )                   | T4 | ST HD |
| <i>ec-naproxen dr 375 mg tablet</i> (Ec-Naprosyn) | T2 | HD    |
| <i>ec-naproxen dr 500 mg tablet</i> (Ec-Naprosyn) | T2 | ST HD |
| <i>etodolac</i>                                   | T2 | HD    |
| <i>etodolac</i> (Lodine)                          | T2 | HD    |
| FELDENE ( <i>piroxicam</i> )                      | T4 | ST HD |
| <i>fenoprofen 400 mg capsule</i> (Nalfon)         | T2 | ST HD |
| <i>fenoprofen 600 mg tablet</i> (Nalfon)          | T2 | ST HD |

T1 – Genéricos preferidos

T2 – Genéricos no preferidos

T3 – Marcas preferidas

T4 – Marcas no preferidas

T5 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

## Lista de medicamentos con receta

| ANTIARTRÍTICOS (Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria) (cont.)                                 |                       |                                   |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|-----------------------------------|
| Nombre del medicamento con receta                                                                   | Nivel del medicamento | Requisitos y límites de cobertura |
| <b>ANTIINFLAM. NO ESTEROIDEOS, ANALGÉSICOS DEL TIPO DE INHIBIDORES DE LA CICLOOXIGENASA (cont.)</b> |                       |                                   |
| FENORTHO 200 MG CAPSULE                                                                             | T4                    | ST HD                             |
| <i>flurbiprofen</i>                                                                                 | T2                    | HD                                |
| <i>ibuprofen</i>                                                                                    | T1                    | HD                                |
| <i>ibuprofen</i>                                                                                    | T2                    | HD                                |
| <i>indomethacin</i>                                                                                 | T2                    | HD                                |
| INDOMETHACIN 20 MG CAPSULE                                                                          | T4                    | ST QL (90 caps/30 days) HD        |
| <i>indomethacin 25 mg capsule</i>                                                                   | T2                    | HD                                |
| <i>indomethacin 50 mg capsule</i>                                                                   | T2                    | HD                                |
| <i>indomethacin 50 mg suppository (Indocin)</i>                                                     | T2                    | HD                                |
| <i>indomethacin 25 mg/5 ml susp (Indocin)</i>                                                       | T2                    | ST HD                             |
| <i>ketoprofen</i>                                                                                   | T2                    | ST HD                             |
| <i>ketoprofen 25 mg capsule</i>                                                                     | T2                    | ST HD                             |
| <i>ketoprofen 50 mg capsule</i>                                                                     | T2                    | HD                                |
| <i>ketoprofen 75 mg capsule</i>                                                                     | T2                    | HD                                |
| <i>ketoprofen er 200 mg capsule</i>                                                                 | T2                    | ST HD                             |
| LODINE ( <i>etodolac</i> )                                                                          | T4                    | ST HD                             |
| <i>meclofenamate sodium</i>                                                                         | T2                    | HD                                |
| <i>meloxicam 10 mg capsule (Vivlodex)</i>                                                           | T2                    | ST QL (30 caps/fill) HD           |
| <i>meloxicam 5 mg capsule (Vivlodex)</i>                                                            | T2                    | ST QL (30 caps/fill) HD           |
| <i>meloxicam 7.5 mg tablet</i>                                                                      | T1                    | QL (30 tabs/30 days) HD           |
| <i>nabumetone (Relafen)</i>                                                                         | T2                    | HD                                |
| NALFON 600 MG TABLET ( <i>fenoprofen calcium</i> )                                                  | T4                    | ST HD                             |
| NAPRELAN                                                                                            | T4                    | ST HD                             |
| NAPRELAN ( <i>naproxen sodium</i> )                                                                 | T4                    | ST HD                             |
| NAPROSYN ( <i>naproxen</i> )                                                                        | T4                    | ST HD                             |
| <i>naproxen 125 mg/5 ml suspen (Naprosyn)</i>                                                       | T2                    | ST HD                             |
| <i>naproxen 250 mg tablet</i>                                                                       | T1                    | HD                                |
| <i>naproxen 375 mg tablet</i>                                                                       | T1                    | HD                                |
| <i>naproxen 500 mg kit (Naprosyn)</i>                                                               | T1                    | HD                                |
| <i>naproxen 500 mg tablet (Naprosyn)</i>                                                            | T1                    | HD                                |
| <i>naproxen dr 375 mg tablet (Ec-Naprosyn)</i>                                                      | T2                    | ST HD                             |
| <i>naproxen dr 500 mg tablet (Ec-Naprosyn)</i>                                                      | T2                    | ST HD                             |
| <i>naproxen sod er 750 mg tablet</i>                                                                | T2                    | ST HD                             |
| <i>naproxen sodium</i>                                                                              | T2                    | HD                                |

T1 – Genéricos preferidos

T2 – Genéricos no preferidos

T3 – Marcas preferidas

T4 – Marcas no preferidas

T5 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

## Lista de medicamentos con receta

| ANTIARTRÍTICOS (Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria) (cont.)                                 |                       |                                   |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|-----------------------------------|
| Nombre del medicamento con receta                                                                   | Nivel del medicamento | Requisitos y límites de cobertura |
| <b>ANTIINFLAM. NO ESTEROIDEOS, ANALGÉSICOS DEL TIPO DE INHIBIDORES DE LA CICLOOXIGENASA (cont.)</b> |                       |                                   |
| <i>naproxen sodium</i> (Anaprox Ds)                                                                 | T2                    | HD                                |
| <i>naproxen sodium</i> (Naprelan)                                                                   | T2                    | ST HD                             |
| <i>oxaprozin 600 mg caplet, tablet</i> (Daypro)                                                     | T2                    | HD                                |
| <i>piroxicam</i>                                                                                    | T2                    | HD                                |
| <i>piroxicam</i> (Feldene)                                                                          | T2                    | HD                                |
| RELAFEN ( <i> nabumetone</i> )                                                                      | T4                    | ST HD                             |
| <i>sulindac</i>                                                                                     | T1                    | HD                                |
| TIVORBEX                                                                                            | T4                    | ST QL (90 caps/30 days) HD        |
| TOLECTIN 600 ( <i>tolmetin sodium</i> )                                                             | T4                    | ST HD                             |
| <i>tolmetin sodium 200 mg tab</i>                                                                   | T2                    | HD                                |
| <i>tolmetin sodium 400 mg cap</i>                                                                   | T2                    | ST HD                             |
| <i>tolmetin sodium 600 mg tab</i> (Tolectin 600)                                                    | T2                    | ST HD                             |
| <b>ANTIINFLAM. NO ESTEROIDEOS, INHIBIDOR SELECTIVO DE LA CICLOOXIGENASA-2 (COX-2)</b>               |                       |                                   |
| <i>celecoxib</i> (Celebrex)                                                                         | T2                    | ST HD                             |
| <b>AGENTES URICOSÚRICOS</b>                                                                         |                       |                                   |
| <i>probenecid</i>                                                                                   | T2                    | HD                                |
| <i>probenecid/colchicine</i>                                                                        | T2                    | HD                                |
| <b>ANTIASMÁTICOS (Asma/EPOC/condiciones respiratorias)</b>                                          |                       |                                   |
| <b>ANTICOLINÉRGICOS, DE INHALACIÓN ORAL, ACCIÓN PROLONGADA</b>                                      |                       |                                   |
| INCRUSE ELLIPTA                                                                                     | T3                    | QL (1 inhaler/30 days) HD         |
| LONHALA MAGNAIR REFILL                                                                              | T4                    | QL (60 mls/fill) HD               |
| LONHALA MAGNAIR STARTER                                                                             | T4                    | QL (60 mls/fill) HD               |
| SPIRIVA HANDIHALER 18 MCG CAP ( <i>tiotropium bromide</i> )                                         | T4                    | QL (90 caps/30 days) HD           |
| SPIRIVA RESPIMAT                                                                                    | T3                    | QL (1 inhaler/fill) HD            |
| YUPELRI                                                                                             | T3                    | QL (30 vls/fill) HD               |
| <b>ANTICOLINÉRGICOS, DE INHALACIÓN ORAL, ACCIÓN RÁPIDA</b>                                          |                       |                                   |
| ATROVENT HFA                                                                                        | T4                    | QL (2 inhalers/fill) HD           |
| <i>ipratropium br 0.02% soln</i>                                                                    | T2                    | HD                                |
| <b>AGENTES ADRENÉRGICOS BETA</b>                                                                    |                       |                                   |
| <i>albuterol 2 mg/5 ml syrup cup</i>                                                                | T2                    | HD                                |
| <i>albuterol 8 mg/20 ml syrup cup</i>                                                               | T2                    | HD                                |
| <i>albuterol sulf 2 mg/5 ml syrup</i>                                                               | T2                    | HD                                |
| <i>albuterol sulfate 2 mg tab</i>                                                                   | T2                    | HD                                |

T1 – Genéricos preferidos  
T2 – Genéricos no preferidos  
T3 – Marcas preferidas  
T4 – Marcas no preferidas

T5 – Medicamentos de especialidad de marca  
PA – Autorización previa  
QL – Límite a la cantidad

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

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

## Lista de medicamentos con receta

### ANTIASMÁTICOS (Asma/EPOC/condiciones respiratorias) (cont.)

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

#### AGENTES ADRENÉRGICOS BETA (cont.)

|                                      |    |    |
|--------------------------------------|----|----|
| <i>albuterol sulfate 4 mg tab</i>    | T2 | HD |
| <i>albuterol sulfate er 4 mg tab</i> | T2 | HD |
| <i>albuterol sulfate er 8 mg tab</i> | T2 | HD |
| <i>metaproterenol sulfate</i>        | T2 | HD |
| <i>terbutaline sulfate</i>           | T2 | HD |

#### AGENTES ADRENÉRGICOS BETA, INHALADOS, ACCIÓN RÁPIDA

|                                                 |    |                         |
|-------------------------------------------------|----|-------------------------|
| <i>albuterol 100 mg/20 ml soln</i>              | T2 |                         |
| <i>albuterol 2.5 mg/0.5 ml sol</i>              | T2 |                         |
| <i>albuterol 5 mg/ml solution</i>               | T2 |                         |
| <i>albuterol 15 mg/3 ml solution</i>            | T2 |                         |
| <i>albuterol 75 mg/15 ml soln</i>               | T2 |                         |
| <i>albuterol hfa 90 mcg inhaler</i>             | T2 | QL (2 inhalers/30 days) |
| <i>albuterol sul 0.63 mg/3 ml sol</i>           | T2 |                         |
| <i>albuterol sul 1.25 mg/3 ml sol</i>           | T2 |                         |
| <i>albuterol sul 2.5 mg/3 ml soln</i>           | T2 |                         |
| <i>levalbuterol hcl (Xopenex Concentrate)</i>   | T2 |                         |
| <i>levalbuterol hcl (Xopenex)</i>               | T2 |                         |
| XOPENEX ( <i>levalbuterol hcl</i> )             | T4 |                         |
| XOPENEX CONCENTRATE ( <i>levalbuterol hcl</i> ) | T4 |                         |

#### AGENTES ADRENÉRGICOS BETA, INHALADOS, ACCIÓN ULTRA PROLONGADA

|                    |    |                           |
|--------------------|----|---------------------------|
| STRIVERDI RESPIMAT | T3 | QL (1 inhaler/30 days) HD |
|--------------------|----|---------------------------|

#### AGENTES ADRENÉRGICOS BETA, INHALADOS POR VÍA ORAL, ACCIÓN PROLONGADA

|                                          |    |                         |
|------------------------------------------|----|-------------------------|
| <i>arformoterol tartrate (Brovana)</i>   | T2 | QL (120 mls/fill) HD    |
| BROVANA ( <i>arformoterol tartrate</i> ) | T4 | QL (120 mls/fill) HD    |
| <i>formoterol fumarate (Perforomist)</i> | T1 |                         |
| FORMOTEROL FUMARATE-NEBULIZER            | T3 | QL (120 mls/30 days) HD |

#### COMBO DE ADRENÉRGICOS BETA Y ANTICOLINÉRGICOS, INHALADOS

|                                 |    |                         |
|---------------------------------|----|-------------------------|
| ANORO ELLIPTA                   | T3 | QL (1 inhaler/fill) HD  |
| COMBIVENT RESPIMAT              | T3 | QL (2 inhalers/30 days) |
| SEEBRI NEOHALER 15.6MCG INHALER | T4 |                         |
| STIOLTO RESPIMAT                | T3 | QL (1 inhaler/fill) HD  |
| UTIBRON NEOHALER                | T4 |                         |

#### COMBO DE ADRENÉRGICOS BETA Y GLUCOCORTICOIDES, INHALADOS

|            |    |                           |
|------------|----|---------------------------|
| ADVAIR HFA | T3 | PA QL (1 inhaler/fill) HD |
|------------|----|---------------------------|

T1 – Genéricos preferidos

T2 – Genéricos no preferidos

T3 – Marcas preferidas

T4 – Marcas no preferidas

T5 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

## Lista de medicamentos con receta

### ANTIASMÁTICOS (Asma/EPOC/condiciones respiratorias) (cont.)

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

#### COMBO DE ADRENÉRGICOS BETA Y GLUCOCORTICOIDES, INHALADOS (cont.)

|                                                       |    |                              |
|-------------------------------------------------------|----|------------------------------|
| AIRSUPRA                                              | T3 | HD                           |
| BREO ELLIPTA 100-25 MCG INH                           | T3 | PA QL (60 blisters/fill) HD  |
| BREO ELLIPTA 100-25 MCG INH                           | T3 | PA QL (28 blisters/fill) HD  |
| BREO ELLIPTA 200-25 MCG INH                           | T3 | PA QL (1 inhaler/fill) HD    |
| BREO ELLIPTA 50-25 MCG INHALER                        | T3 | PA QL (60 blisters/fill) HD  |
| <i>breyna 80-4.mcg, 160-4.5 mcg inhaler</i>           | T2 | PA                           |
| <i>budesonide-formoterol 160-4.5, 80-4.5</i>          | T2 | PA QL (1 inhaler/30 days) HD |
| DULERA 100 MCG-5 MCG INHALER                          | T3 | PA QL (1 inhaler/fill) HD    |
| DULERA 200 MCG-5 MCG INHALER                          | T3 | PA QL (1 inhaler/fill) HD    |
| DULERA 50 MCG-5 MCG INHALER                           | T3 | PA QL (13 gms/fill) HD       |
| <i>fluticasone propion/salmeterol (Advair Diskus)</i> | T2 | PA QL (1 inhaler/30 days)    |
| <i>fluticasone-salmeterol 100-50 (Advair Diskus)</i>  | T2 | PA QL (1 inhaler/fill) HD    |
| <i>fluticasone-salmeterol 250-50 (Advair Diskus)</i>  | T2 | PA QL (1 inhaler/fill) HD    |
| <i>fluticasone-salmeterol 500-50 (Advair Diskus)</i>  | T2 | PA QL (1 inhaler/fill) HD    |
| SYMBICORT ( <i>budesonide/formoterol fumarate</i> )   | T4 | PA QL (1 inhaler/30 days) HD |

#### ADRENÉRGICOS BETA-ANTICOLINÉRGICOS-GLUCOCORT., INHALADOS

|                             |    |                       |
|-----------------------------|----|-----------------------|
| BREZTRI AEROSPHERE          | T3 | QL (1 inhaler/fill)   |
| TRELEGY ELLIPTA 100-62.5-25 | T3 | QL (60 blisters/fill) |
| TRELEGY ELLIPTA 100-62.5-25 | T3 | QL (28 blisters/fill) |
| TRELEGY ELLIPTA 200-62.5-25 | T3 | QL (60 blisters/fill) |
| TRELEGY ELLIPTA 200-62.5-25 | T3 | QL (28 blisters/fill) |

#### GLUCOCORTICOIDES, PARA INHALACIÓN ORAL

|                                                  |    |                          |
|--------------------------------------------------|----|--------------------------|
| ALVESCO 80 MCG INHALER                           | T4 | QL (1 inhaler/fill) HD   |
| ALVESCO 160 MCG INHALER                          | T4 | QL (2 inhalers/fill) HD  |
| ARNUITY ELLIPTA 100 MCG INH                      | T4 | QL (1 inhaler/30 days)   |
| ARNUITY ELLIPTA 200 MCG INH                      | T4 | QL (1 inhaler/30 days)   |
| ARNUITY ELLIPTA 50 MCG INH                       | T4 | QL (30 blisters/30 days) |
| ASMANEX                                          | T3 | QL (1 inhaler/fill) HD   |
| ASMANEX HFA 50 MCG INHALER                       | T3 | QL (13 gms/fill) HD      |
| ASMANEX HFA 100 MCG INHALER                      | T3 | QL (1 inhaler/fill) HD   |
| ASMANEX HFA 200 MCG INHALER                      | T3 | QL (1 inhaler/fill) HD   |
| <i>budesonide 1 mg/2 ml inh susp (Pulmicort)</i> | T2 | QL (60 mls/fill) HD      |
| FLOVENT 50 MCG DISKUS                            | T3 | QL (1 inhaler/fill) HD   |

T1 – Genéricos preferidos

T2 – Genéricos no preferidos

T3 – Marcas preferidas

T4 – Marcas no preferidas

T5 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

## Lista de medicamentos con receta

| ANTIASMÁTICOS (Asma/EPOC/condiciones respiratorias) (cont.)                                   |                       |                                   |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|-----------------------------------|
| Nombre del medicamento con receta                                                             | Nivel del medicamento | Requisitos y límites de cobertura |
| <b>GLUCOCORTICOIDES, PARA INHALACIÓN ORAL (cont.)</b>                                         |                       |                                   |
| FLOVENT 100 MCG DISKUS                                                                        | T3                    | QL (1 inhaler/fill) HD            |
| FLOVENT 250 MCG DISKUS                                                                        | T3                    | QL (4 inhalers/fill) HD           |
| FLOVENT HFA 44 MCG INHALER                                                                    | T3                    | QL (11 gms/fill) HD               |
| FLOVENT HFA 110 MCG INHALER                                                                   | T3                    | QL (12 gms/fill) HD               |
| FLOVENT HFA 220 MCG INHALER                                                                   | T3                    | QL (24 gms/fill) HD               |
| QVAR REDHALER 40 MCG                                                                          | T3                    | QL (11 gms/30 days)               |
| QVAR REDHALER 80 MCG                                                                          | T3                    | QL (22 gms/30 days)               |
| <b>ANTAGONISTAS DE LA INTERLEUCINA-5 (IL-5), ANTICUERPOS MONOCLONALES</b>                     |                       |                                   |
| NUCALA 40 MG/0.4 ML SYRINGE                                                                   | T5                    | PA QL (1 syringe/28 days) SP HD   |
| NUCALA 100 MG/ML AUTO-INJECTOR                                                                | T5                    | PA QL (1 auto-inj/28 days) SP HD  |
| NUCALA 100 MG/ML SYRINGE                                                                      | T5                    | PA QL (1 syringe/28 days) SP HD   |
| <b>ANTAGONISTAS ALFA DE LOS RECEPTORES DE INTERLEUCINA-5 (IL-5), ANTICUERPOS MONOCLONALES</b> |                       |                                   |
| FASENRA PEN                                                                                   | T5                    | PA QL (1 syringe/56 days) SP HD   |
| <b>ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE LEUCOTRIENOS</b>                                         |                       |                                   |
| ACCOLATE ( <i>zafirlukast</i> )                                                               | T4                    | HD                                |
| <i>montelukast sodium</i> (Singulair)                                                         | T2                    | HD                                |
| <i>zafirlukast</i> (Accolate)                                                                 | T2                    | HD                                |
| <b>ESTABILIZADORES DE MASTOCITOS, INHALADOS ORALMENTE</b>                                     |                       |                                   |
| <i>cromolyn 20 mg/2 ml neb soln</i>                                                           | T2                    | HD                                |
| <b>ANTICUERPOS MONOCLONALES A LA INMUNOGLOBULINA E (IGE)</b>                                  |                       |                                   |
| XOLAIR 75 MG/0.5 ML AUTOINJECT                                                                | T5                    | PA QL (2 auto-injs/28 days) SP HD |
| XOLAIR 300 MG/2 ML AUTOINJECT                                                                 | T5                    | PA QL (2 auto-injs/28 days) SP HD |
| XOLAIR 150 MG/ML AUTOINJECTOR                                                                 | T5                    | PA QL (2 auto-injs/28 days) SP HD |
| XOLAIR 150 MG/1.2 ML POWDER VL                                                                | T5                    | PA QL (6 vls/28 days) SP HD       |
| XOLAIR 300 MG/2 ML SYRINGE                                                                    | T5                    | PA QL (2 syringes/28 days) SP HD  |
| <b>MUCOLÍTICOS</b>                                                                            |                       |                                   |
| <i>acetylcysteine</i>                                                                         | T2                    |                                   |
| <b>INHIBIDORES DE LA FOSFODIESTERASA (PDE)</b>                                                |                       |                                   |
| <i>roflumilast 250 mcg tablet</i> (Daliresp)                                                  | T2                    | PA QL (30 tabs/30 days) HD        |
| <i>roflumilast 500 mcg tablet</i> (Daliresp)                                                  | T2                    | PA HD                             |
| <b>XANTINAS</b>                                                                               |                       |                                   |
| ELIXOPHYLLIN                                                                                  | T4                    | HD                                |
| THEO-24                                                                                       | T4                    | HD                                |
| <i>theophylline anhydrous</i>                                                                 | T2                    | HD                                |

T1 – Genéricos preferidos

T2 – Genéricos no preferidos

T3 – Marcas preferidas

T4 – Marcas no preferidas

T5 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

## Lista de medicamentos con receta

| ANTIBIÓTICOS (Medicamentos para los oídos)                                                        |                       |                                   |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|-----------------------------------|
| Nombre del medicamento con receta                                                                 | Nivel del medicamento | Requisitos y límites de cobertura |
| <b>PREPARACIONES ÓTICAS, ANTIBIÓTICAS</b>                                                         |                       |                                   |
| <i>ciprofloxacin hcl</i>                                                                          | T2                    |                                   |
| CORTISPORIN-TC                                                                                    | T4                    |                                   |
| <i>neomycin/polymyxin b/hydrocort</i>                                                             | T2                    |                                   |
| <i>ofloxacin</i>                                                                                  | T2                    |                                   |
| OTIPRIO                                                                                           | T4                    | QL (1 ml/fill)                    |
| <b>PREPARACIONES ÓTICAS, ANTIBIÓTICOS ANTIINFLAMATORIOS</b>                                       |                       |                                   |
| <i>ciprofloxacin hcl/dexameth</i>                                                                 | T2                    |                                   |
| OTOVEL                                                                                            | T4                    |                                   |
| ANTIBIÓTICOS (Condiciones oculares)                                                               |                       |                                   |
| <b>COMBINACIONES DE ANTIBIÓTICOS PARA LOS OJOS Y GLUCOCORTICOIDES</b>                             |                       |                                   |
| GATIFLOXACIN-DEXAMETHASONE                                                                        | T4                    |                                   |
| MAXITROL ( <i>neomycin/polymyxin b/dexametha</i> )                                                | T4                    |                                   |
| <i>neomycin/bacit/p-myx/hydrocort</i>                                                             | T2                    |                                   |
| <i>neomycin/polymyxin b/dexametha</i> (Maxitrol)                                                  | T2                    |                                   |
| <i>neomycin/polymyxin b/hydrocort</i>                                                             | T2                    |                                   |
| PRED-G                                                                                            | T4                    |                                   |
| PREDNISOLONE ACET-MOXIFLOXACIN                                                                    | T4                    |                                   |
| PREDNISOLONE PHOS-GATIFLOXACIN                                                                    | T4                    |                                   |
| PREDNISOLONE PHOS-MOXIFLOXACIN                                                                    | T4                    |                                   |
| TOBRADEX                                                                                          | T4                    |                                   |
| <i>tobramycin/dexamethasone</i>                                                                   | T2                    |                                   |
| <b>COMBINACIONES DE ANTIBIÓTICOS PARA LOS OJOS Y AINE</b>                                         |                       |                                   |
| MOXIFLOXACIN-BROMFENAC                                                                            | T4                    |                                   |
| <b>COMBINACIONES DE ANTIBIÓTICOS PARA LOS OJOS, GLUCOCORTICOIDES Y ANTIINFLAM. NO ESTEROIDEOS</b> |                       |                                   |
| PREDNISOLONE ACET-GATIFLO-BROM                                                                    | T4                    |                                   |
| PREDNISOLONE AC-MOXIFLOX-BROMF                                                                    | T4                    |                                   |
| <b>COMBINACIONES DE ANTIBIÓTICOS PARA LOS OJOS, GLUCOCORTICOIDES Y ANTIINFLAM. NO ESTEROIDEOS</b> |                       |                                   |
| PREDNISOLONE AC-MOXIFLOX-NEPAF                                                                    | T4                    |                                   |
| <i>pred ph-moxi-brom 1-0.5-0.075%</i>                                                             | T2                    |                                   |
| PRED PH-MOXI-BROM 1-0.5-0.075%                                                                    | T4                    |                                   |
| PREDNISOLONE PH-MOXIFLOX-KETOR                                                                    | T4                    |                                   |
| PREDNISOLONE PHOS-GATIFLO-BROM                                                                    | T4                    |                                   |

T1 – Genéricos preferidos  
T2 – Genéricos no preferidos  
T3 – Marcas preferidas  
T4 – Marcas no preferidas

T5 – Medicamentos de especialidad de marca  
PA – Autorización previa  
QL – Límite a la cantidad

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

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

## Lista de medicamentos con receta

| ANTIBIÓTICOS (Condiciones oculares) (cont.)                           |                       |                                   |
|-----------------------------------------------------------------------|-----------------------|-----------------------------------|
| Nombre del medicamento con receta                                     | Nivel del medicamento | Requisitos y límites de cobertura |
| <b>SULFONAMIDAS PARA LOS OJOS</b>                                     |                       |                                   |
| BLEPH-10 ( <i>sulfacetamide sodium</i> )                              | T4                    |                                   |
| BLEPHAMIDE S.O.P.                                                     | T4                    |                                   |
| <i>sulfacetamide sodium</i>                                           | T2                    |                                   |
| <i>sulfacetamide sodium</i> (Bleph-10)                                | T2                    |                                   |
| <i>sulfacetamide/prednisolone sp</i>                                  | T2                    |                                   |
| <b>ANTIBIÓTICOS OFTÁLMICOS</b>                                        |                       |                                   |
| AZASITE                                                               | T3                    |                                   |
| <i>bacitracin</i>                                                     | T2                    |                                   |
| <i>bacitracin/polymyxin b sulfate</i>                                 | T2                    |                                   |
| CEFUROXIME SODIUM-0.9% NACL                                           | T4                    | PA                                |
| CILOXAN 0.3% EYE DROPS ( <i>ciprofloxacin hcl</i> )                   | T4                    |                                   |
| <i>ciprofloxacin hcl</i> (Ciloxan)                                    | T2                    |                                   |
| <i>erythromycin base</i>                                              | T2                    |                                   |
| <i>gatifloxacin</i>                                                   | T2                    |                                   |
| <i>gentamicin 0.3% eye drop</i>                                       | T2                    |                                   |
| <i>gentamicin sulfate</i>                                             | T2                    |                                   |
| KLARITY-A(AZITHROMYCIN-CHONDR)                                        | T4                    |                                   |
| <i>levofloxacin</i>                                                   | T2                    |                                   |
| <i>moxifloxacin</i>                                                   | T2                    |                                   |
| <i>moxifloxacin</i> (Vigamox)                                         | T2                    |                                   |
| <i>neomycin/bacitracin/polymyxinb</i>                                 | T2                    |                                   |
| <i>neomycin/polymyxn b/gramicidin</i>                                 | T2                    |                                   |
| OCUFLOX ( <i>ofloxacin</i> )                                          | T4                    |                                   |
| <i>ofloxacin</i> (Ocuflor)                                            | T2                    |                                   |
| <i>polymyxin b sulf/trimethoprim</i> (Polytrim)                       | T2                    |                                   |
| POLYTRIM ( <i>polymyxin b sulf/trimethoprim</i> )                     | T4                    |                                   |
| <i>tobramycin 0.3% eye drop</i> (Tobrex)                              | T2                    |                                   |
| TOBEX                                                                 | T4                    |                                   |
| TOBEX ( <i>tobramycin</i> )                                           | T4                    |                                   |
| VIGAMOX ( <i>moxifloxacin hcl</i> )                                   | T4                    |                                   |
| <b>ANTIBIÓTICOS (Infecciones)</b>                                     |                       |                                   |
| <b>ANTIPROTOZOARIOS ANAERÓBICOS DE 2.º GENERACIÓN-ANTIBACTERIANOS</b> |                       |                                   |
| SOLOSEC                                                               | T3                    | QL (1 pack/fill)                  |

T1 – Genéricos preferidos

T2 – Genéricos no preferidos

T3 – Marcas preferidas

T4 – Marcas no preferidas

T5 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a 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 |
| <b>AGENTES ANTIBACTERIANOS TIPO SULFONAMIDAS ABSORBIBLES</b> |                       |                                   |
| BACTRIM ( <i>sulfamethoxazole/trimethoprim</i> )             | T4                    |                                   |
| BACTRIM DS ( <i>sulfamethoxazole/trimethoprim</i> )          | T4                    |                                   |
| <i>sulfadiazine</i>                                          | T2                    |                                   |
| <i>sulfamethoxazole/trimethoprim</i>                         | T2                    |                                   |
| <i>sulfamethoxazole/trimethoprim</i> (Bactrim Ds)            | T1                    |                                   |
| <i>sulfamethoxazole/trimethoprim</i> (Bactrim)               | T1                    |                                   |
| <b>ANTIBIÓTICOS AMINOGLUCÓSIDOS</b>                          |                       |                                   |
| ARIKAYCE                                                     | T5                    | PA SP                             |
| BETHKIS ( <i>tobramycin</i> )                                | T5                    | PA QL (224 mls/fill) SP HD        |
| <i>gentamicin</i> 80 mg/2 ml vial                            | T2                    | PA                                |
| <i>gentamicin</i> 800 mg/20 ml vial                          | T2                    | PA                                |
| <i>gentamicin ped</i> 20 mg/2 ml vial                        | T2                    | PA                                |
| KITABIS PAK                                                  | T5                    | PA QL (280 mls/fill) SP HD        |
| <i>neomycin sulfate</i>                                      | T2                    |                                   |
| TOBI PODHALER                                                | T5                    | PA QL (224 caps/fill) SP HD       |
| <i>tobramycin</i> 300 mg/4 ml ampule (Bethkis)               | T2                    | PA QL (224 mls/fill) SP HD        |
| <i>tobramycin</i> 300 mg/5 ml ampule (Tobi)                  | T2                    | 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>                                    | T2                    | PA                                |
| <b>AGENTES ANTIBACTERIANOS-ANTIPROTOZOARIOS ANAERÓBICOS</b>  |                       |                                   |
| FLAGYL ( <i>metronidazole</i> )                              | T4                    |                                   |
| <i>metronidazole</i> 250 mg, 500 mg tablet                   | T2                    |                                   |
| <i>metronidazole</i> 375 mg capsule (Flagyl)                 | T2                    |                                   |
| <b>ANTIBIÓTICOS, ANTIBACTERIANOS, VARIOS</b>                 |                       |                                   |
| <i>fosfomycin tromethamine</i>                               | T2                    |                                   |
| <i>meth/meblue/sod phos/psal/hyos</i>                        | T2                    |                                   |
| <i>methen/mblue/sal/sod phos/hyos</i>                        | T2                    |                                   |
| <i>methenam/m.blue/salicyl/hyoscy</i> (Uribel Tabs)          | T2                    |                                   |
| <i>methenam/sod phos/mblue/hyoscy</i>                        | T2                    |                                   |
| <i>methenamine hippurate</i>                                 | T2                    |                                   |
| <i>methenamine mandelate</i>                                 | T2                    |                                   |
| PRIMSOL                                                      | T4                    |                                   |
| <i>trimethoprim</i>                                          | T2                    |                                   |
| TRIMPEX                                                      | T4                    |                                   |

T1 – Genéricos preferidos

T2 – Genéricos no preferidos

T3 – Marcas preferidas

T4 – Marcas no preferidas

T5 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a 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 |
| <b>ANTIBIÓTICOS, ANTIBACTERIANOS, VARIOS (cont.)</b>  |                       |                                   |
| URELLE                                                | T4                    |                                   |
| URIBEL                                                | T4                    |                                   |
| URIBEL TABS ( <i>methenam/m.blue/salicyl/hyoscy</i> ) | T4                    |                                   |
| <b>ANTILEPROSOS</b>                                   |                       |                                   |
| <i>dapsone 100 mg tablet</i>                          | T2                    |                                   |
| <i>dapsone 25 mg tablet</i>                           | T2                    |                                   |
| THALOMID 100 MG CAPSULE                               | T5                    | PA QL (30 caps/fill) SP HD        |
| THALOMID 200 MG CAPSULE                               | T5                    | PA QL (60 caps/fill) SP HD        |
| THALOMID 50 MG CAPSULE                                | T5                    | PA QL (30 caps/fill) SP HD        |
| <b>AGENTES ANTIMICOBACTERIANOS</b>                    |                       |                                   |
| <i>clindamycin hcl</i> (Cleocin Hcl)                  | T2                    |                                   |
| <i>clindamycin palmitate hcl</i> (Cleocin Pediatric)  | T2                    |                                   |
| <i>ethambutol hcl</i>                                 | T2                    | HD                                |
| <i>isoniazid</i>                                      | T2                    | HD                                |
| MYCOBUTIN ( <i>rifabutin</i> )                        | T4                    | HD                                |
| PASER                                                 | T4                    | HD                                |
| <i>pyrazinamide</i>                                   | T2                    | HD                                |
| <i>rifabutin</i> (Mycobutin)                          | T2                    | HD                                |
| TRECTOR                                               | T4                    | HD                                |
| <b>ANTIBIÓTICOS ANTITUBERCULOSOS</b>                  |                       |                                   |
| <i>cycloserine</i>                                    | T2                    |                                   |
| PRETOMANID                                            | T4                    | PA                                |
| PRIFTIN                                               | T3                    |                                   |
| <i>rifampin</i>                                       | T2                    |                                   |
| SIRTURO                                               | T5                    | PA SP                             |
| <b>BETALACTAMASAS</b>                                 |                       |                                   |
| CAYSTON                                               | T5                    | PA QL (84 mls/fill) SP HD         |
| <b>ANTIBIÓTICOS CEFALOSPORINAS - 1.º GENERACIÓN</b>   |                       |                                   |
| <i>cefadroxil</i>                                     | T2                    |                                   |
| <i>cephalexin</i>                                     | T2                    |                                   |
| <b>ANTIBIÓTICOS CEFALOSPORINAS - 2.º GENERACIÓN</b>   |                       |                                   |
| <i>cefaclor</i>                                       | T2                    |                                   |
| <i>cefprozil</i>                                      | T2                    |                                   |
| <i>cefuroxime axetil</i>                              | T2                    |                                   |

T1 – Genéricos preferidos  
T2 – Genéricos no preferidos  
T3 – Marcas preferidas  
T4 – Marcas no preferidas

T5 – Medicamentos de especialidad de marca  
PA – Autorización previa  
QL – Límite a la cantidad

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

HD – Puede requerir entrega a 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 |
| <b>ANTIBIÓTICOS CEFALOSPORINAS - 3.ª GENERACIÓN</b>      |                       |                                   |
| <i>cefdinir</i>                                          | T2                    |                                   |
| <i>cefditoren pivoxil</i> (Spectracef)                   | T2                    |                                   |
| <i>cefepodoxime proxetil</i>                             | T2                    |                                   |
| <i>ceftriaxone sodium</i>                                | T2                    | PA                                |
| SPECTRACEF ( <i>cefditoren pivoxil</i> )                 | T4                    |                                   |
| <b>ANTIBIÓTICOS LINCOSAMIDAS</b>                         |                       |                                   |
| CLEOCIN HCL ( <i>clindamycin hcl</i> )                   | T4                    |                                   |
| CLEOCIN PEDIATRIC ( <i>clindamycin palmitate hcl</i> )   | T4                    |                                   |
| <b>ANTIBIÓTICOS MACRÓLIDOS</b>                           |                       |                                   |
| <i>azithromycin</i>                                      | T2                    |                                   |
| <i>azithromycin</i> (Zithromax Tri-Pak)                  | T2                    |                                   |
| <i>azithromycin</i> (Zithromax)                          | T2                    |                                   |
| <i>clarithromycin</i>                                    | T2                    |                                   |
| DIFICID 200 MG TABLET ( <i>fidaxomicin</i> )             | T4                    | QL (20 tabs/30 days)              |
| DIFICID 40 MG/ML SUSPENSION                              | T4                    | QL (1 bottle/fill)                |
| E.E.S. 200 ( <i>erythromycin ethylsuccinate</i> )        | T4                    |                                   |
| ERYPED 200 ( <i>erythromycin ethylsuccinate</i> )        | T4                    |                                   |
| ERYPED 400 ( <i>erythromycin ethylsuccinate</i> )        | T4                    |                                   |
| <i>ery-tab dr 250 mg tablet</i>                          | T2                    |                                   |
| <i>ery-tab dr 333 mg tablet</i>                          | T2                    |                                   |
| ERY-TAB DR 500 MG TABLET ( <i>erythromycin base</i> )    | T4                    |                                   |
| <i>erythromycin base</i>                                 | T2                    |                                   |
| <i>erythromycin base</i> (Ery-Tab)                       | T2                    |                                   |
| <i>erythromycin ethylsuccinate</i>                       | T2                    |                                   |
| <i>erythromycin ethylsuccinate</i> (E.E.S. 200)          | T2                    |                                   |
| <i>erythromycin ethylsuccinate</i> (Eryped 200)          | T2                    |                                   |
| <i>erythromycin ethylsuccinate</i> (Eryped 400)          | T2                    |                                   |
| <i>erythromycin stearate</i>                             | T2                    |                                   |
| <i>fidaxomicin</i> (Difcid)                              | T2                    | QL (20 tabs/30 days)              |
| ZITHROMAX ( <i>azithromycin</i> )                        | T4                    |                                   |
| ZITHROMAX TRI-PAK ( <i>azithromycin</i> )                | T4                    |                                   |
| <b>AGENTES ANTIBACTERIANOS DERIVADOS DE NITROFURANOS</b> |                       |                                   |
| FURADANTIN ( <i>nitrofurantoin</i> )                     | T4                    |                                   |
| MACROBID ( <i>nitrofurantoin monohyd/m-cryst</i> )       | T4                    |                                   |

T1 – Genéricos preferidos

T2 – Genéricos no preferidos

T3 – Marcas preferidas

T4 – Marcas no preferidas

T5 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a 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 |
| <b>AGENTES ANTIBACTERIANOS DERIVADOS DE NITROFURANOS (cont.)</b> |                       |                                   |
| <i>nitrofurantoin mcr 100 mg cap</i>                             | T2                    |                                   |
| <i>nitrofurantoin mcr 50 mg cap</i>                              | T2                    |                                   |
| <i>nitrofurantoin (Furadantin)</i>                               | T2                    |                                   |
| <i>nitrofurantoin mcr 25 mg cap</i>                              | T2                    |                                   |
| <i>nitrofurantoin monohyd/m-cryst (Macrobid)</i>                 | T2                    |                                   |
| <b>ANTIBIÓTICOS OXAZOLIDINONAS</b>                               |                       |                                   |
| <i>linezolid (Zyvox)</i>                                         | T2                    | PA                                |
| ZYVOX ( <i>linezolid</i> )                                       | T4                    | PA                                |
| <b>ANTIBIÓTICOS DE PENICILINA</b>                                |                       |                                   |
| <i>amoxicillin/potassium clav</i>                                | T2                    |                                   |
| <i>amoxicillin/potassium clav (Augmentin Xr)</i>                 | T2                    |                                   |
| <i>amoxicillin/potassium clav (Augmentin)</i>                    | T2                    |                                   |
| <i>ampicillin trihydrate</i>                                     | T2                    |                                   |
| AUGMENTIN 125-31.25 MG/5 ML                                      | T3                    |                                   |
| AUGMENTIN 250-62.5 MG/5 ML ( <i>amoxicillin/potassium clav</i> ) | T4                    |                                   |
| AUGMENTIN XR ( <i>amoxicillin/potassium clav</i> )               | T4                    |                                   |
| <i>dicloxacillin sodium</i>                                      | T2                    |                                   |
| MOXATAG                                                          | T4                    |                                   |
| <i>penicillin v potassium</i>                                    | T2                    |                                   |
| <b>DERIVADOS DE LA PLEUROMUTILINA</b>                            |                       |                                   |
| XENLETA                                                          | T4                    |                                   |
| <b>ANTIBIÓTICOS DE QUINOLONAS</b>                                |                       |                                   |
| BAXDELA                                                          | T3                    | QL (28 tabs/fill)                 |
| CIPRO ( <i>ciprofloxacin hcl</i> )                               | T4                    |                                   |
| CIPRO ( <i>ciprofloxacin</i> )                                   | T4                    |                                   |
| <i>ciprofloxacin (Cipro)</i>                                     | T2                    |                                   |
| <i>ciprofloxacin hcl</i>                                         | T1                    |                                   |
| <i>ciprofloxacin hcl (Cipro)</i>                                 | T1                    |                                   |
| FACTIVE                                                          | T4                    |                                   |
| <i>levofloxacin</i>                                              | T2                    |                                   |
| <i>moxifloxacin hcl</i>                                          | T2                    |                                   |
| <i>ofloxacin</i>                                                 | T2                    |                                   |
| <b>RIFAMICINAS Y ANTIBIÓTICOS DERIVADOS AFINES</b>               |                       |                                   |
| AEMCOLO                                                          | T4                    | QL (12 tabs/fill)                 |

T1 – Genéricos preferidos  
T2 – Genéricos no preferidos  
T3 – Marcas preferidas  
T4 – Marcas no preferidas

T5 – Medicamentos de especialidad de marca  
PA – Autorización previa  
QL – Límite a la cantidad

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

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

T1 – Genéricos preferidos

T2 – Genéricos no preferidos

T3 – Marcas preferidas

T4 – Marcas no preferidas

T5 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a 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 |
| <b>ANTIBIÓTICOS DE TETRACICLINA (cont.)</b>            |                       |                                   |
| <i>minocycline hcl 50 mg tablet</i>                    | T2                    | ST                                |
| <i>minocycline hcl 75 mg tablet</i>                    | T2                    | ST                                |
| <i>minocycline hcl (Solodyn)</i>                       | T2                    | ST                                |
| MINOLIRA ER                                            | T4                    | ST                                |
| <i>mondoxylene nl 100 mg capsule</i>                   | T2                    |                                   |
| <i>mondoxylene nl 75 mg capsule</i>                    | T2                    | ST                                |
| MORGIDOX 1X100 MG KIT                                  | T4                    | ST                                |
| MORGIDOX 1X50 MG KIT                                   | T4                    | ST                                |
| MORGIDOX 2X100 MG KIT                                  | T4                    | ST                                |
| <i>morgidox 50 mg capsule</i>                          | T2                    |                                   |
| NUZYRA                                                 | T5                    | QL (30 tabs/30 days) SP           |
| SEYSARA                                                | T4                    | ST                                |
| SOLODYN ( <i>minocycline hcl</i> )                     | T4                    | ST                                |
| TARGADOX ( <i>doxycycline hyclate</i> )                | T4                    | ST                                |
| <i>tetracycline 250 mg, 500 mg capsule</i>             | T2                    |                                   |
| <i>tetracycline 250 mg, 500 mg tablet</i>              | T2                    | ST                                |
| XACIATO                                                | T4                    |                                   |
| VIBRAMYCIN                                             | T4                    | ST                                |
| VIBRAMYCIN ( <i>doxycycline monohydrate</i> )          | T4                    | ST                                |
| <b>ANTIBIÓTICOS VAGINALES</b>                          |                       |                                   |
| CLEOCIN                                                | T4                    |                                   |
| CLEOCIN ( <i>clindamycin phosphate</i> )               | T4                    |                                   |
| <i>clindamycin 2% vaginal cream (Cleocin)</i>          | T2                    |                                   |
| CLINDESSE                                              | T4                    |                                   |
| <i>metronidazole</i>                                   | T2                    |                                   |
| <i>metronidazole vaginal 0.75% gel</i>                 | T2                    |                                   |
| NUVESSA                                                | T4                    |                                   |
| <b>ANTIBIÓTICOS DE VANCOMICINA Y DERIVADOS</b>         |                       |                                   |
| VANCOCLIN HCL 125 MG CAPSULE ( <i>vancomycin hcl</i> ) | T4                    | PA QL (40 caps/fill)              |
| VANCOCLIN HCL 250 MG CAPSULE ( <i>vancomycin hcl</i> ) | T4                    | PA QL (80 caps/fill)              |
| <i>vancomycin 250 mg/5 ml soln</i>                     | T2                    | QL (450 mls/fill)                 |

T1 – Genéricos preferidos  
T2 – Genéricos no preferidos  
T3 – Marcas preferidas  
T4 – Marcas no preferidas

T5 – Medicamentos de especialidad de marca  
PA – Autorización previa  
QL – Límite a la cantidad

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

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

## Lista de medicamentos con receta

| ANTIBIÓTICOS (Condiciones cutáneas)                         |                       |                                   |
|-------------------------------------------------------------|-----------------------|-----------------------------------|
| Nombre del medicamento con receta                           | Nivel del medicamento | Requisitos y límites de cobertura |
| <b>ANTIBIÓTICOS TÓPICOS Y ANTIINFLAMATORIOS ESTEROIDEOS</b> |                       |                                   |
| NEO-SYNALAR                                                 | T4                    |                                   |
| <b>ANTIBIÓTICOS TÓPICOS</b>                                 |                       |                                   |
| AKTIPAK                                                     | T4                    | ST                                |
| AMZEEQ                                                      | T4                    | ST                                |
| BENZAMYCIN ( <i>erythromycin/benzoyl peroxide</i> )         | T4                    | ST                                |
| CENTANY                                                     | T4                    | ST QL (30 gms/fill)               |
| CENTANY AT                                                  | T4                    | ST QL (1 kit/fill)                |
| CLEOCIN T 1% LOTION ( <i>clindamycin phosphate</i> )        | T4                    | ST QL (120 mls/30 days)           |
| CLEOCIN T 1% PLEDGETS ( <i>clindamycin phosphate</i> )      | T4                    | ST                                |
| <i>clindacin etz 1% pledget</i> (Cleocin T)                 | T2                    |                                   |
| CLINDACIN ETZ KIT                                           | T4                    | ST                                |
| CLINDACIN PAC                                               | T4                    | ST                                |
| <i>clindamycin ph 1% gel</i>                                | T2                    | QL (120 gms/30 days)              |
| <i>clindamycin ph 1% solution</i>                           | T2                    | QL (120 mls/30 days)              |
| <i>clindamycin phos 1% pledget</i> (Cleocin T)              | T2                    |                                   |
| <i>clindamycin phosp 1% lotion</i> (Cleocin T)              | T2                    | QL (120 mls/30 days)              |
| <i>clindamycin phosphate</i> (Cleocin T)                    | T2                    |                                   |
| <i>clindamycin phosphate</i> (Evoclin)                      | T2                    | ST QL (100 gms/30 days)           |
| <i>clindamycin phosphate 1% foam</i> (Evoclin)              | T2                    | ST QL (100 gms/30 days)           |
| <i>clindamycin phosphate 1% gel</i> (Clindagel)             | T2                    | QL (150 mls/30 days)              |
| <i>erythromycin base in ethanol</i>                         | T2                    |                                   |
| <i>erythromycin/benzoyl peroxide</i> (Benzamycin)           | T2                    |                                   |
| EVOCLIN ( <i>clindamycin phosphate</i> )                    | T4                    | ST QL (100 gms/30 days)           |
| <i>gentamicin 0.1% cream</i>                                | T2                    | QL (60 gms/fill)                  |
| <i>gentamicin 0.1% ointment</i>                             | T2                    | QL (60 gms/fill)                  |
| <i>mupirocin 2% cream</i>                                   | T2                    | ST QL (30 gms/fill)               |
| <i>mupirocin 2% ointment</i>                                | T2                    | QL (1 treatment/30 days)          |
| <i>mupirocin 2% ointment</i>                                | T2                    | QL (30 gms/fill)                  |
| XEPI                                                        | T4                    | ST QL (30 gms/fill)               |
| <b>SULFONAMIDAS TÓPICAS</b>                                 |                       |                                   |
| AVAR LS                                                     | T4                    | ST                                |
| AVAR-E                                                      | T4                    | ST                                |
| AVAR-E GREEN                                                | T4                    | ST                                |
| AVAR-E LS                                                   | T4                    | ST                                |

T1 – Genéricos preferidos  
T2 – Genéricos no preferidos  
T3 – Marcas preferidas  
T4 – Marcas no preferidas

T5 – Medicamentos de especialidad de marca  
PA – Autorización previa  
QL – Límite a la cantidad

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

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

### ANTICOAGULANTES (Diluyentes de la sangre/anticoagulantes)

#### CITRATOS COMO ANTICOAGULANTES

|                |    |  |
|----------------|----|--|
| ACD SOLUTION A | T3 |  |
|----------------|----|--|

T1 – Genéricos preferidos

T2 – Genéricos no preferidos

T3 – Marcas preferidas

T4 – Marcas no preferidas

T5 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

## Lista de medicamentos con receta

| ANTICOAGULANTES (Diluyentes de la sangre/anticoagulantes) (cont.) |                       |                                   |
|-------------------------------------------------------------------|-----------------------|-----------------------------------|
| Nombre del medicamento con receta                                 | Nivel del medicamento | Requisitos y límites de cobertura |
| <b>CITRATOS COMO ANTICOAGULANTES (cont.)</b>                      |                       |                                   |
| ACD-A                                                             | T3                    |                                   |
| ANTICOAGULANT SODIUM CITRATE                                      | T4                    |                                   |
| CITRATE PHOSPHATE DEXTROSE                                        | T3                    |                                   |
| CRRT TRISODIUM CITRATE                                            | T4                    |                                   |
| sodium citrate 4% lock flush                                      | T2                    |                                   |
| SODIUM CITRATE 4% LOCK FLUSH, SOLN, SYRINGE                       | T4                    |                                   |
| SODIUM CITRATE 4% VIAL                                            | T4                    |                                   |
| TRISODIUM CITRATE CRRT                                            | T4                    |                                   |
| <b>INHIBIDORES DIRECTOS DEL FACTOR XA</b>                         |                       |                                   |
| ELIQUIS 2.5 MG TABLET                                             | T3                    |                                   |
| ELIQUIS 5 MG TABLET                                               | T3                    |                                   |
| ELIQUIS DVT-PE TREAT START 5MG                                    | T3                    |                                   |
| rivaroxaban (Xarelto)                                             | T2                    |                                   |
| XARELTO (rivaroxaban)                                             | T3                    | PA                                |
| XARELTO                                                           | T3                    | PA                                |
| <b>HEPARINA Y PREPARACIONES RELACIONADAS</b>                      |                       |                                   |
| ARIXTRA (fondaparinux sodium)                                     | T5                    | SP                                |
| enoxaparin sodium (Lovenox)                                       | T2                    | SP                                |
| ARIXTRA (fondaparinux sodium)                                     | T5                    | SP                                |
| FRAGMIN                                                           | T5                    | SP                                |
| heparin 2,000 unit/2 ml vial                                      | T2                    |                                   |
| heparin 5,000 unit/ml carpugct                                    | T2                    |                                   |
| heparin 10,000 unit/10 ml vial                                    | T2                    |                                   |
| heparin 30,000 unit/30 ml vial                                    | T2                    |                                   |
| heparin 40,000 unit/4 ml vial                                     | T2                    |                                   |
| heparin 50,000 unit/10 ml vial                                    | T2                    |                                   |
| heparin 50,000 unit/5 ml vial                                     | T2                    |                                   |
| heparin sod 1,000 unit/ml vial                                    | T2                    |                                   |
| heparin sod 5,000 unit/0.5 ml                                     | T2                    |                                   |
| HEPARIN SOD 5,000 UNIT/0.5 ML                                     | T3                    |                                   |
| HEPARIN SOD 5,000 UNIT/0.5 ML                                     | T4                    |                                   |
| heparin sod 5,000 unit/ml syrg                                    | T2                    |                                   |
| HEPARIN SOD 5,000 UNIT/ML SYRG                                    | T4                    |                                   |
| heparin sod 5,000 unit/ml vial                                    | T2                    |                                   |

T1 – Genéricos preferidos

T2 – Genéricos no preferidos

T3 – Marcas preferidas

T4 – Marcas no preferidas

T5 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

## Lista de medicamentos con receta

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

| Nombre del medicamento con receta                    | Nivel del medicamento | Requisitos y límites de cobertura |
|------------------------------------------------------|-----------------------|-----------------------------------|
| <b>HEPARINA Y PREPARACIONES RELACIONADAS (cont.)</b> |                       |                                   |
| <i>heparin sod 10,000 unit/ml vial</i>               | T2                    |                                   |
| <i>heparin sod 20,000 unit/ml vial</i>               | T2                    |                                   |

### ANTÍDOTOS (Condiciones gastrointestinales/pirosis)

#### ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES OPIOIDES MU, CON ACCIÓN PERIFÉRICA

|                                     |    |                   |
|-------------------------------------|----|-------------------|
| MOVANTIK                            | T3 | QL (30 tabs/fill) |
| RELISTOR 8 MG/0.4 ML SYRINGE        | T3 | ST                |
| RELISTOR 12 MG/0.6 ML SYRINGE, VIAL | T3 | ST                |
| SYMPROIC                            | T3 |                   |

### ANTÍDOTOS (Abuso de sustancias)

#### ANTAGONISTAS OPIOIDES

|                                                   |    |                      |
|---------------------------------------------------|----|----------------------|
| EVZIO ( <i>naloxone</i> )                         | T4 | QL (1 ml/fill)       |
| KLOXXADO                                          | T3 | QL (2 units/fill)    |
| <i>naloxone 0.4 mg/ml carpject, syringe, vial</i> | T2 |                      |
| <i>naloxone 2 mg/2 ml syringe</i>                 | T2 |                      |
| <i>naloxone 4 mg/10 ml vial</i>                   | T2 |                      |
| <i>naloxone hcl 4 mg nasal spray (Narcan)</i>     | T2 | QL (2 units/fill)    |
| <i>naltrexone hcl</i>                             | T1 |                      |
| NARCAN ( <i>naloxone hcl</i> )                    | T4 | QL (2 units/30 days) |
| REXTOVY                                           | T3 | QL (2 units/30 days) |

### ANTIMICÓTICOS (Condiciones oculares)

#### AGENTES ANTIMICÓTICOS OFTÁLMICOS

|         |    |  |
|---------|----|--|
| NATACYN | T3 |  |
|---------|----|--|

### ANTIMICÓTICOS (Productos femeninos)

#### ANTIMICÓTICOS VAGINALES

|                           |    |  |
|---------------------------|----|--|
| GYNAZOLE 1                | T4 |  |
| <i>miconazole nitrate</i> | T2 |  |
| <i>terconazole</i>        | T2 |  |

### ANTIMICÓTICOS (Infecciones)

#### AGENTES ANTIMICÓTICOS

|                                |    |    |
|--------------------------------|----|----|
| ANCOBON ( <i>flucytosine</i> ) | T4 | PA |
| <i>clotrimazole</i>            | T2 |    |
| CRESEMBA                       | T3 | PA |

T1 – Genéricos preferidos

T2 – Genéricos no preferidos

T3 – Marcas preferidas

T4 – Marcas no preferidas

T5 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

## Lista de medicamentos con receta

| ANTIMICÓTICOS (Infecciones) (cont.)                 |                       |                                   |
|-----------------------------------------------------|-----------------------|-----------------------------------|
| Nombre del medicamento con receta                   | Nivel del medicamento | Requisitos y límites de cobertura |
| <b>AGENTES ANTIMICÓTICOS (cont.)</b>                |                       |                                   |
| DIFLUCAN 10 MG/ML SUSPENSION ( <i>fluconazole</i> ) | T4                    |                                   |
| DIFLUCAN 40 MG/ML SUSPENSION ( <i>fluconazole</i> ) | T4                    |                                   |
| DIFLUCAN 50 MG TABLET ( <i>fluconazole</i> )        | T4                    |                                   |
| DIFLUCAN 100 MG TABLET ( <i>fluconazole</i> )       | T4                    |                                   |
| DIFLUCAN 150 MG TABLET ( <i>fluconazole</i> )       | T4                    | QL (2 tabs/fill)                  |
| DIFLUCAN 200 MG TABLET ( <i>fluconazole</i> )       | T4                    |                                   |
| <i>fluconazole 10 mg/ml susp</i>                    | T2                    |                                   |
| <i>fluconazole 40 mg/ml susp</i> (Diflucan)         | T2                    |                                   |
| <i>fluconazole 50 mg tablet</i> (Diflucan)          | T2                    |                                   |
| <i>fluconazole 100 mg, 200 mg tablet</i>            | T2                    |                                   |
| <i>fluconazole 150 mg tablet</i> (Diflucan)         | T2                    | QL (2 tabs/fill)                  |
| <i>flucytosine</i> (Ancobon)                        | T2                    |                                   |
| <i>itraconazole 10 mg/ml solution</i>               | T2                    | QL (2 bottles/30 days)            |
| <i>itraconazole 100 mg capsule</i> (Sporanox)       | T2                    | QL (30 caps/fill)                 |
| <i>itraconazole 100 mg/10 ml cup</i>                | T2                    | QL (2 bottles/30 days)            |
| <i>ketoconazole 200 mg tablet</i>                   | T2                    |                                   |
| NOXAFIL 300 MG POWDERMIX SUSP                       | T3                    | PA                                |
| NOXAFIL 40 MG/ML SUSPENSION                         | T3                    | PA SP                             |
| ORAVIG                                              | T4                    |                                   |
| POSACONAZOLE 200 MG/5 ML SUSP                       | T3                    | PA                                |
| <i>posaconazole dr 100 mg tablet</i> (Noxafil)      | T2                    | PA                                |
| SPORANOX ( <i>itraconazole</i> )                    | T4                    | QL (30 caps/30 days)              |
| <i>terbinafine hcl</i>                              | T2                    |                                   |
| VFEND ( <i>voriconazole</i> )                       | T4                    | PA                                |
| VIVJOA                                              | T5                    | PA QL (18 caps/30 days) SP        |
| <i>voriconazole</i> (Vfend)                         | T2                    | PA                                |
| <b>ANTIBIÓTICOS ANTIMICÓTICOS</b>                   |                       |                                   |
| BREXAFEMME                                          | T4                    | ST QL (4 tabs/fill)               |
| <i>griseofulvin ultramicrosize</i>                  | T2                    |                                   |
| <i>griseofulvin, microsize</i>                      | T2                    |                                   |
| <i>nystatin 100,000 unit/ml susp</i>                | T2                    |                                   |
| <i>nystatin 500,000 unit oral tab</i>               | T2                    |                                   |
| <i>nystatin 500,000 unit/5 ml cup</i>               | T2                    |                                   |

T1 – Genéricos preferidos

T2 – Genéricos no preferidos

T3 – Marcas preferidas

T4 – Marcas no preferidas

T5 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

## Lista de medicamentos con receta

| ANTIMICÓTICOS (Condiciones cutáneas)                          |                       |                                   |
|---------------------------------------------------------------|-----------------------|-----------------------------------|
| Nombre del medicamento con receta                             | Nivel del medicamento | Requisitos y límites de cobertura |
| <b>ANTIMICÓTICO TÓPICO/ANTIINFLAMATORIO, AGENTE ESTEROIDE</b> |                       |                                   |
| <i>clotrimazole-betamethasone crm</i>                         | T2                    | QL (90 gms/28 days)               |
| <i>clotrimazole-betamethasone lot</i>                         | T2                    | QL (60 mls/28 days)               |
| <b>ANTIMICÓTICOS TÓPICOS</b>                                  |                       |                                   |
| <i>ciclodan 0.77% cream (Loprox)</i>                          | T2                    | QL (90 gms/28 days)               |
| CICLODAN 0.77% CREAM KIT                                      | T4                    |                                   |
| <i>ciclodan 8% solution</i>                                   | T2                    |                                   |
| <i>ciclopirox 0.77% cream (Loprox)</i>                        | T2                    | QL (90 gms/28 days)               |
| <i>ciclopirox 0.77% gel</i>                                   | T2                    | QL (100 gms/28 days)              |
| <i>ciclopirox 0.77% topical susp (Loprox)</i>                 | T2                    | QL (60 mls/28 days)               |
| <i>ciclopirox 1% shampoo</i>                                  | T2                    | QL (120 mls/28 days)              |
| <i>ciclopirox 8% solution</i>                                 | T2                    |                                   |
| <i>econazole nitrate 1% cream</i>                             | T2                    | QL (85 gms/28 days)               |
| EXELDERM 1% CREAM                                             | T4                    | QL (60 gms/28 days)               |
| EXELDERM 1% SOLUTION                                          | T4                    | QL (60 mls/28 days)               |
| EXTINA ( <i>ketoconazole</i> )                                | T4                    | ST QL (100 gms/28 days)           |
| JUBLIA                                                        | T4                    | ST                                |
| <i>ketoconazole 2% cream</i>                                  | T2                    | QL (60 gms/28 days)               |
| <i>ketoconazole 2% foam (Extina)</i>                          | T2                    | ST QL (100 gms/28 days)           |
| <i>ketodan 2% foam (Extina)</i>                               | T2                    | ST QL (100 gms/28 days)           |
| <i>ketodan 2% foam kit</i>                                    | T2                    |                                   |
| LOPROX 0.77% CREAM ( <i>ciclopirox olamine</i> )              | T4                    | QL (90 gms/28 days)               |
| LOPROX 0.77% CREAM KIT                                        | T4                    | QL (544 gms/30 days)              |
| LOPROX 0.77% SUSPENSION KIT                                   | T4                    | QL (1 kit/30 days)                |
| LOPROX 0.77% TOPICAL SUSP ( <i>ciclopirox olamine</i> )       | T4                    | QL (60 mls/28 days)               |
| <i>naftifine hcl 1% cream</i>                                 | T2                    | QL (90 gms/28 days)               |
| <i>naftifine hcl 2% cream</i>                                 | T2                    | QL (60 gms/28 days)               |
| <i>naftifine hcl 2% gel (Naftin)</i>                          | T2                    | QL (60 gms/28 days)               |
| NAFTIN                                                        | T4                    | QL (60 gms/28 days)               |
| NAFTIN 1% GEL ( <i>naftifine hcl</i> )                        | T4                    | QL (90 gms/28 days)               |
| NAFTIN 2% GEL ( <i>naftifine hcl</i> )                        | T4                    | QL (60 gms/28 days)               |
| <i>nystatin</i>                                               | T2                    | QL (180 gms/fill)                 |
| <i>nystatin 100,000 unit/gm cream</i>                         | T2                    | QL (60 gms/28 days)               |
| <i>nystatin 100,000 unit/gm oint</i>                          | T2                    | QL (60 gms/28 days)               |

T1 – Genéricos preferidos  
T2 – Genéricos no preferidos  
T3 – Marcas preferidas  
T4 – Marcas no preferidas

T5 – Medicamentos de especialidad de marca  
PA – Autorización previa  
QL – Límite a la cantidad

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

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

## Lista de medicamentos con receta

| ANTIMICÓTICOS (Condiciones cutáneas) (cont.)                                      |                       |                                   |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|-----------------------------------|
| Nombre del medicamento con receta                                                 | Nivel del medicamento | Requisitos y límites de cobertura |
| <b>ANTIMICÓTICOS TÓPICOS (cont.)</b>                                              |                       |                                   |
| <i>nystatin/triamcin</i>                                                          | T2                    | QL (60 gms/28 days)               |
| <i>oxiconazole nitrate</i>                                                        | T2                    | QL (60 gms/28 days)               |
| <i>tavaborole</i>                                                                 | T2                    | ST                                |
| <b>ANTIHIISTAMÍNICOS Y DESCONGESTIVOS COMBINADOS (Alergia/rociadores nasales)</b> |                       |                                   |
| <b>COMBINACIÓN DE ANTIHIISTAMÍNICOS DE 1.ª GENERACIÓN Y DESCONGESTIVOS</b>        |                       |                                   |
| <i>phenylephrine hcl/prometh hcl</i>                                              | T2                    |                                   |
| <b>COMBINACIÓN DE ANTIHIISTAMÍNICOS DE 2.ª GENERACIÓN Y DESCONGESTIVOS</b>        |                       |                                   |
| CLARINEX-D 12 HOUR                                                                | T4                    |                                   |
| CLARINEX-D 24 HOUR                                                                | T4                    |                                   |
| <b>ANTIHIISTAMÍNICOS (Alergia/rociadores nasales)</b>                             |                       |                                   |
| <b>ANTIHIISTAMÍNICOS - 1.ª GENERACIÓN</b>                                         |                       |                                   |
| <i>carbinoxamine 4 mg/5 ml liquid</i>                                             | T2                    |                                   |
| <i>carbinoxamine maleate</i>                                                      | T2                    | ST                                |
| <i>carbinoxamine maleate 4 mg tab</i>                                             | T2                    |                                   |
| <i>carbinoxamine maleate 6 mg tab</i>                                             | T2                    | ST                                |
| <i>cyproheptadine 2 mg/5 ml soln, syrup</i>                                       | T2                    |                                   |
| <i>cyproheptadine 4 mg tablet</i>                                                 | T2                    |                                   |
| CYPROHEPTADINE 4 MG/10 ML SYRP                                                    | T4                    |                                   |
| <i>dexchlorpheniramine maleate (Ryclora)</i>                                      | T2                    |                                   |
| <i>hydroxyzine hcl</i>                                                            | T2                    |                                   |
| <i>hydroxyzine hcl</i>                                                            | T1                    |                                   |
| <i>hydroxyzine pamoate</i>                                                        | T1                    |                                   |
| <i>hydroxyzine pamoate (Vistaril)</i>                                             | T1                    |                                   |
| <i>promethazine hcl</i>                                                           | T2                    |                                   |
| RYCLORA ( <i>dexchlorpheniramine maleate</i> )                                    | T4                    |                                   |
| RYVENT                                                                            | T4                    | ST                                |
| VISTARIL ( <i>hydroxyzine pamoate</i> )                                           | T4                    |                                   |
| <b>ANTIHIISTAMÍNICOS - 2.ª GENERACIÓN</b>                                         |                       |                                   |
| CLARINEX ( <i>desloratadine</i> )                                                 | T4                    | QL (30 tabs/fill) HD              |
| <i>desloratadine</i>                                                              | T2                    | QL (30 tabs/fill) HD              |
| <i>desloratadine (Clarinet)</i>                                                   | T2                    | QL (30 tabs/fill) HD              |

T1 – Genéricos preferidos  
T2 – Genéricos no preferidos  
T3 – Marcas preferidas  
T4 – Marcas no preferidas

T5 – Medicamentos de especialidad de marca  
PA – Autorización previa  
QL – Límite a la cantidad

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

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

Lista de medicamentos con receta

| ANTIISTAMÍNICOS (Condiciones oculares) |                       |                                   |
|----------------------------------------|-----------------------|-----------------------------------|
| Nombre del medicamento con receta      | Nivel del medicamento | Requisitos y límites de cobertura |

|                                |    |    |
|--------------------------------|----|----|
| ANTIISTAMÍNICOS PARA LOS OJOS  |    |    |
| azelastine hcl 0.05% drops     | T2 |    |
| bepotastine besilate (Bepreve) | T2 | ST |
| BEPREVE                        | T2 |    |
| epinastine hcl                 | T2 |    |
| LASTACFT 0.25% EYE DROPS       | T4 | ST |

|                                                                     |    |                         |
|---------------------------------------------------------------------|----|-------------------------|
| ANTIIPERGLUCÉMICOS (Diabetes)                                       |    |                         |
| ANTIIPERGLUCÉMICOS, INHIBIDORES DE LA ENZIMA DPP-4-TIAZOLIDINEDIONA |    |                         |
| OSENI                                                               | T4 | ST QL (30 tabs/fill) HD |

|                                                                           |    |                             |
|---------------------------------------------------------------------------|----|-----------------------------|
| ANTIIPERGLUCÉMICOS, MIMÉTICOS DE INCRETINA (AGONISTAS DEL RECEPTOR GLP-I) |    |                             |
| ADLYXIN 10-20 MCG STARTER PACK                                            | T4 | PA QL (1 kit/28 days) HD    |
| ADLYXIN 20 MCG MAINTENANCE PK                                             | T4 | PA QL (1 kit/28 days) HD    |
| BYDUREON BCISE                                                            | T3 | PA QL (4 auto-injs/28 days) |
| BYDUREON PEN                                                              | T3 | PA QL (4 pens/fill) HD      |
| BYETTA                                                                    | T3 | PA QL (1 pen/30 days)       |
| exenatide                                                                 | T2 | PA QL (1 pen/30 days)       |
| liraglutide 2-pak 18 mg/3 ml (Victoza 2-Pak)                              | T2 | PA                          |
| liraglutide 2-pak 18 mg/3 ml (Victoza 2-Pak)                              | T2 | PA                          |
| liraglutide 2-pak 18 mg/3 ml (Victoza 3-Pak)                              | T2 | PA                          |
| liraglutide 2-pak 18 mg/3 ml (Victoza 3-Pak)                              | T2 | PA QL (2 pens/30 days)      |
| liraglutide 3-pak 18 mg/3 ml (Victoza 2-Pak)                              | T2 | PA                          |
| liraglutide 3-pak 18 mg/3 ml (Victoza 2-Pak)                              | T2 | PA QL (3 pens/30 days)      |
| liraglutide 3-pak 18 mg/3 ml (Victoza 3-Pak)                              | T2 | PA                          |
| liraglutide 3-pak 18 mg/3 ml (Victoza 3-Pak)                              | T2 | PA QL (3 pens/30 days)      |
| OZEMPIC                                                                   | T3 | PA QL (1 pen/28 days)       |
| RYBELSUS                                                                  | T3 | PA QL (30 tabs/30 days)     |
| TRULICITY 0.75 MG/0.5 ML PEN                                              | T3 | PA QL (4 pens/fill) HD      |
| TRULICITY 1.5 MG/0.5 ML PEN                                               | T3 | PA QL (1 pen/fill) HD       |
| TRULICITY 3 MG/0.5 ML PEN                                                 | T3 | PA QL (2 pens/fill) HD      |
| TRULICITY 4.5 MG/0.5 ML PEN                                               | T3 | PA QL (1 pen/fill) HD       |
| VICTOZA 2-PAK                                                             | T3 | PA QL (1 pen/fill) HD       |
| VICTOZA 3-PAK                                                             | T3 | PA QL (30 tabs/fill) HD     |

|                                                                              |    |                     |
|------------------------------------------------------------------------------|----|---------------------|
| ANTIIPERGLUCÉMICOS, INSULINA, ACCIÓN PROLONGADA-AGONISTAS DEL RECEPTOR GLP-I |    |                     |
| SOLQUA 100-33                                                                | T3 | QL (15 mls/30 days) |

T1 – Genéricos preferidos  
T2 – Genéricos no preferidos  
T3 – Marcas preferidas  
T4 – Marcas no preferidas

T5 – Medicamentos de especialidad de marca  
PA – Autorización previa  
QL – Límite a la cantidad

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

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

## Lista de medicamentos con receta

| ANTIHIPERGLUCÉMICOS (Diabetes) (cont.)                                  |                       |                                   |
|-------------------------------------------------------------------------|-----------------------|-----------------------------------|
| Nombre del medicamento con receta                                       | Nivel del medicamento | Requisitos y límites de cobertura |
| <b>ANTIHIPERGLUCÉMICOS - AGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE DOPAMINA</b>    |                       |                                   |
| CYCLOSET                                                                | T4                    | HD                                |
| <b>ANTIHIPERGLUCÉMICOS - COMBINACIÓN DE MIMÉTICOS DE INCRETINA</b>      |                       |                                   |
| MOUNJARO                                                                | T3                    | PA QL (4 pens/fill)               |
| <b>ANTIHIPERGLUCÉMICOS, INHIBIDORES DE LA ALFA-GLUCOSIDASA</b>          |                       |                                   |
| acarbose (Precose)                                                      | T2                    | HD                                |
| miglitol                                                                | T2                    | HD                                |
| PRECOSE (acarbose)                                                      | T4                    | HD                                |
| <b>ANTIHIPERGLUCÉMICOS, TIPO ANÁLOGOS DE AMILINA</b>                    |                       |                                   |
| SYMLINPEN 120                                                           | T3                    | PA QL (7 pens/fill) HD            |
| SYMLINPEN 60                                                            | T3                    | PA QL (7 pens/30 days)            |
| <b>ANTIHIPERGLUCÉMICOS, TIPO BIGUANIDAS</b>                             |                       |                                   |
| metformin er 1,000 mg osm-tab                                           | T2                    | PA QL (60 tabs/30 days) HD        |
| metformin er 500 mg osmotic tb                                          | T2                    | PA QL (30 tabs/30 days) HD        |
| metformin er 1,000 mg gastr-tb (Glumetza)                               | T2                    | PA QL (60 tabs/fill) HD           |
| metformin er 500 mg gastrc-tb (Glumetza)                                | T2                    | PA QL (120 tabs/fill) HD          |
| metformin hcl 1,000 mg tablet                                           | T1                    | HD                                |
| metformin hcl 500 mg tablet                                             | T1                    | HD                                |
| metformin hcl 750 mg tablet                                             | T1                    | ST HD                             |
| metformin hcl 500 mg/5 ml soln (Riomet)                                 | T2                    | ST HD                             |
| metformin hcl 850 mg tablet                                             | T1                    | HD                                |
| metformin hcl er 500 mg tablet                                          | T1                    | QL (120 tabs/fill) HD             |
| metformin hcl er 750 mg tablet                                          | T1                    | QL (60 tabs/fill) HD              |
| RIOMET (metformin hcl)                                                  | T4                    | ST HD                             |
| <b>ANTIHIPERGLUCÉMICOS, INHIBIDORES DE DPP-4</b>                        |                       |                                   |
| JANUVIA                                                                 | T3                    | ST QL (30 tabs/fill) HD           |
| saxagliptin (Onglyza)                                                   | T2                    | ST QL (30 tabs/30 days) HD        |
| <b>ANTIHIPERGLUCÉMICOS, TIPO ESTIMULANTES DE LIBERACIÓN DE INSULINA</b> |                       |                                   |
| glimepiride 1 mg tablet                                                 | T1                    | HD                                |
| glyburide, micronized                                                   | T2                    | HD                                |
| glimepiride 2 mg tablet                                                 | T1                    | HD                                |
| glimepiride 4 mg tablet                                                 | T1                    | HD                                |
| glipizide                                                               | T1                    | HD                                |
| glipizide (Glucotrol XL)                                                | T1                    | HD                                |
| GLUCOTROL XL (glipizide)                                                | T4                    | HD                                |

T1 – Genéricos preferidos

T2 – Genéricos no preferidos

T3 – Marcas preferidas

T4 – Marcas no preferidas

T5 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

## Lista de medicamentos con receta

| ANTIHIPERGLUCÉMICOS (Diabetes) (cont.)                                          |                       |                                   |
|---------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|-----------------------------------|
| Nombre del medicamento con receta                                               | Nivel del medicamento | Requisitos y límites de cobertura |
| <b>ANTIHIPERGLUCÉMICOS, TIPO ESTIMULANTES DE LIBERACIÓN DE INSULINA (cont.)</b> |                       |                                   |
| <i>glyburide</i>                                                                | T2                    | HD                                |
| <i>glyburide, micronized</i>                                                    | T2                    | HD                                |
| <i>glyburide, micronized</i> (Glynase)                                          | T2                    | HD                                |
| GLYNASE ( <i>glyburide, micronized</i> )                                        | T4                    | HD                                |
| <i>nateglinide</i>                                                              | T2                    | HD                                |
| PRANDIN ( <i>repaglinide</i> )                                                  | T4                    | HD                                |
| <i>repaglinide</i>                                                              | T2                    | HD                                |
| <i>repaglinide</i> (Prandin)                                                    | T2                    | HD                                |
| <b>ANTIHIPERGLUCÉMICOS, COMB. DE INHIBIDORES DE SGLT-2 Y DPP-4</b>              |                       |                                   |
| GLYXAMBI                                                                        | T3                    | ST QL (30 tabs/fill) HD           |
| <b>ANTIHIPERGLUCÉMICOS, TIAZOLIDINEDIONAS Y BIGUANIDAS</b>                      |                       |                                   |
| ACTOPLUS MET ( <i>pioglitazone hcl/metformin hcl</i> )                          | T4                    | QL (90 tabs/30 days) HD           |
| <i>pioglitazone hcl/metformin hcl</i>                                           | T2                    | QL (90 tabs/fill) HD              |
| <i>pioglitazone hcl/metformin hcl</i> (Actoplus Met)                            | T2                    | QL (90 tabs/fill) HD              |
| <b>ANTIHIPERGLUCÉMICOS, TIAZOLIDINEDIONAS Y SULFONILUREAS</b>                   |                       |                                   |
| DUETACT ( <i>pioglitazone-glimepiride</i> )                                     | T4                    | QL (30 tabs/30 days) HD           |
| <i>pioglitazone hcl/glimepiride</i> (Duetact)                                   | T2                    | QL (30 tabs/fill) HD              |
| <b>ANTIPLERGLUCÉMICOS, COMB. DE INHIBIDORES DE DPP-4 Y BIGUANIDAS</b>           |                       |                                   |
| JANUMET                                                                         | T3                    | ST QL (60 tabs/fill) HD           |
| JANUMET XR 100-1,000 MG TABLET                                                  | T3                    | ST QL (30 tabs/fill) HD           |
| JANUMET XR 50-1,000 MG TABLET                                                   | T3                    | ST QL (60 tabs/fill) HD           |
| JANUMET XR 50-500 MG TABLET                                                     | T3                    | ST QL (60 tabs/fill) HD           |
| <i>saxagliptin-metformin er 5-500</i> (Kombiglyze Xr)                           | T2                    | ST QL (30 tabs/30 days) HD        |
| <i>saxagliptin-metformin er 5-1000</i> (Kombiglyze Xr)                          | T2                    | ST QL (30 tabs/30 days) HD        |
| <i>saxagliptin-metformin er 2.5-1000</i> (Kombiglyze Xr)                        | T2                    | ST QL (60 tabs/30 days) HD        |
| <b>ANTIHIPERGLUCÉMICOS, ESTIM. DE LIBERACIÓN DE INSULINA-BIGUANIDAS</b>         |                       |                                   |
| <i>glipizide/metformin hcl</i>                                                  | T1                    | HD                                |
| <i>glyburide/metformin hcl</i>                                                  | T2                    | HD                                |
| <b>ANTIHIPERGLUCÉMICOS, TIAZOLIDINEDIONAS (AGONISTAS DE PPARG)</b>              |                       |                                   |
| ACTOS ( <i>pioglitazone hcl</i> )                                               | T4                    | QL (30 tabs/30 days) HD           |
| <b>ANTIHIPERGLUCÉMICOS-BLOQUEADORES DE LOS RECEPTORES DE GLUCOCORTICOIDES</b>   |                       |                                   |
| <i>mifepristone 300 mg tablet</i> (Korlym)                                      | T2                    | PA SP                             |
| SYNJARDY                                                                        | T3                    | ST QL (60 tabs/fill) HD           |

T1 – Genéricos preferidos  
T2 – Genéricos no preferidos  
T3 – Marcas preferidas  
T4 – Marcas no preferidas

T5 – Medicamentos de especialidad de marca  
PA – Autorización previa  
QL – Límite a la cantidad

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

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

## Lista de medicamentos con receta

| ANTIHIPERGLUCÉMICOS (Diabetes) (cont.)                                          |                       |                                   |
|---------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|-----------------------------------|
| Nombre del medicamento con receta                                               | Nivel del medicamento | Requisitos y límites de cobertura |
| <b>ANTIPLERGLUCÉMICOS-COMB. DE INHIBIDORES DE SGLT-2 Y BIGUANIDAS</b>           |                       |                                   |
| SYNJARDY XR 10-1,000 MG TABLET                                                  | T3                    | ST QL (30 tabs/fill) HD           |
| SYNJARDY XR 12.5-1,000 MG TAB                                                   | T3                    | ST QL (60 tabs/fill) HD           |
| SYNJARDY XR 25-1,000 MG TABLET                                                  | T3                    | ST QL (30 tabs/fill) HD           |
| SYNJARDY XR 5-1,000 MG TABLET                                                   | T3                    | ST QL (60 tabs/fill) HD           |
| XIGDUO XR 10 MG-1,000 MG TAB                                                    | T3                    | ST QL (30 tabs/fill) HD           |
| XIGDUO XR 10 MG-500 MG TABLET                                                   | T3                    | ST QL (30 tabs/fill) HD           |
| XIGDUO XR 2.5 MG-1,000 MG TAB                                                   | T3                    | ST QL (60 tabs/fill) HD           |
| XIGDUO XR 5 MG-1,000 MG TABLET                                                  | T3                    | ST QL (60 tabs/fill) HD           |
| XIGDUO XR 5 MG-500 MG TABLET                                                    | T3                    | ST QL (30 tabs/fill) HD           |
| <b>ANTIHIPERGLUCÉM.-INHIB. DEL COTRANSPORT. DE SOD./GLUC. TIPO 2 (SGLT-2)</b>   |                       |                                   |
| FARXIGA                                                                         | T3                    | ST QL (30 tabs/30 days)           |
| JARDIANCE                                                                       | T3                    | ST QL (30 tabs/fill) HD           |
| <b>ANTIHIPERGLUCÉM.-COMB. DE INHIB. DE SGLT-2, INHIB. DE DPP-4 Y BIGUANIDAS</b> |                       |                                   |
| TRIJARDY XR                                                                     | T3                    | ST HD                             |
| <b>INSULINAS</b>                                                                |                       |                                   |
| HUMALOG 100 unit/ML CARTRIDGE                                                   | T3                    | HD                                |
| HUMALOG JUNIOR KWIKPEN                                                          | T3                    | HD                                |
| HUMALOG KWIKPEN U-100                                                           | T3                    | HD                                |
| HUMALOG KWIKPEN U-200                                                           | T3                    | HD                                |
| HUMALOG MIX 50-50 KWIKPEN                                                       | T3                    | HD                                |
| HUMALOG MIX 75-25                                                               | T3                    | HD                                |
| HUMALOG MIX 75-25 KWIKPEN                                                       | T3                    | HD                                |
| HUMULIN 70/30 KWIKPEN                                                           | T3                    | HD                                |
| HUMULIN 70-30                                                                   | T3                    | HD                                |
| HUMULIN N                                                                       | T3                    | HD                                |
| HUMULIN N KWIKPEN                                                               | T3                    | HD                                |
| HUMULIN R                                                                       | T3                    | HD                                |
| HUMULIN R U-500                                                                 | T3                    | HD                                |
| HUMULIN R U-500 KWIKPEN                                                         | T3                    | HD                                |
| INSULIN GLARGINE-YFGN                                                           | T3                    | HD                                |
| INSULIN LISPRO JUNIOR KWIKPEN                                                   | T3                    | HD                                |
| INSULIN LISPRO KWIKPEN U-100                                                    | T3                    | HD                                |
| INSULIN LISPRO PROTAMINE MIX                                                    | T3                    | HD                                |
| INSULIN LISPRO 100 UNIT/ML VIAL                                                 | T3                    | HD                                |

T1 – Genéricos preferidos

T2 – Genéricos no preferidos

T3 – Marcas preferidas

T4 – Marcas no preferidas

T5 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

## Lista de medicamentos con receta

| ANTIHIPERGLUCÉMICOS (Diabetes) (cont.)                                |                       |                                   |
|-----------------------------------------------------------------------|-----------------------|-----------------------------------|
| Nombre del medicamento con receta                                     | Nivel del medicamento | Requisitos y límites de cobertura |
| <b>INSULINAS (cont.)</b>                                              |                       |                                   |
| LANTUS                                                                | T3                    | HD                                |
| LANTUS SOLOSTAR                                                       | T3                    | HD                                |
| LYUMJEV                                                               | T3                    | HD                                |
| LYUMJEV KWIKPEN U-100, U-200                                          | T3                    | HD                                |
| MYXREDLIN                                                             | T4                    |                                   |
| SEMGLEE (YFGN)                                                        | T3                    | HD                                |
| SEMGLEE (YFGN) PEN                                                    | T3                    | HD                                |
| TOUJEO MAX SOLOSTAR                                                   | T3                    | HD                                |
| TOUJEO SOLOSTAR                                                       | T3                    | HD                                |
| TRESIBA                                                               | T3                    | HD                                |
| TRESIBA FLEXTOUCH U-100, U-200                                        | T3                    | HD                                |
| <b>ANTIINFECCIOSOS (Productos femeninos)</b>                          |                       |                                   |
| <b>SULFONAMIDAS VAGINALES</b>                                         |                       |                                   |
| AVC                                                                   | T4                    |                                   |
| <b>ANTIINFECCIOSOS/VARIOS (Productos femeninos)</b>                   |                       |                                   |
| <b>ANTISÉPTICOS VAGINALES</b>                                         |                       |                                   |
| <i>acetic acid/oxyquinoline (Relagard)</i>                            | T2                    |                                   |
| RELAGARD ( <i>acetic acid/oxyquinoline</i> )                          | T4                    |                                   |
| TRIMO-SAN                                                             | T3                    |                                   |
| <b>ANTIINFECCIOSOS/VARIOS (Infecciones)</b>                           |                       |                                   |
| <b>ANTIPROTOZOARIOS ANAERÓBICOS DE 2.º GENERACIÓN-ANTIBACTERIANOS</b> |                       |                                   |
| <i>tinidazole 250 mg tablet</i>                                       | T2                    | QL (40 tabs/30 days)              |
| <i>tinidazole 500 mg tablet</i>                                       | T2                    | QL (20 tabs/30 days)              |
| <b>AMEBICIDAS</b>                                                     |                       |                                   |
| HUMATIN                                                               | T4                    |                                   |
| <b>ANTHELMÍNTICOS</b>                                                 |                       |                                   |
| <i>albendazole (Albenza)</i>                                          | T2                    | QL (120 tabs/30 days)             |
| ALBENZA ( <i>albendazole</i> )                                        | T4                    | QL (120 tabs/30 days)             |
| BILTRICIDE ( <i>praziquantel</i> )                                    | T4                    |                                   |
| EMVERM                                                                | T3                    | QL (6 tabs/30 days)               |
| <i>ivermectin 6 mg tablet</i>                                         | T2                    | PA QL (8 tabs/30 days)            |
| <i>praziquantel (Biltricide)</i>                                      | T2                    |                                   |
| STROMECTOL ( <i>ivermectin</i> )                                      | T4                    | PA QL (14 tabs/30 days)           |

T1 – Genéricos preferidos  
T2 – Genéricos no preferidos  
T3 – Marcas preferidas  
T4 – Marcas no preferidas

T5 – Medicamentos de especialidad de marca  
PA – Autorización previa  
QL – Límite a la cantidad

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

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

## Lista de medicamentos con receta

### ANTIINFECCIOSOS/VARIOS (Infecciones) (cont.)

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

#### MEDICAMENTOS CONTRA LA MALARIA

|                                                        |    |                        |
|--------------------------------------------------------|----|------------------------|
| ARAKODA                                                | T4 | QL (16 tabs/fill)      |
| atovaquone-proguanil 250-100 (Malarone)                | T2 | QL (60 tabs/180 days)  |
| atovaquone-proguanil 62.5-25 (Malarone)                | T2 | QL (180 tabs/180 days) |
| chloroquine phosphate                                  | T2 |                        |
| COARTEM                                                | T3 | QL (24 tabs/30 days)   |
| DARAPRIM (pyrimethamine)                               | T5 | PA SP                  |
| HYDROXYCHLOROQUINE 100 MG TAB                          | T4 |                        |
| hydroxychloroquine 200 mg tab (Plaquenil)              | T2 |                        |
| HYDROXYCHLOROQUINE 300 MG TAB                          | T4 |                        |
| HYDROXYCHLOROQUINE 400 MG TAB                          | T4 |                        |
| KRINTAFEL                                              | T4 | QL (2 tabs/30 days)    |
| MALARONE 250-100 MG TABLET (atovaquone/proguanil hcl)  | T4 | QL (60 tabs/180 days)  |
| MALARONE 62.5-25 MG PED TAB (atovaquone/proguanil hcl) | T4 | QL (180 tabs/180 days) |
| mefloquine hcl                                         | T2 | QL (13 tabs/180 days)  |
| PRIMAQUINE 26.3 MG TABLET                              | T3 | QL (120 tabs/180 days) |
| primaquine 26.3 mg tablet                              | T2 | QL (120 tabs/180 days) |
| pyrimethamine 25 mg tablet (Daraprim)                  | T2 | PA                     |
| pyrimethamine 25 mg tablet (Daraprim)                  | T2 | PA SP                  |
| quinine sulfate                                        | T2 | QL (42 caps/30 days)   |

#### MEDICAMENTOS ANTIPROTOZOARIOS, VARIOS

|                                    |    |                         |
|------------------------------------|----|-------------------------|
| atovaquone (Mepron)                | T2 |                         |
| BENZNIDAZOLE                       | T3 | QL (360 tabs/fill)      |
| IMPAVIDO                           | T3 | PA QL (84 caps/30 days) |
| MEPRON (atovaquone)                | T4 |                         |
| NEBUPENT (pentamidine isethionate) | T4 | QL (1 v1/28 days)       |
| pentamidine isethionate (Nebupent) | T2 | QL (1 v1/28 days)       |

### ANTIINFECCIOSOS/VARIOS (Varios)

#### AGENTES ANTIBACTERIANOS, VARIOS

|                           |    |  |
|---------------------------|----|--|
| glycine urologic solution | T2 |  |
|---------------------------|----|--|

#### ANTISÉPTICOS, GENERALES

|                                |    |  |
|--------------------------------|----|--|
| ALCOHOL SWABSTICK              | T4 |  |
| CVS ISOPROPYL ALCOHOL 91% SPRY | T4 |  |
| GS ISOPROPYL ALCOHOL 70% SPRAY | T4 |  |
| ISOPROPYL ALCOHOL 70% SPRAY    | T4 |  |

T1 – Genéricos preferidos

T2 – Genéricos no preferidos

T3 – Marcas preferidas

T4 – Marcas no preferidas

T5 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

## Lista de medicamentos con receta

| ANTIINFECCIOSOS/VARIOS (Varios) (cont.)                                                                                  |                       |                                    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|------------------------------------|
| Nombre del medicamento con receta                                                                                        | Nivel del medicamento | Requisitos y límites de cobertura  |
| <b>ANTISÉPTICOS, GENERALES (cont.)</b>                                                                                   |                       |                                    |
| MEDI-FIRST ISOPROPYL ALCOHOL                                                                                             | T4                    |                                    |
| <b>AGENTES SECADORES ANTISÉPTICOS TÓPICOS</b>                                                                            |                       |                                    |
| formaldehyde                                                                                                             | T2                    |                                    |
| <b>ANTIINFECCIOSOS/VARIOS (Condiciones cutáneas)</b>                                                                     |                       |                                    |
| <b>ANTIMICÓTICOS TÓPICOS</b>                                                                                             |                       |                                    |
| CICLODAN 8% KIT                                                                                                          | T4                    | ST                                 |
| ciclopirox 8% treatment kit                                                                                              | T2                    |                                    |
| <b>AGENTES INHIBIDORES DEL FACTOR DE NECROSIS TUMORAL ANTIINFLAMATORIOS (Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)</b> |                       |                                    |
| <b>ANTIINFLAMATORIOS INHIBIDORES DEL FACTOR DE NECROSIS TUMORAL</b>                                                      |                       |                                    |
| ADALIMUMAB-ADAZ(CF)                                                                                                      | T5                    | PA QL (2 syringes/28 days) SP      |
| ADALIMUMAB-ADAZ(CF) PEN                                                                                                  | T5                    | PA QL (2 pens/28 days) SP          |
| ADALIMUMAB-ADB(M)CF)PEN                                                                                                  | T5                    | PA QL (2 kits/28 days) SP HD       |
| ADALIMUMAB-RYVK(CF)                                                                                                      | T5                    | PA QL (2 srnge kits/28 days) SP HD |
| ADALIMUMAB-RYVK(CF) AI 40 MG                                                                                             | T5                    | 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                                                                                                         | T5                    | PA QL SP HD                        |
| ENBREL 25 MG/0.5 ML SYRINGE                                                                                              | T5                    | PA QL SP HD                        |
| ENBREL 25 MG/0.5 ML VIAL                                                                                                 | T5                    | PA QL SP HD                        |
| ENBREL 50 MG/ML SYRINGE                                                                                                  | T5                    | PA QL (2 srnge kits/28 days) SP HD |
| ENBREL MINI                                                                                                              | T5                    | PA QL (2 kits/28 days) SP HD       |
| ENBREL SURECLICK                                                                                                         | T5                    | PA QL (6 pens/365 days) SP HD      |
| SIMLANDI(CF) AUTOINJECTOR                                                                                                | T5                    | PA QL (2 auto-injs/28 days) SP HD  |
| SIMLANDI(CF)                                                                                                             | T5                    | PA QL (2 srnge kits/28 days) SP HD |
| SIMPONI 100 MG/ML PEN INJECTOR                                                                                           | T5                    | PA QL (1 pen/30 days) SP HD        |
| SIMPONI 100 MG/ML SYRINGE                                                                                                | T5                    | PA QL (1 syringe/30 days) SP HD    |
| SIMPONI ARIA                                                                                                             | T5                    | PA SP HD                           |
| <b>ANTINEOPLÁSICOS (Cáncer)</b>                                                                                          |                       |                                    |
| <b>ANP - AGONISTAS DE LOS RECEPTORES X RETINOIDES (RXR) SELECTIVOS</b>                                                   |                       |                                    |
| bexarotene (Targretin)                                                                                                   | T2                    | PA SP HD CSL                       |

T1 – Genéricos preferidos

T2 – Genéricos no preferidos

T3 – Marcas preferidas

T4 – Marcas no preferidas

T5 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a 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    |
| <b>ANTINEOPLÁS., INHIBIDORES DE LA HISTONA DEACETILASA (HDAC)</b> |                       |                                      |
| FARYDAK                                                           | T4                    | PA QL (6 caps/fill) CSL              |
| ZOLINZA                                                           | T5                    | PA QL (120 caps/fill) SP HD CSL      |
| <b>AGENTES ANTINEOPLÁSICOS - ALQUILANTES</b>                      |                       |                                      |
| ALKERAN ( <i>melphalan</i> )                                      | T5                    | SP CSL                               |
| <i>cyclophosphamide 25 mg, 50 mg capsule</i>                      | T2                    | SP HD CSL                            |
| CYCLOPHOSPHAMIDE 50 MG TABLET                                     | T5                    | SP HD CSL                            |
| GLEOSTINE                                                         | T3                    | CSL                                  |
| HYDREA ( <i>hydroxyurea</i> )                                     | T4                    | CSL                                  |
| <i>hydroxyurea</i> (Hydrea)                                       | T2                    | CSL                                  |
| LEUKERAN                                                          | T3                    | CSL                                  |
| MYLERAN                                                           | T3                    | CSL                                  |
| <i>temozolomide</i>                                               | T2                    | PA SP HD CSL                         |
| <b>AGENTES ANTINEOPLÁSICOS - ANTIANDROGÉNICOS</b>                 |                       |                                      |
| <i>abiraterone acetate</i> (Zytiga)                               | T2                    | PA QL (120 tabs/30 days) CSL         |
| <i>abiraterone acetate 250 mg tab</i> (Zytiga)                    | T2                    | PA QL (120 tabs/fill) SP HD CSL      |
| <i>abiraterone acetate 500 mg tab</i> (Zytiga)                    | T2                    | PA QL (60 tabs/fill) SP HD CSL       |
| <i>bicalutamide</i> (Casodex)                                     | T2                    | CSL                                  |
| CASODEX ( <i>bicalutamide</i> )                                   | T4                    | CSL                                  |
| ERLEADA                                                           | T5                    | PA QL (30 tabs/fill) SP HD CSL       |
| EULEXIN ( <i>flutamide</i> )                                      | T4                    | CSL                                  |
| <i>flutamide</i> (Eulexin)                                        | T2                    | CSL                                  |
| NILANDRON ( <i>nilutamide</i> )                                   | T4                    | PA CSL                               |
| <i>nilutamide</i> (Nilandron)                                     | T2                    | PA CSL                               |
| NUBEQA                                                            | T5                    | PA QL (120 tabs/fill) SP HD CSL      |
| XTANDI 40 MG CAPSULE                                              | T5                    | PA QL (120 tabs/caps/fill) SP HD CSL |
| XTANDI 40 MG TABLET                                               | T5                    | PA QL (120 tabs/caps/fill) SP HD CSL |
| XTANDI 80 MG TABLET                                               | T5                    | PA QL (60 tabs/fill) SP HD CSL       |
| YONSA                                                             | T5                    | PA QL (120 tabs/30 days) SP HD CSL   |
| <b>ANTINEOPLÁSICOS - ANTIMETABOLITOS</b>                          |                       |                                      |
| LONSURF                                                           | T5                    | PA SP HD CSL                         |
| <i>mercaptopurine 20 mg/ml suspen</i> (Purixan)                   | T2                    | ST SP CSL                            |
| <i>mercaptopurine 50 mg tablet</i>                                | T2                    | CSL                                  |
| <i>methotrexate 2.5 mg tablet</i>                                 | T2                    | CSL                                  |
| <i>methotrexate 250 mg/10 ml vial</i>                             | T2                    |                                      |

T1 – Genéricos preferidos  
T2 – Genéricos no preferidos  
T3 – Marcas preferidas  
T4 – Marcas no preferidas

T5 – Medicamentos de especialidad de marca  
PA – Autorización previa  
QL – Límite a la cantidad

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

HD – Puede requerir entrega a 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  |
| <b>ANTINEOPLÁSICOS - ANTIMETABOLITOS (cont.)</b>                        |                       |                                    |
| <i>methotrexate 50 mg/2 ml vial</i>                                     | T2                    |                                    |
| <i>methotrexate sodium/pf</i>                                           | T2                    |                                    |
| PURIXAN ( <i>mercaptopurine</i> )                                       | T5                    | ST SP CSL                          |
| TABLOID                                                                 | T4                    | CSL                                |
| TREXALL                                                                 | T4                    | CSL                                |
| XELODA 150 MG TABLET ( <i>capecitabine</i> )                            | T5                    | PA QL (56 tabs/fill) SP HD CSL     |
| XELODA 500 MG TABLET ( <i>capecitabine</i> )                            | T5                    | PA QL (140 tabs/fill) SP HD CSL    |
| <b>ANTINEOPLÁSICOS - INHIBIDORES DE LA AROMATASA</b>                    |                       |                                    |
| <i>anastrozole (Arimidex)</i>                                           | T2                    | HD PPACA CSL                       |
| AROMASIN ( <i>exemestane</i> )                                          | T4                    | HD CSL                             |
| <i>exemestane (Aromasin)</i>                                            | T2                    | HD PPACA CSL                       |
| FEMARA ( <i>letrozole</i> )                                             | T4                    | HD CSL                             |
| <i>letrozole (Femara)</i>                                               | T2                    | HD CSL                             |
| <b>ANTINEOPLÁSICOS - INHIBIDORES DE LA QUINASA BRAF</b>                 |                       |                                    |
| BRAFTOVI                                                                | T5                    | PA QL (180 caps/30 days) SP HD CSL |
| OJEMDA                                                                  | T5                    | PA SP CSL                          |
| TAFINLAR                                                                | T5                    | PA QL (120 caps/fill) SP HD CSL    |
| TAFINLAR 10 MG TABLET FOR SUSP                                          | T5                    | PA QL (840ml/30 days) SP HD CSL    |
| ZELBORAF                                                                | T5                    | PA QL (240 tabs/fill) SP HD CSL    |
| <b>ANTINEOPLÁSICOS - INHIBIDORES DE LA VÍA DE HEDGEHOG</b>              |                       |                                    |
| DAURISMO 25 MG TABLET                                                   | T5                    | PA QL (60 tabs/fill) SP HD CSL     |
| DAURISMO 100 MG TABLET                                                  | T5                    | PA QL (30 tabs/fill) SP HD CSL     |
| ERIVEDGE                                                                | T5                    | PA QL (30 caps/fill) SP HD CSL     |
| ODOMZO                                                                  | T5                    | PA QL (30 caps/fill) SP HD CSL     |
| <b>ANTINEOPLÁSICOS - INHIBIDORES DE LA QUINASA DE JANUS (JAK)</b>       |                       |                                    |
| JAKAFI                                                                  | T5                    | PA QL (60 tabs/fill) SP HD CSL     |
| <b>ANTINEOPLÁSICOS COMB. - INHIBIDORES DE LA QUINASA Y LA AROMATASA</b> |                       |                                    |
| KISQALI FEMARA 200 MG CO-PACK                                           | T5                    | PA QL (49 tabs/30 days) SP CSL     |
| KISQALI FEMARA 400 MG CO-PACK                                           | T5                    | PA QL (70 tabs/30 days) SP CSL     |
| KISQALI FEMARA 600 MG CO-PACK                                           | T5                    | PA QL (91 tabs/30 days) SP CSL     |
| <b>ANTINEOPLÁSICOS - INHIBIDOR DE LA PROTEÍNA KRAS</b>                  |                       |                                    |
| LUMAKRAS                                                                | T5                    | PA SP HD CSL                       |
| <b>ANTINEOPLÁSICOS - INHIBIDORES DE LA QUINASA MEK</b>                  |                       |                                    |
| COTELLIC                                                                | T5                    | PA QL (63 tabs/30 days) SP HD CSL  |

T1 – Genéricos preferidos  
T2 – Genéricos no preferidos  
T3 – Marcas preferidas  
T4 – Marcas no preferidas

T5 – Medicamentos de especialidad de marca  
PA – Autorización previa  
QL – Límite a la cantidad

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

HD – Puede requerir entrega a 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  |
| <b>ANTINEOPLÁSICOS - INHIBIDORES DE LA QUINASA MEK (cont.)</b>         |                       |                                    |
| GOMEKLI                                                                | T5                    | PA SP CSL                          |
| KOSELUGO 10 MG CAPSULE                                                 | T5                    | PA SP CSL                          |
| KOSELUGO 25 MG CAPSULE                                                 | T5                    | PA SP CSL                          |
| MEKINIST 0.05 MG/ML SOLUTION                                           | T5                    | PA QL (1080 mls/30 days) SP HD CSL |
| MEKINIST 0.5 MG TABLET                                                 | T5                    | PA QL (90 tabs/30 days) SP HD CSL  |
| MEKINIST 2 MG TABLET                                                   | T5                    | PA QL (30 tabs/30 days) SP HD CSL  |
| MEKTOVI                                                                | T5                    | PA QL (180 tabs/30 days) SP HD CSL |
| <b>ANTINEOPLÁSICOS - INHIBIDORES DE LA QUINASA MTOR</b>                |                       |                                    |
| <i>everolimus</i> (Afinitor)                                           | T2                    | PA QL (30 tabs/30 days) SP CSL     |
| <i>everolimus 2 mg tab for susp</i> (Afinitor Disperz)                 | T2                    | PA QL (30 tabs/fill) SP CSL        |
| <i>everolimus 3 mg tab for susp</i> (Afinitor Disperz)                 | T2                    | PA QL (30 tabs/fill) SP CSL        |
| <i>everolimus 5 mg tab for susp</i> (Afinitor Disperz)                 | T2                    | PA QL (30 tabs/fill) SP CSL        |
| <b>ANTINEOPLÁSICOS - INHIBIDORES DE LA PROTEÍNA METILTRANSFERASA</b>   |                       |                                    |
| TAZVERIK                                                               | T5                    | PA SP CSL                          |
| <b>ANTINEOPLÁSICOS, COMB. DE INHIBIDORES DE ENZIMAS SISTÉMICAS</b>     |                       |                                    |
| AVMAPKI-FAKZYNJA                                                       | T5                    | PA SP CSL                          |
| <b>ANTINEOPLÁSICOS - INHIBIDORES DE LA TOPOISOMERASA I</b>             |                       |                                    |
| HYCANTIN                                                               | T5                    | PA SP HD CSL                       |
| <b>AGENTES ANTINEOPLÁSICOS INMUNOMODULADORES</b>                       |                       |                                    |
| <i>lenalidomide</i>                                                    | T2                    | PA QL (30 caps/fill) SP HD CSL     |
| POMALYST                                                               | T5                    | PA SP HD CSL                       |
| REVLIMID                                                               | T5                    | PA QL (30 caps/fill) SP HD CSL     |
| <b>ANTAGONISTAS DE LHRH (GNRH) ANTINEOPLÁSICOS, SUPR. HIPOFISARIOS</b> |                       |                                    |
| ORGOVYX                                                                | T5                    | PA QL (30 tabs/fill) SP CSL        |
| <b>ANTINEOPLÁSICOS, INHIBIDORES DE ENZIMAS SISTÉMICAS</b>              |                       |                                    |
| ALECENSA                                                               | T5                    | PA QL (240 caps/fill) SP HD CSL    |
| ALUNBRIG 90 MG, 180 MG TABLET                                          | T5                    | PA QL (30 tabs/fill) SP CSL        |
| ALUNBRIG 30 MG TABLET                                                  | T5                    | PA QL (60 tabs/fill) SP CSL        |
| ALUNBRIG 90 MG-180 MG TAB PACK                                         | T5                    | PA QL (30 tabs/fill) SP CSL        |
| AUGTYRO                                                                | T5                    | PA SP CSL                          |
| AYVAKIT                                                                | T5                    | PA QL (30 tabs/fill) SP CSL        |
| BALVERSA                                                               | T5                    | PA SP CSL                          |
| BOSULIF 50 MG CAPSULE                                                  | T5                    | PA QL (30 caps/fill) SP HD CSL     |
| BOSULIF 100 MG CAPSULE                                                 | T5                    | PA QL (90 caps/fill) SP HD CSL     |

T1 – Genéricos preferidos  
T2 – Genéricos no preferidos  
T3 – Marcas preferidas  
T4 – Marcas no preferidas

T5 – Medicamentos de especialidad de marca  
PA – Autorización previa  
QL – Límite a la cantidad

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

HD – Puede requerir entrega a 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      |
| <b>ANTINEOPLÁSICOS, INHIBIDORES DE ENZIMAS SISTÉMICAS (cont.)</b> |                       |                                        |
| BOSULIF 100 MG TABLET                                             | T5                    | PA QL (90 tabs/fill) SP HD CSL         |
| BOSULIF 400 MG, 500 MG TABLET                                     | T5                    | PA QL (30 tabs/fill) SP HD CSL         |
| BRUKINSA                                                          | T5                    | PA SP CSL                              |
| CALQUENCE                                                         | T5                    | PA QL (60 tabs/caps/fill) SP CSL       |
| CAPRELSA 100 MG TABLET                                            | T5                    | PA QL (60 tabs/fill) SP CSL            |
| CAPRELSA 300 MG TABLET                                            | T5                    | PA QL (30 tabs/fill) SP CSL            |
| COMETRIQ 100 MG DAILY-DOSE PK                                     | T5                    | PA QL (56 caps/fill) SP HD CSL         |
| COMETRIQ 140 MG DAILY-DOSE PK                                     | T5                    | PA QL (112 caps/fill) SP HD CSL        |
| COMETRIQ 60 MG DAILY-DOSE PACK                                    | T5                    | PA QL (84 caps/fill) SP HD CSL         |
| COPIKTRA                                                          | T5                    | PA QL (56 caps/fill) SP CSL            |
| DANZITEN                                                          | T5                    | PA SP CSL                              |
| <i>dasatinib 100 mg tablet (Sprycel)</i>                          | T2                    | PA QL (30 tabs/30 days) SP CSL         |
| <i>dasatinib 100 mg tablet (Sprycel)</i>                          | T2                    | PA QL (30 tabs/30 days) SP HD CSL      |
| <i>dasatinib 140 mg tablet (Sprycel)</i>                          | T2                    | PA QL (30 tabs/30 days) SP CSL         |
| <i>dasatinib 140 mg tablet (Sprycel)</i>                          | T2                    | PA QL (30 tabs/30 days) SP HD CSL      |
| <i>dasatinib 20 mg tablet (Sprycel)</i>                           | T2                    | PA QL (90 tabs/30 days) SP CSL         |
| <i>dasatinib 20 mg tablet (Sprycel)</i>                           | T2                    | PA QL (90 tabs/30 days) SP HD CSL      |
| <i>dasatinib 50 mg tablet (Sprycel)</i>                           | T2                    | PA QL (30 tabs/30 days) SP CSL         |
| <i>dasatinib 50 mg tablet (Sprycel)</i>                           | T2                    | PA QL (30 tabs/30 days) SP HD CSL      |
| <i>dasatinib 70 mg tablet (Sprycel)</i>                           | T2                    | PA QL (60 tabs/30 days) SP CSL         |
| <i>dasatinib 70 mg tablet (Sprycel)</i>                           | T2                    | PA QL (60 tabs/30 days) SP HD CSL      |
| <i>dasatinib 80 mg tablet (Sprycel)</i>                           | T2                    | PA QL (30 tabs/30 days) SP CSL         |
| <i>dasatinib 80 mg tablet (Sprycel)</i>                           | T2                    | PA QL (30 tabs/30 days) SP HD CSL      |
| ENSACOVE                                                          | T5                    | PA SP CSL                              |
| <i>erlotinib hcl 25 mg tablet</i>                                 | T2                    | PA QL (60 tabs/30 days) SP HD CSL      |
| <i>erlotinib hcl 100 mg tablet</i>                                | T2                    | PA QL (30 tabs/30 days) SP HD CSL      |
| <i>erlotinib hcl 150 mg tablet</i>                                | T2                    | PA QL (30 tabs/30 days) SP HD CSL      |
| FRUZAQLA                                                          | T5                    | PA SP CSL                              |
| GAVRETO                                                           | T5                    | PA QL (120 caps/30 days) SP CSL        |
| GILOTRIF                                                          | T5                    | PA QL (30 tabs/fill) SP HD CSL         |
| IBRANCE                                                           | T5                    | PA QL (21 tabs/caps/30 days) SP HD CSL |
| IBTROZI                                                           | T5                    | PA SP CSL                              |
| ICLUSIG                                                           | T5                    | PA QL (30 tabs/fill) SP CSL            |
| IMBRUVICA 70 MG CAPSULE                                           | T5                    | PA QL (30 caps/fill) SP CSL            |

T1 – Genéricos preferidos  
T2 – Genéricos no preferidos  
T3 – Marcas preferidas  
T4 – Marcas no preferidas

T5 – Medicamentos de especialidad de marca  
PA – Autorización previa  
QL – Límite a la cantidad

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

HD – Puede requerir entrega a 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  |
| <b>ANTINEOPLÁSICOS, INHIBIDORES DE ENZIMAS SISTÉMICAS (cont.)</b> |                       |                                    |
| IMBRUVICA 70 MG/ML SUSPENSION                                     | T5                    | PA QL (3 bottles/fill) SP CSL      |
| IMBRUVICA 140 MG CAPSULE                                          | T5                    | PA QL (120 caps/fill) SP CSL       |
| IMBRUVICA 140 MG, 280 MG, 420 MG TABLET                           | T5                    | PA QL (30 tabs/fill) SP CSL        |
| IMKELDI                                                           | T5                    | PA SP CSL                          |
| INLYTA 1 MG TABLET                                                | T5                    | PA QL (180 tabs/fill) SP HD CSL    |
| INLYTA 5 MG TABLET                                                | T5                    | PA QL (120 tabs/fill) SP HD CSL    |
| IRESSA ( <i>gefitinib</i> )                                       | T5                    | PA QL (30 tabs/30 days) SP HD CSL  |
| IWILFIN                                                           | T5                    | PA SP CSL                          |
| KISQALI                                                           | T5                    | PA QL (1 pack/1 time) CSL SP HD    |
| KISQALI FEMARA CO-PACK                                            | T5                    | PA QL (1 pack/28 days) CSL SP HD   |
| LAZCLUZE                                                          | T5                    | PA SP CSL                          |
| <i>lapatinib ditosylate</i> (Tykerb)                              | T2                    | PA QL (180 tabs/fill) SP HD CSL    |
| LENVIMA 4 MG CAPSULE                                              | T5                    | PA QL (30 caps/fill) SP HD CSL     |
| LENVIMA 8 MG, 14 MG DAILY DOSE                                    | T5                    | PA QL (60 caps/fill) SP HD CSL     |
| LENVIMA 10 MG DAILY DOSE                                          | T5                    | PA QL (30 caps/fill) SP HD CSL     |
| LENVIMA 12 MG, 18 MG DAILY DOSE                                   | T5                    | PA QL (90 caps/fill) SP HD CSL     |
| LENVIMA 20 MG DAILY DOSE                                          | T5                    | PA QL (60 caps/fill) SP HD CSL     |
| LENVIMA 24 MG DAILY DOSE                                          | T5                    | PA QL (90 caps/fill) SP HD CSL     |
| LORBRENA 100 MG TABLET                                            | T5                    | PA QL (30 tabs/fill) SP HD CSL     |
| LORBRENA 25 MG TABLET                                             | T5                    | PA QL (90 tabs/fill) SP HD CSL     |
| LYNPARZA                                                          | T5                    | PA QL (120 tabs/fill) SP HD CSL    |
| LYTGOBI                                                           | 5                     | PA SP CSL                          |
| NERLYNX                                                           | T5                    | 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)                         | T2                    | PA QL (112 caps/30 days) SP HD CSL |
| <i>nilotinib 200 mg capsule</i> (Tasigna)                         | T2                    | PA QL (112 caps/30 days) SP HD CSL |
| <i>nilotinib 50 mg capsule</i> (Tasigna)                          | T2                    | PA QL (120 caps/30 days) SP HD CSL |
| NINLARO                                                           | T5                    | PA QL (3 caps/fill) SP HD CSL      |
| OGSIVEO                                                           | T5                    | PA SP CSL                          |
| <i>pazopanib hcl</i> (Votrient)                                   | T2                    | PA QL (120 tabs/30 days) SP HD CSL |
| PEMAZYRE                                                          | T5                    | PA QL (28 tabs/fill) SP CSL        |
| PIQRAY                                                            | T5                    | PA SP CSL                          |
| RETEVMO 40 MG CAPSULE                                             | T5                    | PA QL (180 caps/fill) SP HD CSL    |
| RETEVMO 80 MG CAPSULE                                             | T5                    | PA QL (120 caps/fill) SP HD CSL    |

T1 – Genéricos preferidos  
T2 – Genéricos no preferidos  
T3 – Marcas preferidas  
T4 – Marcas no preferidas

T5 – Medicamentos de especialidad de marca  
PA – Autorización previa  
QL – Límite a la cantidad

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

HD – Puede requerir entrega a 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  |
| <b>ANTINEOPLÁSICOS, INHIBIDORES DE ENZIMAS SISTÉMICAS (cont.)</b> |                       |                                    |
| RETEVMO 40 MG TABLET                                              | T5                    | PA QL (90 tabs/fill) SP HD CSL     |
| RETEVMO 80 MG, 120 MG, 160 MG TABLET                              | T5                    | PA QL (60 tabs/fill) SP HD CSL     |
| REVUFORJ                                                          | T5                    | PA SP CSL                          |
| ROMVIMZA                                                          | T5                    | PA QL (8 caps/fill) SP CSL         |
| ROZLYTREK 100 MG CAPSULE                                          | T5                    | PA QL (30 caps/fill) SP HD CSL     |
| ROZLYTREK 200 MG CAPSULE                                          | T5                    | PA QL (90 caps/fill) SP HD CSL     |
| ROZLYTREK 50 MG PELLET PACKET                                     | T5                    | PA QL (42 packs/fill) SP HD CSL    |
| RYDAPT                                                            | T5                    | PA QL (224 caps/fill) SP HD CSL    |
| SCEMBLIX 20 MG TABLET                                             | T5                    | PA QL (600 tabs/30 days) SP CSL    |
| SCEMBLIX 40 MG TABLET                                             | T5                    | PA QL (300 tabs/30 days) SP CSL    |
| SCEMBLIX 100 MG TABLET                                            | T5                    | PA QL (120 tabs/fill) SP CSL       |
| sorafenib tosylate (Nexavar)                                      | T2                    | PA QL (120 tabs/fill) SP HD CSL    |
| STIVARGA                                                          | T5                    | PA QL (84 tabs/fill) SP HD CSL     |
| sunitinib malate 12.5 mg cap (Sutent)                             | T2                    | PA QL (90 caps/fill) SP HD CSL     |
| sunitinib malate 25 mg capsule (Sutent)                           | T2                    | PA QL (30 caps/fill) SP HD CSL     |
| sunitinib malate 37.5 mg cap (Sutent)                             | T2                    | PA QL (30 caps/fill) SP HD CSL     |
| sunitinib malate 50 mg capsule (Sutent)                           | T2                    | PA QL (30 caps/fill) SP HD CSL     |
| SUTENT 12.5 MG CAPSULE (sunitinib malate)                         | T5                    | PA QL (90 caps/fill) SP HD CSL     |
| SUTENT 25 MG CAPSULE (sunitinib malate)                           | T5                    | PA QL (30 caps/fill) SP HD CSL     |
| SUTENT 37.5 MG CAPSULE (sunitinib malate)                         | T5                    | PA QL (30 caps/fill) SP HD CSL     |
| SUTENT 50 MG CAPSULE (sunitinib malate)                           | T5                    | PA QL (30 caps/fill) SP HD CSL     |
| TABRECTA                                                          | T5                    | PA SP HD CSL                       |
| TAGRISSO                                                          | T5                    | PA QL (30 tabs/fill) SP HD CSL     |
| TALZENNA                                                          | T5                    | PA QL (30 caps/fill) SP HD CSL     |
| TALZENNA 0.1 MG CAPSULE, SOFTGEL                                  | T5                    | PA QL (30 caps/fill) SP HD CSL     |
| TALZENNA 0.25 MG SOFTGEL                                          | T5                    | PA QL (30 caps/30 days) SP HD CSL  |
| TALZENNA 0.35 MG CAPSULE, SOFTGEL                                 | T5                    | PA QL (30 caps/fill) SP HD CSL     |
| TALZENNA 0.5 MG SOFTGEL                                           | T5                    | PA QL (30 caps/30 days) SP HD CSL  |
| TALZENNA 0.75 MG SOFTGEL                                          | T5                    | PA QL (30 caps/30 days) SP HD CSL  |
| TALZENNA 1 MG SOFTGEL                                             | T5                    | PA QL (30 caps/30 days) SP HD CSL  |
| TASIGNA 50 MG CAPSULE (nilotinib hcl)                             | T5                    | PA QL (120 caps/30 days) SP HD CSL |
| TASIGNA 150 MG CAPSULE (nilotinib hcl)                            | T5                    | PA QL (112 caps/30 days) SP HD CSL |
| TASIGNA 200 MG CAPSULE (nilotinib hcl)                            | T5                    | PA QL (112 caps/30 days) SP HD CSL |
| TRUQAP                                                            | T5                    | PA SP CSL                          |

T1 – Genéricos preferidos

T2 – Genéricos no preferidos

T3 – Marcas preferidas

T4 – Marcas no preferidas

T5 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a 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   |
| <b>ANTINEOPLÁSICOS, INHIBIDORES DE ENZIMAS SISTÉMICAS (cont.)</b>       |                       |                                     |
| TUKYSA 150 MG TABLET                                                    | T5                    | PA QL (120 tabs/fill) SP CSL        |
| TUKYSA 50 MG TABLET                                                     | T5                    | PA QL (300 tabs/fill) SP CSL        |
| TURALIO                                                                 | T5                    | PA QL (120 caps/fill) SP CSL        |
| VERZENIO                                                                | T5                    | PA QL (60 tabs/fill) SP HD CSL      |
| VITRAKVI 100 MG CAPSULE                                                 | T5                    | PA QL (60 caps/fill) SP HD CSL      |
| VITRAKVI 20 MG/ML SOLUTION                                              | T5                    | PA QL (300 mls/fill) SP HD CSL      |
| VITRAKVI 25 MG CAPSULE                                                  | T5                    | PA QL (180 caps/fill) SP HD CSL     |
| VIZIMPRO                                                                | T5                    | PA QL (30 tabs/fill) SP HD CSL      |
| VONJO                                                                   | T5                    | PA QL (120 caps/fill) SP CSL        |
| VOTRIENT ( <i>pazopanib hcl</i> )                                       | T5                    | PA QL (120 tabs/30 days) SP HD CSL  |
| XALKORI 200MG, 250MG CAPSULE                                            | T5                    | PA QL (60 caps/30 days) SP HD CSL   |
| XALKORI 20MG, 50MG, 150MG PELLET                                        | T5                    | PA QL (120 caps/fill) SP HD CSL     |
| XOSPATA                                                                 | T5                    | PA QL (90 tabs/fill) SP CSL         |
| ZYDELIG                                                                 | T5                    | PA QL (60 tabs/fill) SP HD CSL      |
| ZYKADIA                                                                 | T5                    | PA QL (90 tabs/caps/fill) SP HD CSL |
| <b>ANTINEOPLÁSICOS-INHIBIDORES DE LINFOMA DE CÉLULAS B-2 (BCL-2)</b>    |                       |                                     |
| VENCLEXTA 10 MG TAB (10MG X 2)                                          | T5                    | PA QL (56 tabs/fill) SP CSL         |
| VENCLEXTA 10 MG TABLET                                                  | T5                    | PA QL (56 tabs/fill) SP CSL         |
| VENCLEXTA 100 MG TABLET                                                 | T5                    | PA QL (180 tabs/fill) SP CSL        |
| VENCLEXTA 50 MG TABLET                                                  | T5                    | PA QL (28 tabs/fill) SP CSL         |
| VENCLEXTA STARTING PACK                                                 | T5                    | PA QL (42 tabs/fill) SP CSL         |
| <b>ANTINEOPLÁSICOS-INHIBIDOR DEL FACTOR INDUCIBLE POR HIPOXIA (HIF)</b> |                       |                                     |
| WELIREG                                                                 | T5                    | PA SP CSL                           |
| <b>ANTINEOPLÁSICOS-INHIBIDORES DE LA ISOCITRATO DESHIDROGENASA</b>      |                       |                                     |
| IDHIFA                                                                  | T5                    | PA QL (30 tabs/fill) SP HD CSL      |
| TIBSzeppbouOVO                                                          | T5                    | PA SP CSL                           |
| VORANIGO                                                                | T5                    | PA SP CSL                           |
| <b>ANTINEOPLÁSICOS, VARIOS</b>                                          |                       |                                     |
| <i>etoposide</i>                                                        | T2                    | SP HD CSL                           |
| LYSODREN                                                                | T3                    | CSL                                 |
| MATULANE                                                                | T5                    | SP CSL                              |
| <i>tretinoin 10 mg capsule</i>                                          | T2                    | CSL                                 |
| <b>INMUNOMODULADORES</b>                                                |                       |                                     |
| ACTIMMUNE                                                               | T5                    | PA SP HD                            |

T1 – Genéricos preferidos

T2 – Genéricos no preferidos

T3 – Marcas preferidas

T4 – Marcas no preferidas

T5 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a 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 |
|-----------------------------------|-----------------------|-----------------------------------|
|-----------------------------------|-----------------------|-----------------------------------|

#### MODULADORES SELECTIVOS DE RECEPTORES ESTROGÉNICOS (SERM)

|                                        |    |              |
|----------------------------------------|----|--------------|
| FARESTON ( <i>toremifene citrate</i> ) | T4 | HD CSL       |
| SOLTAMOX                               | T4 | HD PPACA CSL |
| <i>tamoxifen citrate</i>               | T2 | HD PPACA CSL |
| <i>toremifene citrate</i> (Fareston)   | T2 | HD CSL       |

#### ANTINEOPLÁSICOS ESTEROIDES

|                                      |    |     |
|--------------------------------------|----|-----|
| <i>megestrol 20 mg, 40 mg tablet</i> | T2 | CSL |
|--------------------------------------|----|-----|

### ANTINEOPLÁSICOS (Condiciones cutáneas)

#### ANTINEOPLÁSICOS TÓPICOS FOTOACT., LESIONES PREMALIGNAS

|         |    |    |
|---------|----|----|
| LEVULAN | T5 | SP |
|---------|----|----|

#### AGENTES ANTINEOPLÁSICOS TÓPICOS PARA LESIONES PREMALIGNAS

|                                        |    |                         |
|----------------------------------------|----|-------------------------|
| <i>bexarotene 1% gel</i> (Targretin)   | T2 | PA SP HD                |
| <i>diclofenac sodium 3% gel</i>        | T2 | PA QL (100 gms/28 days) |
| EFUDEX ( <i>fluorouracil</i> )         | T4 |                         |
| FLUOROPLEX                             | T4 |                         |
| <i>fluorouracil 2% topical soln</i>    | T2 |                         |
| <i>fluorouracil 5% cream</i> (Efudex)  | T2 |                         |
| <i>fluorouracil 5% topical soln</i>    | T2 |                         |
| PANRETIN                               | T5 | PA SP HD                |
| TARGRETIN 1% GEL ( <i>bexarotene</i> ) | T5 | PA SP HD                |
| VALCHLOR                               | T5 | PA SP HD                |

### MEDICAMENTOS CONTRA LA OBESIDAD (Control del peso)

#### ANOREXÍGENOS CONTRA LA OBESIDAD

|                                     |    |                         |
|-------------------------------------|----|-------------------------|
| ADIPEX-P ( <i>phentermine hcl</i> ) | T4 | PA QL (30 tabs/30 days) |
| <i>benzphetamine hcl</i>            | T2 | PA QL (90 tabs/fill)    |
| <i>diethylpropion hcl</i>           | T2 | PA QL (90 tabs/fill)    |
| <i>diethylpropion hcl</i>           | T2 | PA QL (30 tabs/fill)    |
| LOMAIRA                             | T4 | PA QL (90 tabs/fill)    |
| <i>phendimetrazine tartrate</i>     | T2 | PA QL (30 caps/fill)    |
| <i>phendimetrazine tartrate</i>     | T2 | PA QL (180 tabs/fill)   |
| <i>phentermine 15 mg capsule</i>    | T2 | PA QL (30 caps/fill)    |
| <i>phentermine 30 mg capsule</i>    | T2 | PA QL (30 caps/fill)    |
| <i>phentermine 37.5 mg capsule</i>  | T2 | PA QL (30 caps/30 days) |
| <i>phentermine 8 mg tablet</i>      | T2 | PA QL (90 tabs/30 days) |

T1 – Genéricos preferidos

T2 – Genéricos no preferidos

T3 – Marcas preferidas

T4 – Marcas no preferidas

T5 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

## Lista de medicamentos con receta

| MEDICAMENTOS CONTRA LA OBESIDAD (Control del peso) (cont.)                                   |                       |                                   |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|-----------------------------------|
| Nombre del medicamento con receta                                                            | Nivel del medicamento | Requisitos y límites de cobertura |
| <b>ANOREXÍGENOS CONTRA LA OBESIDAD</b>                                                       |                       |                                   |
| <i>phentermine 37.5 mg tablet</i> (Adipex-P)                                                 | T2                    | PA QL (30 tabs/fill)              |
| <i>phentermine/topiramate</i> (Qsymia)                                                       | T2                    | PA QL (30 caps/30 days)           |
| QSYMIA ( <i>phentermine/topiramate</i> )                                                     | T4                    | PA QL (30 caps/30 days)           |
| <b>AGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE LA MELANOCORTINA 4 CONTRA LA OBESIDAD</b>                  |                       |                                   |
| IMCIVREE                                                                                     | T5                    | PA QL (6 mls/30 days) SP          |
| <b>AGONISTAS DE LOS RECEPTORES DEL PÉPTIDO SIMILAR AL GLUCAGÓN TIPO I CONTRA LA OBESIDAD</b> |                       |                                   |
| <i>liraglutide 18 mg/3 ml pen</i> (Saxenda)                                                  | T2                    | PA QL (5 pens/30 days)            |
| <i>liraglutide 5-pak 18 mg/3 ml</i> (Saxenda)                                                | T2                    | PA QL (5 pens/30 days)            |
| SAXENDA ( <i>liraglutide</i> )                                                               | T4                    | PA QL (5 pens/30 days)            |
| WEGOVY 0.25 MG/0.5 ML PEN                                                                    | T3                    | PA QL (8 pens/year)               |
| WEGOVY 0.5 MG/0.5 ML PEN                                                                     | T3                    | PA QL (8 pens/year)               |
| WEGOVY 1 MG/0.5 ML PEN                                                                       | T3                    | PA QL (8 pens/year)               |
| WEGOVY 1.7 MG/0.75 ML PEN                                                                    | T3                    | PA QL (8 pens/year)               |
| WEGOVY 2.4 MG/0.75 ML PEN                                                                    | T3                    | PA QL (4 pens/28 days)            |
| <b>COMBINACIÓN DE MIMÉTICOS DE INCRETINA CONTRA LA OBESIDAD</b>                              |                       |                                   |
| ZEPBOUND 2.5 MG/0.5 ML PEN                                                                   | T3                    | PA QL (2 mls/28 days)             |
| ZEPBOUND 5 MG/0.5 ML PEN                                                                     | T3                    | PA QL (2 mls/28 days)             |
| ZEPBOUND 7.5 MG/0.5 ML PEN                                                                   | T3                    | PA QL (2 mls/28 days)             |
| ZEPBOUND 10 MG/0.5 ML PEN                                                                    | T3                    | PA QL (2 mls/28 days)             |
| ZEPBOUND 12.5 MG/0.5 ML PEN                                                                  | T3                    | PA QL (2 mls/28 days)             |
| ZEPBOUND 15 MG/0.5 ML PEN                                                                    | T3                    | PA QL (2 mls/28 days)             |
| ZEPBOUND 2.5 MG/0.5 ML VIAL                                                                  | T4                    | PA QL (2 mls/28 days)             |
| ZEPBOUND 5 MG/0.5 ML VIAL                                                                    | T4                    | PA QL (2 mls/28 days)             |
| ZEPBOUND 7.5 MG/0.5 ML VIAL                                                                  | T4                    | PA QL (2 mls/28 days)             |
| ZEPBOUND 10 MG/0.5 ML VIAL                                                                   | T4                    | PA QL (2 mls/28 days)             |
| ZEPBOUND 12.5 MG/0.5 ML VIAL                                                                 | T4                    | PA QL (2 mls/28 days)             |
| ZEPBOUND 15 MG/0.5 ML VIAL                                                                   | T4                    | PA QL (2 mls/28 days)             |
| <b>AGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE LA SEROTONINA 2C CONTRA LA OBESIDAD</b>                    |                       |                                   |
| BELVIQ                                                                                       | T4                    | PA                                |
| BELVIQ XR                                                                                    | T4                    | PA                                |
| <b>ANTAG. OPIOIDES-INHIB. DE LA RECAPT. DE NOREPINEFRINA Y DOPAMINA CONTRA LA OBESIDAD</b>   |                       |                                   |
| CONTRAVE                                                                                     | T4                    | PA QL (120 tabs/fill)             |
| <b>AGENTES QUE REDUCEN LA ABSORCIÓN DE GRASAS</b>                                            |                       |                                   |
| ORLISTAT                                                                                     | T4                    | PA QL (90 caps/fill)              |
| XENICAL                                                                                      | T4                    | PA QL (90 caps/fill)              |

T1 – Genéricos preferidos

T2 – Genéricos no preferidos

T3 – Marcas preferidas

T4 – Marcas no preferidas

T5 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

| ANTIPARASITARIOS (Condiciones oculares)                   |                       |                                   |
|-----------------------------------------------------------|-----------------------|-----------------------------------|
| Nombre del medicamento con receta                         | Nivel del medicamento | Requisitos y límites de cobertura |
| ANTIPARASITARIOS OFTÁLMICOS (DE LOS OJOS)                 |                       |                                   |
| XDEMVI                                                    | T5                    | QL (10 mgs/30 days) SP            |
| ANTIPARASITARIOS (Infecciones)                            |                       |                                   |
| ANTIPARASITARIOS                                          |                       |                                   |
| ALINIA 100 MG/5 ML SUSPENSION                             | T3                    | QL (360 mls/30 days)              |
| ANTIPARASITARIOS TÓPICOS                                  |                       |                                   |
| crotamiton                                                | T2                    |                                   |
| ELIMITE (permethrin)                                      | T4                    |                                   |
| EURAX                                                     | T4                    |                                   |
| permethrin (Elimite)                                      | T2                    |                                   |
| spinosad (Natroba)                                        | T2                    |                                   |
| ULESFIA                                                   | T4                    |                                   |
| MEDICAMENTOS ANTIPARKINSONIANOS (Enfermedad de Parkinson) |                       |                                   |
| MEDICAMENTOS ANTIPARKINSONIANOS, ANTICOLINÉRGICOS         |                       |                                   |
| benztropine mesylate                                      | T1                    | HD                                |
| trihexyphenidyl hcl                                       | T2                    | HD                                |
| MEDICAMENTOS ANTIPARKINSONIANOS, OTROS                    |                       |                                   |
| amantadine hcl                                            | T2                    | HD                                |
| apomorphine hcl                                           | T2                    | PA QL (30 mls/30 days) SP         |
| AZILECT (rasagiline mesylate)                             | T4                    | ST HD                             |
| bromocriptine mesylate                                    | T2                    | HD                                |
| carbidopa/levodopa                                        | T2                    | HD                                |
| carbidopa/levodopa (Sinemet)                              | T2                    | HD                                |
| carbidopa/levodopa/entacapone                             | T2                    | HD                                |
| carbidopa/levodopa/entacapone (Stalevo 75)                | T2                    | HD                                |
| carbidopa/levodopa/entacapone (Stalevo 100)               | T2                    | HD                                |
| carbidopa/levodopa/entacapone (Stalevo 125)               | T2                    | HD                                |
| carbidopa/levodopa/entacapone                             | T2                    | HD                                |
| CREXONT                                                   | T4                    | ST HD                             |
| DUOPA                                                     | T5                    | PA SP HD                          |
| entacapone                                                | T2                    | HD                                |
| INBRIJA                                                   | T5                    | PA QL (300 caps/fill) SP HD       |
| KYNMOBI                                                   | T3                    | PA QL (150 films/30 days) HD      |
| NEUPRO                                                    | T4                    | HD                                |

T1 – Genéricos preferidos  
T2 – Genéricos no preferidos  
T3 – Marcas preferidas  
T4 – Marcas no preferidas

T5 – Medicamentos de especialidad de marca  
PA – Autorización previa  
QL – Límite a la cantidad

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

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

## Lista de medicamentos con receta

### MEDICAMENTOS ANTIPARKINSONIANOS (Enfermedad de Parkinson) (cont.)

| Nombre del medicamento con receta                    | Nivel del medicamento | Requisitos y límites de cobertura |
|------------------------------------------------------|-----------------------|-----------------------------------|
| <b>MEDICAMENTOS ANTIPARKINSONIANOS, OTROS</b>        |                       |                                   |
| NOURIANZ                                             | T5                    | PA QL (30 tabs/fill) SP HD        |
| ONGENTYS                                             | T4                    | PA QL (30 caps/30 days) HD        |
| <i>pramipexole di-hcl</i>                            | T2                    | HD                                |
| <i>rasagiline mesylate</i> (Azilect)                 | T2                    | HD                                |
| <i>ropinirole hcl</i>                                | T2                    | HD                                |
| RYTARY                                               | T4                    | HD                                |
| <i>selegiline hcl</i>                                | T2                    | HD                                |
| SINEMET ( <i>carbidopa/levodopa</i> )                | T4                    | HD                                |
| STALEVO 75 ( <i>carbidopa/levodopa/entacapone</i> )  | T4                    | HD                                |
| STALEVO 100 ( <i>carbidopa/levodopa/entacapone</i> ) | T4                    | HD                                |
| TASMAR ( <i>tolcapone</i> )                          | T4                    | PA HD                             |
| <i>tolcapone</i> (Tasmar)                            | T2                    | PA HD                             |

### INHIBIDORES DE LA DESCARBOXILASA

|                              |    |    |
|------------------------------|----|----|
| <i>carbidopa</i> (Lodosyn)   | T2 | PA |
| LODOSYN ( <i>carbidopa</i> ) | T4 | PA |

### MEDICAMENTOS ANTIPLAQUETARIOS (Diluyentes de la sangre/anticoagulantes)

#### INHIBIDORES DE LA AGRUPACIÓN PLAQUETARIA

|                                       |    |       |
|---------------------------------------|----|-------|
| <i>aspirin/dipyridamole</i>           | T2 | HD    |
| ASPIRIN-OMEPRAZOLE                    | T4 | PA HD |
| BRILINTA ( <i>ticagrelor</i> )        | T4 | ST HD |
| <i>cilostazol</i>                     | T2 | HD    |
| <i>clopidogrel bisulfate</i>          | T1 | HD    |
| <i>clopidogrel bisulfate</i> (Plavix) | T1 | HD    |
| <i>dipyridamole</i>                   | T2 | HD    |
| EFFIENT ( <i>prasugrel hcl</i> )      | T4 | HD    |
| <i>prasugrel hcl</i> (Effient)        | T2 | HD    |
| <i>ticagrelor</i> (Brilinta)          | T2 | HD    |
| ZONTIVITY                             | T4 | PA HD |

#### AGENTES REDUCTORES DE PLAQUETAS

|                                   |    |  |
|-----------------------------------|----|--|
| AGRYLIN ( <i>anagrelide hcl</i> ) | T4 |  |
| <i>anagrelide hcl</i>             | T2 |  |
| <i>anagrelide hcl</i> (Agyrlylin) | T2 |  |

T1 – Genéricos preferidos  
T2 – Genéricos no preferidos  
T3 – Marcas preferidas  
T4 – Marcas no preferidas

T5 – Medicamentos de especialidad de marca  
PA – Autorización previa  
QL – Límite a la cantidad

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

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

## Lista de medicamentos con receta

| ANTIVÍRICOS (SIDA/VIH)                                                   |                       |                                   |
|--------------------------------------------------------------------------|-----------------------|-----------------------------------|
| Nombre del medicamento con receta                                        | Nivel del medicamento | Requisitos y límites de cobertura |
| <b>ANTIRRETROVIRALES - INHIBIDORES DE LA CÁPSIDE</b>                     |                       |                                   |
| YEZTUGO                                                                  | T5                    | SP                                |
| <b>ANTIRRETROVIRALES-COMB. DE INHIBIDORES DE LA INTEGRASA Y NNRTI</b>    |                       |                                   |
| JULUCA                                                                   | T5                    | SP                                |
| DOVATO                                                                   | T5                    | SP                                |
| TRIUMEQ                                                                  | T5                    | SP                                |
| TRIUMEQ PD                                                               | T5                    | SP                                |
| <b>ANTIRRETROVIRALES-NUCLEÓSIDOS, NUCLEÓTIDOS, INHIB. DE LA PROTEASA</b> |                       |                                   |
| SYMTUZA                                                                  | T5                    | SP                                |
| <b>ANTIVÍRICOS, ESPEC. PARA VIH, INHIB. DE LA PROTEASA NO PEPTÍDICOS</b> |                       |                                   |
| APTIVUS                                                                  | T5                    | SP                                |
| <i>darunavir</i> (Prezista)                                              | T2                    | SP                                |
| PREZISTA 600MG, 800MG TABLET ( <i>darunavir</i> )                        | T5                    | SP                                |
| <b>ANTIVÍRICOS, ESPEC. PARA VIH, ANÁLOGOS DE NUCLEÓSIDOS-NUCLEÓTIDOS</b> |                       |                                   |
| CIMDUO                                                                   | T5                    | SP                                |
| DESCOVY                                                                  | T5                    | SP                                |
| <i>emtricitabine-tenofv 100-150mg</i> (Truvada)                          | T2                    | SP                                |
| <i>emtricitabine-tenofv 133-200mg</i> (Truvada)                          | T2                    | SP                                |
| <i>emtricitabine-tenofv 167-250mg</i> (Truvada)                          | T2                    | SP                                |
| <i>emtricitabine-tenofv 200-300mg</i> (Truvada)                          | T2                    | SP PPACA                          |
| TEMIXYS                                                                  | T5                    | SP                                |
| <b>ANTIVÍRICOS, ESPEC. PARA VIH, COMB. ANÁLOGOS DE NUCLEÓSIDOS, RTI</b>  |                       |                                   |
| <i>abacavir sulfate/lamivudine</i> (Epzicom)                             | T2                    | SP                                |
| COMBIVIR ( <i>lamivudine/zidovudine</i> )                                | T5                    | SP                                |
| EPZICOM ( <i>abacavir sulfate/lamivudine</i> )                           | T5                    | SP                                |
| <i>lamivudine/zidovudine</i> (Combivir)                                  | T2                    | SP                                |
| <b>ANTIVÍRICOS, ESPECÍFICOS PARA VIH, ANTAG. DEL CO-RECEPTOR CCR5</b>    |                       |                                   |
| <i>maraviroc</i> (Selzentry)                                             | T2                    | SP                                |
| SELZENTRY 150 MG TABLET ( <i>maraviroc</i> )                             | T5                    | SP                                |
| SELZENTRY 20 MG/ML ORAL SOLN                                             | T5                    | SP                                |
| SELZENTRY 300 MG TABLET ( <i>maraviroc</i> )                             | T5                    | SP                                |
| <b>ANTIVÍRICOS, ESPECÍFICOS PARA VIH, INHIBIDORES DE LA FUSIÓN</b>       |                       |                                   |
| FUZEON                                                                   | T5                    | PA SP                             |
| <b>ANTIVÍRICOS, ESPECÍFICOS PARA VIH, NO NUCLEÓSIDOS, RTI</b>            |                       |                                   |
| EDURANT                                                                  | T5                    | SP                                |

T1 – Genéricos preferidos

T2 – Genéricos no preferidos

T3 – Marcas preferidas

T4 – Marcas no preferidas

T5 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a 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 |
| <b>ANTIVÍRICOS, ESPECÍFICOS PARA VIH, NO NUCLEÓSIDOS, RTI (cont.)</b>         |                       |                                   |
| EDURANT PED                                                                   | T5                    | SP                                |
| efavirenz (Sustiva)                                                           | T2                    | SP                                |
| etravirine (Intelence)                                                        | T2                    | SP                                |
| INTELENCE 100 MG TABLET (etravirine)                                          | T5                    | SP                                |
| INTELENCE 200 MG TABLET (etravirine)                                          | T5                    | SP                                |
| INTELENCE 25 MG TABLET                                                        | T5                    | SP                                |
| nevirapine                                                                    | T2                    | SP                                |
| PIFELTRO                                                                      | T5                    | SP                                |
| SUNLENCA                                                                      | T5                    | PA SP                             |
| SUSTIVA (efavirenz)                                                           | T5                    | SP                                |
| <b>ANTIVÍRICOS, ESPECÍFICOS PARA VIH, ANÁLOGOS DE NUCLEÓSIDOS, RTI</b>        |                       |                                   |
| abacavir sulfate (Ziagen)                                                     | T2                    | SP                                |
| didanosine                                                                    | T2                    | SP                                |
| emtricitabine (Emtriva)                                                       | T2                    | SP                                |
| EMTRIVA 10 MG/ML SOLUTION                                                     | T5                    | SP                                |
| EMTRIVA 200 MG CAPSULE (emtricitabine)                                        | T5                    | SP                                |
| EPIVIR (lamivudine)                                                           | T5                    | SP                                |
| lamivudine (Epivir)                                                           | T2                    | SP                                |
| RETROVIR (zidovudine)                                                         | T5                    | SP                                |
| stavudine                                                                     | T2                    | SP                                |
| ZIAGEN (abacavir sulfate)                                                     | T5                    | SP                                |
| zidovudine                                                                    | T2                    | SP                                |
| zidovudine (Retrovir)                                                         | T2                    | SP                                |
| tenofovir disoproxil fumarate (Viread)                                        | T2                    | SP                                |
| VIREAD 150 MG, 200 MG TABLET                                                  | T5                    | SP                                |
| VIREAD 250 MG TABLET                                                          | T5                    | SP                                |
| VIREAD 300 MG TABLET (tenofovir disoproxil fumarate)                          | T5                    | SP                                |
| VIREAD POWDER                                                                 | T5                    | SP                                |
| <b>ANTIVÍRICOS, ESPECÍFICOS PARA VIH, COMB. DE INHIBIDORES DE LA PROTEASA</b> |                       |                                   |
| lopinavir/ritonavir                                                           | T2                    | SP                                |
| KALETRA                                                                       | T5                    | SP                                |
| lopinavir/ritonavir (Kaletra)                                                 | T2                    | SP                                |
| KALETRA (lopinavir/ritonavir)                                                 | T5                    | SP                                |

T1 – Genéricos preferidos

T2 – Genéricos no preferidos

T3 – Marcas preferidas

T4 – Marcas no preferidas

T5 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a 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

|                                                      |    |    |
|------------------------------------------------------|----|----|
| <i>abacavir sulfate</i>                              | T2 | SP |
| <i>atazanavir sulfate (Reyataz)</i>                  | T2 | SP |
| EVOTAZ                                               | T5 | SP |
| <i>fosamprenavir calcium</i>                         | T2 | SP |
| NORVIR 100 MG POWDER PACKET                          | T5 | 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 |
| REYATAZ 300 MG CAPSULE ( <i>atazanavir sulfate</i> ) | T5 | SP |
| REYATAZ 50 MG POWDER PACKET                          | T5 | SP |
| <i>ritonavir (Norvir)</i>                            | T2 | SP |
| VIRACEPT                                             | T5 | SP |

#### ANTIVÍRICOS, INHIBIDORES DE LA TRANSFERENCIA DE CADENA DE LA INTEGRASA DEL VIH-I

|              |    |          |
|--------------|----|----------|
| APRETUDE     | T5 | SP PPACA |
| ISENTRESS    | T5 | SP       |
| ISENTRESS HD | T5 | SP       |
| TIVICAY      | T5 | SP       |
| TIVICAY PD   | T5 | SP       |

#### ANTIRRETROV., COMB. DE NUCLEÓSIDOS, NUCLEÓTIDOS Y RTI NO NUCLEÓSIDOS

|                                                    |    |    |
|----------------------------------------------------|----|----|
| DELSTRIGO                                          | T5 | SP |
| <i>efavirenz/emtricit/tenofovr df (Complera)</i>   | T2 | SP |
| <i>efavirenz/lamivu/tenofov disop (Symfi Lo)</i>   | T2 | SP |
| <i>efavirenz/lamivu/tenofov disop (Symfi)</i>      | T2 | SP |
| <i>emtricit/rilpivirine/tenof df</i>               | T2 | SP |
| ODEFSEY                                            | T5 | SP |
| SYMFI ( <i>efavirenz/lamivu/tenofov disop</i> )    | T5 | SP |
| SYMFI LO ( <i>efavirenz/lamivu/tenofov disop</i> ) | T5 | SP |

#### ANTIRRETROV.-NUCLEÓSIDOS, RTI NUCLEÓTIDOS, INHIBIDORES DE LA INTEGRASA

|          |    |    |
|----------|----|----|
| BIKTARVY | T5 | SP |
| GENVOYA  | T5 | SP |

### ANTIVÍRICOS (Condiciones oculares)

#### ANTIVÍRICOS PARA LOS OJOS

|                     |    |  |
|---------------------|----|--|
| <i>trifluridine</i> | T2 |  |
| ZIRGAN              | T4 |  |

T1 – Genéricos preferidos

T2 – Genéricos no preferidos

T3 – Marcas preferidas

T4 – Marcas no preferidas

T5 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

## Lista de medicamentos con receta

| ANTIVÍRICOS (Infecciones)                                     |                       |                                   |
|---------------------------------------------------------------|-----------------------|-----------------------------------|
| Nombre del medicamento con receta                             | Nivel del medicamento | Requisitos y límites de cobertura |
| <b>ANTIVÍRICO - INHIBIDOR DE LA PROTEASA PRINCIPAL (MPRO)</b> |                       |                                   |
| PAXLOVID 150-100 MG (MODERATE)                                | T3                    | QL (20 tabs/180 days)             |
| PAXLOVID 300/150-100MG(SEVERE)                                | T3                    |                                   |
| <b>ANTICUERPOS MONOCLONALES ANTIVÍRICOS</b>                   |                       |                                   |
| BEYFORTUS                                                     | T2                    | PPACA                             |
| ENFLONIA                                                      | T3                    | PPACA                             |
| <b>ANTIVÍRICOS, GENERALES</b>                                 |                       |                                   |
| <i>acyclovir 200 mg/5 ml susp cup</i>                         | T2                    |                                   |
| <i>acyclovir 800 mg/20ml susp cup</i>                         | T2                    |                                   |
| <i>acyclovir 200 mg capsule</i>                               | T2                    |                                   |
| <i>acyclovir 200 mg/5 ml susp (Zovirax)</i>                   | T2                    |                                   |
| <i>acyclovir 400 mg tablet</i>                                | T2                    |                                   |
| <i>acyclovir 800 mg tablet</i>                                | T2                    |                                   |
| <i>famciclovir 125 mg tablet</i>                              | T2                    | QL (21 tabs/fill)                 |
| <i>famciclovir 250 mg tablet</i>                              | T2                    | QL (60 tabs/fill)                 |
| <i>famciclovir 500 mg tablet</i>                              | T2                    | QL (21 tabs/fill)                 |
| FLUMADINE ( <i>rimantadine hcl</i> )                          | T4                    |                                   |
| LIVTENCITY                                                    | T5                    | PA QL (112 tabs/28 days) SP       |
| <i>oseltamivir 6 mg/ml suspension (Tamiflu)</i>               | T2                    | QL (180 mls/fill)                 |
| <i>oseltamivir phos 30 mg capsule (Tamiflu)</i>               | T2                    | QL (20 caps/fill)                 |
| <i>oseltamivir phos 45 mg capsule (Tamiflu)</i>               | T2                    | QL (10 caps/fill)                 |
| <i>oseltamivir phos 75 mg capsule (Tamiflu)</i>               | T2                    | QL (10 caps/fill)                 |
| PREVMIS 20 MG PELLETT PACKET                                  | T5                    | SP                                |
| PREVMIS 120 MG PELLETT PACKET                                 | T5                    | SP                                |
| PREVMIS 240 MG TABLET                                         | T5                    | QL (30 tabs/28 days) SP HD        |
| PREVMIS 480 MG TABLET                                         | T5                    | QL (30 tabs/28 days) SP HD        |
| RELENZA                                                       | T4                    | QL (20 blisters/fill)             |
| <i>rimantadine hcl (Flumadine)</i>                            | T2                    |                                   |
| SITAVIG                                                       | T4                    | PA QL (2 tabs/30 days)            |
| TAMIFLU 30 MG CAPSULE ( <i>oseltamivir phosphate</i> )        | T4                    | QL (20 caps/fill)                 |
| TAMIFLU 45 MG CAPSULE ( <i>oseltamivir phosphate</i> )        | T4                    | QL (10 caps/fill)                 |
| TAMIFLU 75 MG CAPSULE ( <i>oseltamivir phosphate</i> )        | T4                    | QL (10 caps/fill)                 |
| TAMIFLU 6 MG/ML SUSPENSION ( <i>oseltamivir phosphate</i> )   | T4                    | QL (180 mls/fill)                 |
| <i>valacyclovir hcl (Valtrex)</i>                             | T2                    | QL (30 tabs/fill)                 |

T1 – Genéricos preferidos

T2 – Genéricos no preferidos

T3 – Marcas preferidas

T4 – Marcas no preferidas

T5 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

## Lista de medicamentos con receta

### ANTIVÍRICOS (Infecciones) (cont.)

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

#### ANTIVÍRICOS, GENERALES (cont.)

|                                               |    |                 |
|-----------------------------------------------|----|-----------------|
| VALCYTE ( <i>valganciclovir hcl</i> )         | T4 |                 |
| <i>valganciclovir hcl</i> (Valcyte)           | T2 |                 |
| XOFLUZA                                       | T4 | QL (1 tab/fill) |
| ZOVIRAX 200 MG/5 ML SUSP ( <i>acyclovir</i> ) | T4 |                 |

#### HEP. C - COMBO DE INHIB. DE NS5A, NS3/4A, NS5B NUCLEÓTIDOS

|        |    |                            |
|--------|----|----------------------------|
| VOSEVI | T5 | 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 | T5 | PA QL (28 packs/fill) SP HD         |
| EPCLUSA 200 MG-50 MG TABLET    | T5 | PA QL (28 tabs/fill) SP HD          |
| EPCLUSA 200-50 MG PELLET PACK  | T5 | PA QL (28 packs/fill) SP HD         |
| EPCLUSA 400 MG-100 MG TABLET   | T5 | PA QL (28 tabs/fill) SP HD          |
| HARVONI 33.75-150 MG PELLET PK | T5 | PA QL (28 packs/fill) SP HD         |
| HARVONI 45-200 MG PELLET PACKT | T5 | PA QL (56 packs/fill) SP HD         |
| HARVONI 45-200 MG TABLET       | T5 | PA QL (56 tabs/fill) SP HD          |
| HARVONI 90-400 MG TABLET       | T5 | PA QL (>= 18 yo 28 tabs/fill) SP HD |

#### AGENTES PARA EL TRATAMIENTO DE LA HEPATITIS B

|                                  |    |          |
|----------------------------------|----|----------|
| <i>adefovir dipivoxil</i>        | T2 | SP HD    |
| BARACLUDE 0.05 MG/ML SOLUTION    | T5 | SP HD    |
| <i>entecavir</i> (Baraclude)     | T2 | SP HD    |
| <i>lamivudine</i>                | T2 | SP       |
| VEMLIDY                          | T5 | SP HD    |
| PEGASYS 180 MCG/0.5 ML SYRINGE   | T5 | SP HD    |
| PEGASYS 180 MCG/ML VIAL          | T5 | SP HD    |
| <i>ribasphere 200 mg capsule</i> | T2 | ST SP HD |
| <i>ribasphere 600 mg tablet</i>  | T2 | ST SP    |

#### AGENTES PARA EL TRATAMIENTO DE LA HEPATITIS C

|                  |    |          |
|------------------|----|----------|
| <i>ribavirin</i> | T2 | PA SP HD |
|------------------|----|----------|

#### VIRUS DE LA HEPATITIS C - COMB. DE INHIB. DE NS5A Y NS3/4A

|          |    |                            |
|----------|----|----------------------------|
| ZEPATIER | T5 | PA QL (28 tabs/fill) SP HD |
|----------|----|----------------------------|

### ANTIVÍRICOS (Condiciones cutáneas)

#### ANTIVÍRICOS TÓPICOS

|                                        |    |                     |
|----------------------------------------|----|---------------------|
| <i>acyclovir 5% cream</i> (Zovirax)    | T2 | PA QL (5 gms/fill)  |
| <i>acyclovir 5% ointment</i> (Zovirax) | T2 | PA QL (30 gms/fill) |
| DENAVIR                                | T4 |                     |

T1 – Genéricos preferidos

T2 – Genéricos no preferidos

T3 – Marcas preferidas

T4 – Marcas no preferidas

T5 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

## Lista de medicamentos con receta

### ANTIVÍRICOS (Condiciones cutáneas) (cont.)

| Nombre del medicamento con receta     | Nivel del medicamento | Requisitos y límites de cobertura |
|---------------------------------------|-----------------------|-----------------------------------|
| <b>ANTIVÍRICOS TÓPICOS (cont.)</b>    |                       |                                   |
| <i>penciclovir</i>                    | T2                    |                                   |
| ZOVIRAX 5% CREAM ( <i>acyclovir</i> ) | T4                    | PA QL (5 gms/fill)                |

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

#### AGENTES PARA EL TRATAMIENTO DE LA ANAFILAXIA

|                                                          |    |                          |
|----------------------------------------------------------|----|--------------------------|
| AUVI-Q                                                   | T3 | QL (2 auto-injs/30 days) |
| <i>epinephrine 0.15 mg auto-inject</i> (Epipen Jr 2-Pak) | T2 | QL (2 auto-injs/fill)    |
| <i>epinephrine 0.15 mg auto-inject</i> (Epipen Jr)       | T2 | QL (2 auto-injs/fill)    |
| <i>epinephrine 0.3 mg auto-inject</i> (Epipen 2-Pak)     | T2 | QL (2 auto-injs/fill)    |
| <i>epinephrine 0.3 mg auto-inject</i> (Epipen)           | T2 | QL (2 auto-injs/fill)    |
| EPIPEN ( <i>epinephrine</i> )                            | T3 | PA QL (2 auto-injs/fill) |
| EPIPEN 2-PAK ( <i>epinephrine</i> )                      | T3 | PA QL (2 auto-injs/fill) |
| EPIPEN JR ( <i>epinephrine</i> )                         | T3 | PA QL (2 auto-injs/fill) |
| EPIPEN JR 2-PAK ( <i>epinephrine</i> )                   | T3 | PA QL (2 auto-injs/fill) |
| EPINEPHRINE 0.3 MG/0.3 ML SYR                            | T4 | QL (2 syringes/30 days)  |
| NEFFY                                                    | T3 | QL (4 units/fill)        |

### MEDICAMENTOS PARA EL SISTEMA NERVIOSO AUTÓNOMO (Enfermedad de Alzheimer)

#### INHIBIDORES DE LA COLINESTERASA

|                                                  |    |       |
|--------------------------------------------------|----|-------|
| ADLARITY                                         | T4 | ST HD |
| ARICEPT ( <i>donepezil hcl</i> )                 | T4 | ST HD |
| <i>donepezil hcl</i>                             | T1 | HD    |
| <i>donepezil hcl 10 mg tablet</i> (Aricept)      | T1 | HD    |
| <i>donepezil hcl 23 mg tablet</i> (Aricept)      | T1 | ST HD |
| <i>donepezil hcl 5 mg tablet</i> (Aricept)       | T1 | HD    |
| EXELON ( <i>rivastigmine</i> )                   | T4 | ST HD |
| <i>galantamine hbr</i>                           | T2 | HD    |
| <i>galantamine hbr</i> (Razadyne Er)             | T2 | HD    |
| <i>pyridostigmine 60 mg/5 ml soln</i> (Mestinon) | T2 | HD    |
| PYRIDOSTIGMINE ER 105 MG TAB                     | T4 |       |
| <i>pyridostigmine er 180 mg tab</i> (Mestinon)   | T2 | HD    |
| PYRIDOSTIGMINE BR 30 MG TABLET                   | T4 | HD    |
| <i>pyridostigmine br 60 mg tablet</i> (Mestinon) | T2 | HD    |
| RAZADYNE ER ( <i>galantamine hbr</i> )           | T4 | ST HD |
| <i>rivastigmine</i> (Exelon)                     | T2 | HD    |
| <i>rivastigmine tartrate</i>                     | T2 | HD    |

T1 – Genéricos preferidos  
T2 – Genéricos no preferidos  
T3 – Marcas preferidas  
T4 – Marcas no preferidas

T5 – Medicamentos de especialidad de marca  
PA – Autorización previa  
QL – Límite a la cantidad

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

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

## Lista de medicamentos con receta

### MEDICAMENTOS PARA EL SISTEMA NERVIOSO AUTÓNOMO (Trastorno de déficit de atención e hiperactividad)<sup>9</sup>

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

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

#### AGENTES VASOCONSTRICTORES ADRENÉRGICOS

|                                            |    |          |
|--------------------------------------------|----|----------|
| <i>droxidopa</i> (Northera)                | T2 | PA SP HD |
| <i>midodrine hcl</i>                       | T2 |          |
| DIBENZYLIN ( <i>phenoxybenzamine hcl</i> ) | T4 | PA HD    |
| <i>phenoxybenzamine hcl</i> (Dibenzylin)   | T2 | PA HD    |

### MEDICAMENTOS PARA EL SISTEMA NERVIOSO AUTÓNOMO (Condiciones urinarias)

#### AGENTES PARASIMPATICOMIMÉTICOS

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

T1 – Genéricos preferidos

T2 – Genéricos no preferidos

T3 – Marcas preferidas

T4 – Marcas no preferidas

T5 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

## Lista de medicamentos con receta

| MEDICAMENTOS PARA EL SISTEMA NERVIOSO AUTÓNOMO (Condiciones urinarias) (cont.)      |                       |                                   |
|-------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|-----------------------------------|
| Nombre del medicamento con receta                                                   | Nivel del medicamento | Requisitos y límites de cobertura |
| <b>AGENTES PARASIMPATICOMIMÉTICOS (cont.)</b>                                       |                       |                                   |
| SALAGEN ( <i>pilocarpine hcl</i> )                                                  | T4                    | HD                                |
| URECHOLINE ( <i>bethanechol chloride</i> )                                          | T4                    | HD                                |
| <b>PRODUCTOS BIOLÓGICOS (Alergia/rociadores nasales)</b>                            |                       |                                   |
| <b>EXTRACTOS ALERGÉNICOS, TERAPÉUTICOS</b>                                          |                       |                                   |
| GRASTEK                                                                             | T3                    | PA                                |
| ODACTRA                                                                             | T3                    | PA                                |
| ORALAIR                                                                             | T3                    | PA                                |
| RAGWITEK                                                                            | T3                    | PA                                |
| <b>PRODUCTOS BIOLÓGICOS (Medicamentos para la presión arterial/para el corazón)</b> |                       |                                   |
| <b>INHIBIDORES DE CALICREÍNA PLASMÁTICA</b>                                         |                       |                                   |
| TAKHZYRO                                                                            | T4                    | PA SP HD                          |
| <b>PRODUCTOS BIOLÓGICOS (Varios)</b>                                                |                       |                                   |
| <b>AGENTES PARA EL TRATAMIENTO DE LA FENILCETONURIA - FENILALANINA AMONIO LIASA</b> |                       |                                   |
| PALYNZIQ 10 MG/0.5 ML SYRINGE                                                       | T5                    | PA QL (30 syringes/fill) SP HD    |
| PALYNZIQ 2.5 MG/0.5 ML SYRINGE                                                      | T5                    | PA QL (8 syringes/fill) SP HD     |
| PALYNZIQ 20 MG/ML SYRINGE                                                           | T5                    | PA QL (60 syringes/fill) SP HD    |
| <b>PRODUCTOS BIOLÓGICOS (Vacunas)</b>                                               |                       |                                   |
| <b>VACUNAS CONTRA EL COVID-19</b>                                                   |                       |                                   |
| COMIRNATY                                                                           | T3                    | PPACA                             |
| JANSSEN COVID-19 VACCINE (EUA)                                                      | T3                    | PPACA                             |
| MNEXSPIKE                                                                           | T3                    | PPACA                             |
| MODERNA COVID EUA                                                                   | T3                    | PPACA                             |
| MODERNA COVID-19 BOOSTER (EUA)                                                      | T3                    | PPACA                             |
| NOVAVAX COVID (EUA)                                                                 | T3                    | PPACA                             |
| NOVAVAX COVID-19 VACC,ADJ(EUA)                                                      | T3                    | PPACA                             |
| NUVAXOVID                                                                           | T3                    | PPACA                             |
| PFIZER COVID EUA                                                                    | T3                    | PPACA                             |
| PFIZER COVID-19 VACCINE (EUA)                                                       | T3                    | PPACA                             |
| SPIKEVAX                                                                            | T3                    | PPACA                             |
| SPIKEVAX COVID (18Y UP) VACC                                                        | T3                    | PPACA                             |
| <b>VACUNAS CONTRA VIRUS ENTÉRICOS</b>                                               |                       |                                   |
| IPOL                                                                                | T3                    | PPACA                             |

T1 – Genéricos preferidos  
T2 – Genéricos no preferidos  
T3 – Marcas preferidas  
T4 – Marcas no preferidas

T5 – Medicamentos de especialidad de marca  
PA – Autorización previa  
QL – Límite a la cantidad

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

HD – Puede requerir entrega a 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 |
| <b>VACUNAS CONTRA VIRUS ENTÉRICOS (cont.)</b>  |                       |                                   |
| ROTARIX                                        | T4                    | HD PPACA                          |
| ROTATEQ                                        | T3                    | PPACA                             |
| <b>VACUNAS CONTRA COCOS GRAMNEGATIVOS</b>      |                       |                                   |
| BEXSERO                                        | T3                    | PPACA                             |
| MENACTRA                                       | T3                    |                                   |
| MENQUADFI                                      | T3                    | PPACA                             |
| MENVEO A-C-Y-W-135-DIP                         | T3                    | PPACA                             |
| PENBRAYA                                       | T3                    | PPACA                             |
| PENMENVY MEN A-B-C-W-Y                         | T3                    | PPACA                             |
| TRUMENBA                                       | T3                    | PPACA                             |
| <b>VACUNAS CONTRA COCOS GRAMPOSITIVOS</b>      |                       |                                   |
| CAPVAXIVE                                      | T3                    | PPACA                             |
| PNEUMOVAX 23                                   | T3                    | PPACA                             |
| PREVNAR 13                                     | T3                    |                                   |
| PREVNAR 20                                     | T3                    | PPACA                             |
| VAXNEUVANCE                                    | T3                    | PPACA                             |
| <b>VACUNAS CONTRA EL VIRUS DE LA INFLUENZA</b> |                       |                                   |
| AUDENZ (NATIONAL STOCKPILE)                    | T3                    |                                   |
| AFLURIA                                        | T3                    | PPACA                             |
| AFLURIA QUAD                                   | T3                    | PPACA                             |
| AFLURIA TRIV                                   | T3                    | PPACA                             |
| AFLURIA TRIVALENT                              | T3                    | PPACA                             |
| FLUAD                                          | T3                    | PPACA                             |
| FLUAD QUAD                                     | T3                    | PPACA                             |
| FLUAD TRIVALENT                                | T3                    | PPACA                             |
| FLUARIX                                        | T3                    | PPACA                             |
| FLUARIX QUAD                                   | T3                    | PPACA                             |
| FLUARIX TRIVALENT                              | T3                    | PPACA                             |
| FLUBLOK                                        | T3                    | PPACA                             |
| FLUBLOK QUAD                                   | T3                    | PPACA                             |
| FLUBLOK TRIVALENT                              | T3                    | PPACA                             |
| FLUCELVAX                                      | T3                    | PPACA                             |
| FLUCELVAX QUAD                                 | T3                    | PPACA                             |
| FLUCELVAX TRIVALENT                            | T3                    | PPACA                             |

T1 – Genéricos preferidos  
T2 – Genéricos no preferidos  
T3 – Marcas preferidas  
T4 – Marcas no preferidas

T5 – Medicamentos de especialidad de marca  
PA – Autorización previa  
QL – Límite a la cantidad

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

HD – Puede requerir entrega a 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 |
| <b>VACUNAS CONTRA EL VIRUS DE LA INFLUENZA (cont.)</b>  |                       |                                   |
| FLULAVAL                                                | T3                    | PPACA                             |
| FLULAVAL QUAD                                           | T3                    | PPACA                             |
| FLULAVAL TRIVALENT                                      | T3                    | PPACA                             |
| FLUMIST                                                 | T3                    | PPACA                             |
| FLUMIST HOME                                            | T3                    | PPACA                             |
| FLUMIST QUAD                                            | T3                    | PPACA                             |
| FLUMIST TRIVALENT                                       | T3                    | PPACA                             |
| FLUZONE                                                 | T3                    | PPACA                             |
| FLUZONE HIGH-DOSE                                       | T3                    | PPACA                             |
| FLUZONE HIGH-DOSE QUAD                                  | T3                    | PPACA                             |
| FLUZONE HIGH-DOSE TRIV                                  | T3                    | PPACA                             |
| FLUZONE TRIVALENT                                       | T3                    | PPACA                             |
| FLUZONE QUAD                                            | T3                    | PPACA                             |
| FLUZONE QUAD PEDI                                       | T3                    | PPACA                             |
| <b>VACUNAS CONTRA VIRUS NEUROTÓXICOS</b>                |                       |                                   |
| DENGAXIA                                                | T3                    | PPACA                             |
| <b>VACUNAS/TOXOIDES CONTRA BACILOS TOXIGÉNICOS</b>      |                       |                                   |
| BCG VACCINE (TICE STRAIN)                               | T5                    | SP                                |
| <b>PREPARACIONES, COMBINACIONES DE VACUNAS/TOXOIDES</b> |                       |                                   |
| ACTHIB                                                  | T3                    | PPACA                             |
| ADACEL TDAP                                             | T3                    | PPACA                             |
| BOOSTRIX TDAP                                           | T3                    | PPACA                             |
| DAPTACEL DTAP                                           | T3                    | PPACA                             |
| DIPHTHERIA-TETANUS TOXOIDS-PED                          | T3                    |                                   |
| HIBERIX                                                 | T3                    | PPACA                             |
| INFANRIX DTAP                                           | T3                    | PPACA                             |
| KINRIX                                                  | T3                    | PPACA                             |
| M-M-R II VACCINE                                        | T3                    | PPACA                             |
| PEDVAXHIB                                               | T3                    | PPACA                             |
| PENTACEL                                                | T3                    | PPACA                             |
| PENTACEL ACTHIB COMPONENT                               | T3                    | PPACA                             |
| PRIORIX                                                 | T3                    | PPACA                             |
| PROQUAD                                                 | T3                    | PPACA                             |
| QUADRACEL DTAP-IPV                                      | T3                    | PPACA                             |

T1 – Genéricos preferidos  
T2 – Genéricos no preferidos  
T3 – Marcas preferidas  
T4 – Marcas no preferidas

T5 – Medicamentos de especialidad de marca  
PA – Autorización previa  
QL – Límite a la cantidad

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

HD – Puede requerir entrega a 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   | T3 | PPACA |
| TENIVAC | T3 | PPACA |
| VAXELIS | T3 | PPACA |

#### VACUNAS ANTIVIRALES/DE CÉLULAS TUMORÍGENAS

|                                |    |       |
|--------------------------------|----|-------|
| ABRYSVO                        | T3 | PPACA |
| ACAM2000                       | T3 | PPACA |
| AREXVY VIAL KIT                | T3 | PPACA |
| ENGERIX-B ADULT                | T3 | PPACA |
| ENGERIX-B PEDIATRIC-ADOLESCENT | T3 | PPACA |
| ERVEBO (NATIONAL STOCKPILE)    | T3 |       |
| GARDASIL 9                     | T3 | PPACA |
| HAVRIX                         | T3 | PPACA |
| HEPLISAV-B                     | T3 | PPACA |
| JYNNEOS                        | T3 |       |
| MRESVIA                        | T3 | PPACA |
| PEDIARIX                       | T3 | PPACA |
| PREHEVBRIQ                     | T3 | PPACA |
| RECOMBIVAX HB                  | T3 | PPACA |
| SHINGRIX                       | T3 | PPACA |
| TWINRIX                        | T3 | PPACA |
| VAQTA                          | T3 | PPACA |
| VARIVAX VACCINE                | T3 | PPACA |

### SANGRE (Modificadores de la sangre/trastornos hemorrágicos)

#### AGENTES ANTIFIBRINOLÍTICOS

|                                     |    |       |
|-------------------------------------|----|-------|
| AMICAR ( <i>aminocaproic acid</i> ) | T4 | SP HD |
| <i>aminocaproic acid</i> (Amicar)   | T2 | SP HD |
| LYSTEDA ( <i>tranexamic acid</i> )  | T5 | SP    |
| <i>tranexamic acid</i> (Lysteda)    | T2 | SP    |

#### INHIBIDORES DEL COMPLEMENTO

|          |    |                             |
|----------|----|-----------------------------|
| EMPAVELI | T5 | PA SP                       |
| FABHALTA | T5 | PA SP                       |
| TAVNEOS  | T5 | PA QL (180 caps/30 days) SP |
| VOYDEYA  | T5 | PA SP                       |

T1 – Genéricos preferidos

T2 – Genéricos no preferidos

T3 – Marcas preferidas

T4 – Marcas no preferidas

T5 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a 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 |
| <b>AGENTES PARA EL TRATAMIENTO DE LA HEMOFILIA, SIN REEMPLAZO DE FACTOR</b> |                       |                                   |
| ALHEMO PEN                                                                  | T5                    | PA SP                             |
| HEMLIBRA                                                                    | T5                    | PA SP HD                          |
| HYMPAVZI PEN                                                                | T5                    | PA SP                             |
| <b>ACTIVADORES DE LA PIRUVATO QUINASA</b>                                   |                       |                                   |
| PYRUKYND 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 TABLET                                                        | T5                    | PA QL (56 tabs/28 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       |
| <b>AGENTES PARA LA ANEMIA DREPANOCÍTICA</b>                                 |                       |                                   |
| DROXIA                                                                      | T3                    |                                   |
| ENDARI ( <i>glutamine</i> )                                                 | T4                    | PA                                |
| <i>glutamine</i> (Endari)                                                   | T2                    | PA                                |
| OXBRYTA                                                                     | T5                    | SP                                |
| <b>HEMOSTÁTICOS TÓPICOS</b>                                                 |                       |                                   |
| ASTRINGYN                                                                   | T4                    |                                   |
| AVITENE                                                                     | T4                    |                                   |
| ENDO-AVITENE                                                                | T4                    |                                   |
| EVICEL                                                                      | T4                    |                                   |
| GEL-FLOW                                                                    | T4                    |                                   |
| GEL-FLOW NT                                                                 | T4                    |                                   |
| GELFOAM                                                                     | T4                    |                                   |
| GELFOAM ( <i>gelatin sponge, absorb/porcine</i> )                           | T4                    |                                   |
| GELFOAM COMPRESSED                                                          | T4                    |                                   |
| GELFOAM JMI                                                                 | T4                    |                                   |
| MONSEL'S                                                                    | T3                    |                                   |
| RECOTHROM                                                                   | T4                    |                                   |
| SURGICEL                                                                    | T4                    |                                   |
| SURGIFOAM SPONGE SIZE 100                                                   | T4                    |                                   |
| SURGIFOAM SPONGE SIZE 100C                                                  | T4                    |                                   |
| <i>surgifoam sponge size 12-7</i> (Gelfoam)                                 | T2                    |                                   |
| SYRINGE AVITENE                                                             | T4                    |                                   |
| THROMBI-GEL ( <i>thrombin/cal/cmc/gel/dress,hem</i> )                       | T4                    |                                   |

T1 – Genéricos preferidos

T2 – Genéricos no preferidos

T3 – Marcas preferidas

T4 – Marcas no preferidas

T5 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a 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.)

|                          |    |  |
|--------------------------|----|--|
| THROMBIN-JMI             | T4 |  |
| THROMBI-PAD              | T4 |  |
| ULTRAFOAM                | T4 |  |
| VISTASEAL FIBRIN SEALANT | T4 |  |

### SANGRE (Diluyentes de la sangre/anticoagulantes)

#### AGENTES HEMORREOLÓGICOS

|                       |    |    |
|-----------------------|----|----|
| <i>pentoxifylline</i> | T2 | HD |
|-----------------------|----|----|

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

#### AGENTES ANTIANGINOSOS Y ANTIISQUÉMICOS, NO HEMODINÁMICOS

|                              |    |       |
|------------------------------|----|-------|
| <i>ranolazine</i>            | T2 | HD    |
| <i>ranolazine</i> (Ranexa)   | T2 | HD    |
| RANEXA ( <i>ranolazine</i> ) | T4 | ST HD |

#### ANTIARRÍTMICOS

|                                         |    |    |
|-----------------------------------------|----|----|
| <i>amiodarone hcl</i>                   | T2 | HD |
| <i>disopyramide phosphate</i> (Norpace) | T2 | HD |
| <i>dofetilide</i> (Tikosyn)             | T2 | HD |
| <i>flecainide acetate</i>               | T2 | HD |
| <i>mexiletine hcl</i>                   | T2 | HD |
| MULTAQ                                  | T3 | HD |
| <i>propafenone hcl</i>                  | T2 | HD |
| <i>quinidine gluconate</i>              | T2 | HD |
| <i>quinidine sulfate</i>                | T2 | HD |

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

|          |    |  |
|----------|----|--|
| CONSENSI | T4 |  |
|----------|----|--|

#### AGENTES BLOQUEADORES DE LOS CANALES DE CALCIO

|                                      |    |       |
|--------------------------------------|----|-------|
| <i>amlodipine besylate</i> (Norvasc) | T1 | HD    |
| CALAN SR ( <i>verapamil hcl</i> )    | T4 | ST HD |
| CARDIZEM ( <i>diltiazem hcl</i> )    | T4 | HD    |
| CARDIZEM CD ( <i>diltiazem hcl</i> ) | T4 | HD    |
| CARDIZEM LA                          | T4 | HD    |
| CARDIZEM LA ( <i>diltiazem hcl</i> ) | T4 | HD    |
| <i>diltiazem hcl</i>                 | T2 | HD    |
| <i>diltiazem hcl</i>                 | T1 | HD    |

T1 – Genéricos preferidos

T2 – Genéricos no preferidos

T3 – Marcas preferidas

T4 – Marcas no preferidas

T5 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

## Lista de medicamentos con receta

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

| Nombre del medicamento con receta                                                           | Nivel del medicamento | Requisitos y límites de cobertura |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|-----------------------------------|
| <b>AGENTES BLOQUEADORES DE LOS CANALES DE CALCIO (cont.)</b>                                |                       |                                   |
| <i>diltiazem hcl</i> (Cardizem Cd)                                                          | T1                    | HD                                |
| <i>diltiazem hcl</i> (Cardizem La)                                                          | T2                    | HD                                |
| <i>diltiazem hcl</i> (Cardizem)                                                             | T1                    | HD                                |
| <i>diltiazem hcl</i> (Tiazac)                                                               | T1                    | HD                                |
| <i>felodipine</i>                                                                           | T2                    | HD                                |
| <i>isradipine</i>                                                                           | T2                    |                                   |
| <i>nicardipine hcl</i>                                                                      | T2                    | HD                                |
| <i>nifedipine</i>                                                                           | T2                    | HD                                |
| <i>nifedipine</i> (Procardia XL)                                                            | T2                    | HD                                |
| <i>nifedipine</i> (Procardia)                                                               | T2                    | HD                                |
| <i>nimodipine 30 mg capsule</i>                                                             | T2                    | HD                                |
| <i>nimodipine 60 mg/20 ml soln</i>                                                          | T2                    |                                   |
| <i>nisoldipine</i>                                                                          | T2                    | HD                                |
| <i>nisoldipine</i> (Sular)                                                                  | T2                    | HD                                |
| NYMALIZE                                                                                    | T4                    |                                   |
| PROCARDIA ( <i>nifedipine</i> )                                                             | T4                    | ST HD                             |
| PROCARDIA XL ( <i>nifedipine</i> )                                                          | T4                    | ST HD                             |
| SULAR ( <i>nisoldipine</i> )                                                                | T4                    | ST HD                             |
| TIAZAC ( <i>diltiazem hcl</i> )                                                             | T4                    | HD                                |
| <i>verapamil hcl</i>                                                                        | T1                    | HD                                |
| <i>verapamil hcl</i> (Calan Sr)                                                             | T1                    | HD                                |
| <i>verapamil hcl</i> (Verelan Pm)                                                           | T2                    | ST HD                             |
| <i>verapamil hcl</i> (Verelan)                                                              | T2                    | HD                                |
| VERELAN ( <i>verapamil hcl</i> )                                                            | T4                    | ST HD                             |
| VERELAN PM ( <i>verapamil hcl</i> )                                                         | T4                    | ST HD                             |
| <b>INHIBIDOR DE LA MIOSINA CARDÍACA</b>                                                     |                       |                                   |
| CAMZYOS                                                                                     | T5                    | PA QL (30 caps/fil) SP HD         |
| <b>GLUCÓSIDOS DIGITÁLICOS</b>                                                               |                       |                                   |
| <i>digoxin</i>                                                                              | T2                    | HD                                |
| <i>digoxin</i> (Lanoxin)                                                                    | T2                    | HD                                |
| LANOXIN                                                                                     | T4                    | HD                                |
| LANOXIN ( <i>digoxin</i> )                                                                  | T4                    | HD                                |
| <b>REDUCTORES DE LA FRECUENCIA CARDÍACA, INHIB. SELECTIVOS DE LA CORRIENTE I (F) DEL SA</b> |                       |                                   |
| <i>ivabradine hcl</i> (Corlanor)                                                            | T2                    | PA HD                             |

T1 – Genéricos preferidos  
T2 – Genéricos no preferidos  
T3 – Marcas preferidas  
T4 – Marcas no preferidas

T5 – Medicamentos de especialidad de marca  
PA – Autorización previa  
QL – Límite a la cantidad

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

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

## Lista de medicamentos con receta

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

| Nombre del medicamento con receta                        | Nivel del medicamento | Requisitos y límites de cobertura |
|----------------------------------------------------------|-----------------------|-----------------------------------|
| <b>ESTIMULADOR DE LA GUANILATO CICLASA SOLUBLE (SGC)</b> |                       |                                   |
| VERQUVO                                                  | T3                    | QL (30 tabs/fill)                 |
| <b>VASODILADORES, CORONARIOS</b>                         |                       |                                   |
| GONITRO                                                  | T4                    | HD                                |
| ISORDIL ( <i>isosorbide dinitrate</i> )                  | T4                    | HD                                |
| ISORDIL TITRADOSE ( <i>isosorbide dinitrate</i> )        | T4                    | HD                                |
| <i>isosorbide dinitrate</i>                              | T2                    | HD                                |
| <i>isosorbide dinitrate</i> (Isordil Titradose)          | T2                    | HD                                |
| <i>isosorbide dinitrate</i> (Isordil)                    | T2                    | HD                                |
| <i>isosorbide mononitrate</i>                            | T1                    | HD                                |
| NITRO-DUR                                                | T4                    | HD                                |
| <i>nitroglycerin</i>                                     | T2                    | HD                                |
| <i>nitroglycerin 0.3 mg tablet sl</i> (Nitrostat)        | T2                    | HD                                |
| <i>nitroglycerin 0.4 mg tablet sl</i> (Nitrostat)        | T2                    | HD                                |
| <i>nitroglycerin 0.6 mg tablet sl</i> (Nitrostat)        | T2                    | HD                                |
| <i>nitroglycerin 400 mcg spray</i> (Nitrolingual)        | T2                    | HD                                |
| NITROLINGUAL ( <i>nitroglycerin</i> )                    | T4                    | HD                                |
| NITROMIST ( <i>nitroglycerin</i> )                       | T4                    | HD                                |
| NITROSTAT ( <i>nitroglycerin</i> )                       | T4                    | HD                                |

### CARDIOVASCULARES (Asma/EPOC/condiciones respiratorias)

#### ANTIHIP. PULM., ESTIMULADOR DE LA GUANILATO CICLASA SOLUBLE

|         |    |                            |
|---------|----|----------------------------|
| ADEMPAS | T5 | 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)                 | T2 | PA QL (90 tabs/fill) SP HD |
| <i>tadalafil 20 mg tablet</i> (Adcirca)                  | T2 | PA QL (60 tabs/fill) SP HD |

#### ANTIHIP. PULMONAR, ANTAGONISTA DE LOS RECEPTORES DE ENDOTELINA

|                                                    |    |                                |
|----------------------------------------------------|----|--------------------------------|
| <i>ambrisentan</i> (Letairis)                      | T2 | PA QL (30 tabs/fill) SP HD     |
| <i>bosentan 32 mg tablet for susp</i> (Tracleer)   | T2 | PA QL (120 tabs/30 days) SP HD |
| <i>bosentan 62.5 mg tablet</i> (Tracleer)          | T2 | PA QL (60 tabs/30 days) SP HD  |
| <i>bosentan 125 mg tablet</i> (Tracleer)           | T2 | PA QL (60 tabs/30 days) SP HD  |
| OPSUMIT                                            | T5 | PA QL (30 tabs/fill) SP HD     |
| TRACLEER 32 MG TABLET FOR SUSP ( <i>bosentan</i> ) | T5 | PA QL (120 tabs/30 days) SP HD |
| TRACLEER 62.5 MG TABLET ( <i>bosentan</i> )        | T5 | PA QL (60 tabs/fill) SP HD     |
| TRACLEER 125 MG TABLET ( <i>bosentan</i> )         | T5 | PA QL (60 tabs/fill) SP HD     |

T1 – Genéricos preferidos

T2 – Genéricos no preferidos

T3 – Marcas preferidas

T4 – Marcas no preferidas

T5 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a 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 |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|-----------------------------------|
| <b>AGENTE ANTIHIPERTENSIVO PULMONAR, ACTRIIA-FC</b>                                             |                       |                                   |
| WINREVAIR                                                                                       | T5                    | PA SP HD                          |
| WINREVAIR (2 PACK)                                                                              | T5                    | PA SP HD                          |
| <b>ANTIHIPERTENSIVOS PULMONARES, TIPO PROSTACICLINAS</b>                                        |                       |                                   |
| ORENITRAM TITRATION KT MONTH 1                                                                  | T5                    | PA QL (168 tabs/28 days) SP       |
| 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       |
| ORENITRAM ER                                                                                    | T5                    | PA QL (90 tabs/fill) SP HD        |
| TYVASO                                                                                          | T5                    | PA SP HD                          |
| TYVASO DPI                                                                                      | T5                    | PA SP HD                          |
| TYVASO INSTITUTIONAL START KIT                                                                  | T5                    | PA SP HD                          |
| TYVASO REFILL KIT                                                                               | T5                    | PA SP HD                          |
| TYVASO STARTER KIT                                                                              | T5                    | PA SP HD                          |
| UPTRAVI 200 MCG TABLET                                                                          | T5                    | PA QL (60 tabs/fill) SP HD        |
| UPTRAVI 400 MCG TABLET                                                                          | T5                    | PA QL (60 tabs/fill) SP HD        |
| UPTRAVI 600 MCG TABLET                                                                          | T5                    | PA QL (60 tabs/fill) SP HD        |
| UPTRAVI 800 MCG TABLET                                                                          | T5                    | PA QL (60 tabs/fill) SP HD        |
| UPTRAVI 1,000 MCG TABLET                                                                        | T5                    | PA QL (60 tabs/fill) SP HD        |
| UPTRAVI 1,200 MCG TABLET                                                                        | T5                    | PA QL (60 tabs/fill) SP HD        |
| UPTRAVI 1,400 MCG TABLET                                                                        | T5                    | PA QL (60 tabs/fill) SP HD        |
| UPTRAVI 1,600 MCG TABLET                                                                        | T5                    | PA QL (60 tabs/fill) SP HD        |
| VENTAVIS                                                                                        | T5                    | PA SP HD                          |
| YUTREPIA                                                                                        | T5                    | PA SP HD                          |
| <b>ANTIHIP. PULMONAR-ANTAGONISTA DE LOS RECEPTORES DE ENDOTELINA-INHIB. DE LA PDE5 DEL GMPC</b> |                       |                                   |
| OPSYNVI                                                                                         | T5                    | PA QL (30 tabs/fill) SP HD        |

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

|                                                                                   |    |       |
|-----------------------------------------------------------------------------------|----|-------|
| <b>COMBINACIÓN DE INHIBIDORES DE LA ECA-BLOQUEADORES DE LOS CANALES DE CALCIO</b> |    |       |
| <i>amlodipine besylate/benazepril</i>                                             | T1 | HD    |
| <i>amlodipine besylate/benazepril (Lotrel)</i>                                    | T1 | HD    |
| PRESTALIA                                                                         | T4 | ST HD |
| <i>trandolapril/verapamil hcl</i>                                                 | T2 | HD    |
| <b>INHIBIDOR DE LA ECA-TIAZIDA O DIURÉTICO TIAZÍDICO</b>                          |    |       |
| <i>ACCURETIC (quinapril/hydrochlorothiazide)</i>                                  | T4 | HD    |
| <i>benazepril/hydrochlorothiazide</i>                                             | T2 | HD    |
| <i>benazepril/hydrochlorothiazide (Lotensin Hct)</i>                              | T2 | HD    |

T1 – Genéricos preferidos  
T2 – Genéricos no preferidos  
T3 – Marcas preferidas  
T4 – Marcas no preferidas

T5 – Medicamentos de especialidad de marca  
PA – Autorización previa  
QL – Límite a la cantidad

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

HD – Puede requerir entrega a 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 |
| <b>INHIBIDOR DE LA ECA-TIAZIDA O DIURÉTICO TIAZÍDICO (cont.)</b>                 |                       |                                   |
| <i>captopril/hydrochlorothiazide</i>                                             | T2                    | HD                                |
| <i>enalapril/hydrochlorothiazide</i>                                             | T1                    | HD                                |
| <i>enalapril/hydrochlorothiazide</i> (Vaseretic)                                 | T1                    | HD                                |
| <i>fosinopril/hydrochlorothiazide</i>                                            | T2                    | HD                                |
| <i>lisinopril/hydrochlorothiazide</i> (Zestoretic)                               | T1                    | HD                                |
| LOTENSIN HCT ( <i>benazepril/hydrochlorothiazide</i> )                           | T4                    | HD                                |
| <i>quinapril/hydrochlorothiazide</i> (Accuretic)                                 | T1                    | HD                                |
| VASERETIC ( <i>enalapril/hydrochlorothiazide</i> )                               | T4                    | HD                                |
| ZESTORETIC ( <i>lisinopril/hydrochlorothiazide</i> )                             | T4                    | HD                                |
| <b>AGENTES BLOQUEADORES ADRENÉRGICOS ALFA/BETA</b>                               |                       |                                   |
| <i>carvedilol</i> (Coreg)                                                        | T1                    | HD                                |
| <i>carvedilol phosphate</i> (Coreg Cr)                                           | T2                    | HD                                |
| COREG CR ( <i>carvedilol phosphate</i> )                                         | T4                    | ST HD                             |
| <b>AGENTES BLOQUEADORES ADRENÉRGICOS ALFA</b>                                    |                       |                                   |
| CARDURA 1 MG TABLET ( <i>doxazosin mesylate</i> )                                | T4                    | ST QL (30 tabs/fill) HD           |
| CARDURA 2 MG TABLET ( <i>doxazosin mesylate</i> )                                | T4                    | ST QL (30 tabs/fill) HD           |
| CARDURA 4 MG TABLET ( <i>doxazosin mesylate</i> )                                | T4                    | ST QL (30 tabs/fill) HD           |
| CARDURA 8 MG TABLET ( <i>doxazosin mesylate</i> )                                | T4                    | ST QL (60 tabs/fill) HD           |
| CARDURA XL                                                                       | T4                    | ST QL (30 tabs/fill) HD           |
| <i>doxazosin mesylate 1 mg tab</i> (Cardura)                                     | T1                    | QL (30 tabs/fill) HD              |
| <i>doxazosin mesylate 2 mg tab</i> (Cardura)                                     | T1                    | QL (30 tabs/fill) HD              |
| <i>doxazosin mesylate 4 mg tab</i> (Cardura)                                     | T1                    | QL (30 tabs/fill) HD              |
| <i>doxazosin mesylate 8 mg tab</i> (Cardura)                                     | T1                    | QL (60 tabs/fill) HD              |
| MINIPRESS ( <i>prazosin hcl</i> )                                                | T4                    | HD                                |
| <i>prazosin hcl</i>                                                              | T2                    | HD                                |
| <i>prazosin hcl</i> (Minipress)                                                  | T2                    | HD                                |
| <i>terazosin 1 mg, 2 mg, 5 mg capsule</i>                                        | T1                    | QL (30 caps/fill) HD              |
| <i>terazosin 10 mg capsule</i>                                                   | T1                    | QL (60 caps/fill) HD              |
| <b>ANTAG. DE RECEPT. DE ANGIOTENSINA-BLOQ. DE LOS CANALES DE CALCIO-TIAZIDAS</b> |                       |                                   |
| <i>amlodipine/valsartan/hcthiiazid</i> (Exforge Hct)                             | T2                    | HD                                |
| <i>olmesartan/amlodipin/hcthiiazid</i> (Tribenzor)                               | T2                    | HD                                |
| <b>COMB. INHIBIDOR DEL RECEPT. DE ANGIOTENSINA-DE LA NEPRILISINA (ARNI)</b>      |                       |                                   |
| ENTRESTO ( <i>sacubitril/valsartan</i> )                                         | T4                    | QL (60 tabs/30 days)              |
| ENTRESTO SPRINKLE                                                                | T3                    | QL (240 caps/fill) HD             |
| <i>sacubitril/valsartan</i> (Entresto)                                           | T2                    | QL (60 tabs/30 days) HD           |

T1 – Genéricos preferidos

T2 – Genéricos no preferidos

T3 – Marcas preferidas

T4 – Marcas no preferidas

T5 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a 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 |
|-----------------------------------|-----------------------|-----------------------------------|
|-----------------------------------|-----------------------|-----------------------------------|

#### COMB. DE ANTAG. DE RECEPT. DE ANGIOTENSINA-DIURÉTICOS TIAZÍDICOS

|                                                      |    |    |
|------------------------------------------------------|----|----|
| <i>candesartan/hydrochlorothiazid</i> (Atacand Hct)  | T2 | HD |
| <i>irbesartan/hydrochlorothiazide</i> (Avalide)      | T1 | HD |
| <i>losartan/hydrochlorothiazide</i> (Hyzaar)         | T1 | HD |
| <i>olmesartan/hydrochlorothiazide</i> (Benicar Hct)  | T1 | HD |
| <i>telmisartan/hydrochlorothiazid</i> (Micardis Hct) | T2 | HD |
| <i>valsartan/hydrochlorothiazide</i> (Diovan Hct)    | T2 | HD |

#### BLOQ. DE RECEPTORES DE ANGIOTENSINA-BLOQ. DE LOS CANALES DE CALCIO

|                                                |    |    |
|------------------------------------------------|----|----|
| <i>amlodipine bes/olmesartan med</i> (Azor)    | T2 | HD |
| <i>amlodipine besylate/valsartan</i> (Exforge) | T2 | HD |
| <i>telmisartan/amlodipine</i>                  | T2 | HD |

#### ANTIHIPERTENSIVOS, INHIBIDORES DE LA ECA

|                                             |    |    |
|---------------------------------------------|----|----|
| <i>ACCUPRIL</i> ( <i>quinapril hcl</i> )    | T4 | HD |
| <i>ALTACE</i> ( <i>ramipril</i> )           | T4 | HD |
| <i>benazepril hcl</i>                       | T1 | HD |
| <i>benazepril hcl</i> (Lotensin)            | T1 | HD |
| <i>captopril</i>                            | T2 | HD |
| <i>enalapril maleate</i> (Epaned)           | T2 | HD |
| <i>enalapril maleate</i> (Vasotec)          | T1 | HD |
| <i>fosinopril sodium</i>                    | T1 | HD |
| <i>lisinopril</i> (Zestril)                 | T1 | HD |
| <i>LOTENSIN</i> ( <i>benazepril hcl</i> )   | T4 | HD |
| <i>moexipril hcl</i>                        | T2 | HD |
| <i>perindopril erbumine</i>                 | T1 | HD |
| <i>quinapril hcl</i> (Accupril)             | T1 | HD |
| <i>ramipril</i>                             | T1 | HD |
| <i>ramipril</i> (Altace)                    | T1 | HD |
| <i>trandolapril</i>                         | T1 | HD |
| <i>VASOTEC</i> ( <i>enalapril maleate</i> ) | T4 | HD |
| <i>ZESTRIL</i> ( <i>lisinopril</i> )        | T4 | HD |

#### ANTIHIPERTENSIVOS, ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE ANGIOTENSINA

|                                        |    |    |
|----------------------------------------|----|----|
| <i>candesartan cilexetil</i> (Atacand) | T2 | HD |
| <i>eprosartan mesylate</i>             | T2 | HD |
| <i>irbesartan</i>                      | T1 | HD |
| <i>irbesartan</i> (Avapro)             | T1 | HD |

T1 – Genéricos preferidos

T2 – Genéricos no preferidos

T3 – Marcas preferidas

T4 – Marcas no preferidas

T5 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

## Lista de medicamentos con receta

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

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

#### ANTIHIPERTENSIVOS, ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE ANGIOTENSINA (cont.)

|                                         |    |    |
|-----------------------------------------|----|----|
| <i>losartan potassium</i> (Cozaar)      | T1 | HD |
| <i>olmesartan medoxomil</i> (Benicar)   | T1 | HD |
| <i>telmisartan</i>                      | T2 | HD |
| <i>telmisartan</i> (Micardis)           | T2 | HD |
| <i>valsartan 20 mg/5 ml solution</i>    | T2 | HD |
| <i>valsartan 160 mg tablet</i> (Diovan) | T1 | HD |
| <i>valsartan 320 mg tablet</i> (Diovan) | T1 | HD |
| <i>valsartan 40 mg tablet</i> (Diovan)  | T1 | HD |
| <i>valsartan 80 mg tablet</i> (Diovan)  | T1 | HD |

#### ANTIHIPERTENSIVOS, BLOQUEADORES GANGLIONARES

|         |    |    |
|---------|----|----|
| VECAMYL | T4 | PA |
|---------|----|----|

#### ANTIHIPERTENSIVOS, VARIOS

|                              |    |       |
|------------------------------|----|-------|
| DEMSEY ( <i>metyrosine</i> ) | T4 | PA HD |
| <i>metyrosine</i> (Demser)   | T2 | PA HD |

#### ANTIHIPERTENSIVOS, SIMPATOLÍTICOS

|                                        |    |                           |
|----------------------------------------|----|---------------------------|
| CATAPRES-TTS 1 ( <i>clonidine</i> )    | T4 | QL (4 patches/28 days) HD |
| CATAPRES-TTS 2 ( <i>clonidine</i> )    | T4 | QL (4 patches/28 days) HD |
| CATAPRES-TTS 3 ( <i>clonidine</i> )    | T4 | QL (4 patches/28 days) HD |
| <i>clonidine</i> (Catapres-Tts 1)      | T2 | QL (4 patches/28 days) HD |
| <i>clonidine</i> (Catapres-Tts 2)      | T2 | QL (4 patches/28 days) HD |
| <i>clonidine</i> (Catapres-Tts 3)      | T2 | QL (4 patches/28 days) HD |
| <i>guanfacine hcl</i>                  | T2 | HD                        |
| <i>methyl dopa</i>                     | T2 | HD                        |
| <i>methyl dopa/hydrochlorothiazide</i> | T2 | HD                        |

#### ANTIHIPERTENSIVOS, VASODILATADORES

|                        |    |    |
|------------------------|----|----|
| <i>hydralazine hcl</i> | T2 | HD |
| <i>minoxidil</i>       | T2 | HD |

#### AGENTES BLOQUEADORES ADRENÉRGICOS BETA

|                                            |    |       |
|--------------------------------------------|----|-------|
| <i>acebutolol hcl</i>                      | T2 | HD    |
| <i>atenolol</i> (Tenormin)                 | T1 | HD    |
| BETAPACE ( <i>sotalol hcl</i> )            | T4 | ST HD |
| BETAPACE AF ( <i>sotalol hcl</i> )         | T4 | ST HD |
| <i>betaxolol hcl</i>                       | T2 | HD    |
| <i>bisoprolol fumarate 5 mg, 10 mg tab</i> | T2 | HD    |

T1 – Genéricos preferidos

T2 – Genéricos no preferidos

T3 – Marcas preferidas

T4 – Marcas no preferidas

T5 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a 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 |
| <b>AGENTES BLOQUEADORES ADRENÉRGICOS BETA (cont.)</b>                            |                       |                                   |
| LOPRESSOR 50 MG TABLET ( <i>metoprolol tartrate</i> )                            | T4                    | ST HD                             |
| LOPRESSOR 100 MG TABLET ( <i>metoprolol tartrate</i> )                           | T4                    | ST HD                             |
| <i>metoprolol succinate</i> (Toprol XL)                                          | T1                    | HD                                |
| <i>metoprolol tartrate</i>                                                       | T1                    | HD                                |
| <i>metoprolol tartrate</i> (Lopressor)                                           | T1                    | HD                                |
| <i>nebivolol hcl</i> (Bystolic)                                                  | T2                    | HD                                |
| <i>pindolol</i>                                                                  | T2                    | HD                                |
| <i>propranolol hcl</i>                                                           | T1                    | HD                                |
| <i>propranolol hcl</i> (Inderal La)                                              | T1                    | HD                                |
| <i>sotalol hcl</i> (Betapace Af)                                                 | T2                    | HD                                |
| <i>sotalol hcl</i> (Betapace)                                                    | T2                    | HD                                |
| SOTYLIZE                                                                         | T3                    | HD                                |
| TENORMIN ( <i>atenolol</i> )                                                     | T4                    | ST HD                             |
| <i>timolol maleate</i> 5 mg, 10 mg, 20 mg tablet                                 | T2                    | HD                                |
| <b>BETABLOQUEANTES Y TIAZIDAS, DIURÉTICOS TIAZÍDICOS</b>                         |                       |                                   |
| <i>atenolol/chlorthalidone</i> (Tenoretic 100)                                   | T2                    | HD                                |
| <i>atenolol/chlorthalidone</i> (Tenoretic 50)                                    | T2                    | HD                                |
| <i>bisoprolol/hydrochlorothiazide</i>                                            | T1                    | HD                                |
| METOPROLOL SUCCINATE ER-HCTZ                                                     | T4                    | ST HD                             |
| <i>metoprolol/hydrochlorothiazide</i>                                            | T2                    | HD                                |
| <i>propranolol/hydrochlorothiazid</i>                                            | T2                    | HD                                |
| TENORETIC 100 ( <i>atenolol/chlorthalidone</i> )                                 | T4                    | ST HD                             |
| TENORETIC 50 ( <i>atenolol/chlorthalidone</i> )                                  | T4                    | ST HD                             |
| <b>INHIBIDOR DE LA RENINA, DIRECTO</b>                                           |                       |                                   |
| <i>aliskiren hemifumarate</i> (Tekturna)                                         | T2                    | HD                                |
| <b>COMB. DE INHIBIDORES DIRECTOS DE LA RENINA Y DIURÉTICOS TIAZÍDICOS</b>        |                       |                                   |
| TEKTRUNA HCT                                                                     | T3                    | HD                                |
| <b>COMBINACIÓN DE VASODILADORES</b>                                              |                       |                                   |
| <i>isosorbide dinit/hydralazine</i> (Bidil)                                      | T2                    | HD                                |
| <b>VASODILADORES, PERIFÉRICOS</b>                                                |                       |                                   |
| <i>ergoloid mesylates</i>                                                        | T2                    |                                   |
| <i>isoxsuprine hcl</i>                                                           | T2                    |                                   |

T1 – Genéricos preferidos

T2 – Genéricos no preferidos

T3 – Marcas preferidas

T4 – Marcas no preferidas

T5 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

## Lista de medicamentos con receta

| CARDIOVASCULARES (Medicamentos para el colesterol)                                     |                       |                                   |
|----------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|-----------------------------------|
| Nombre del medicamento con receta                                                      | Nivel del medicamento | Requisitos y límites de cobertura |
| <b>ANTIHIPERLIP. - INHIB. DE HMG-COA REDUCT.-INHIB. DE AB. DE COLEST.</b>              |                       |                                   |
| <i>ezetimibe-atorvastatin tabs</i>                                                     | T2                    | ST QL (30 tabs/30 days) HD        |
| <b>ANTIHIPERLIP. - INHIB. DE HMG-COA REDUCT.-INHIB. DE AB. DE COLEST.</b>              |                       |                                   |
| <i>ezetimibe/simvastatin (Vytorin)</i>                                                 | T2                    | QL (30 tabs/fill) HD              |
| ROSZET                                                                                 | T4                    | ST QL (30 tabs/fill) HD           |
| <b>ANTIHIPERLIP. - INHIB. DE HMG-COA REDUCT.-BLOQUEADORES DE LOS CANALES DE CALCIO</b> |                       |                                   |
| <i>amlodipine/atorvastatin</i>                                                         | T2                    | QL (30 tabs/fill) HD              |
| <i>amlodipine/atorvastatin (Caduet)</i>                                                | T2                    | QL (30 tabs/fill) HD              |
| CADUET ( <i>amlodipine/atorvastatin</i> )                                              | T4                    | ST QL (30 tabs/fill) HD           |
| <b>ANTIHIPERLIPIDÉMICOS - INHIBIDORES DE LA APOLIPOPROTEÍNA</b>                        |                       |                                   |
| TRYNGOLZA                                                                              | T5                    | PA SP                             |
| <b>ANTIHIPERLIPIDÉMICOS - INHIBIDOR DE ATP-CITRATO LIASA</b>                           |                       |                                   |
| NEXLETOL                                                                               | T3                    | PA                                |
| <b>ANTIHIPERLIPIDÉMICOS - INHIBIDORES DE MTP</b>                                       |                       |                                   |
| JUXTAPID                                                                               | T5                    | PA SP HD                          |
| <b>ANTIHIPERLIPIDÉMICOS - INHIBIDORES DE PCSK9</b>                                     |                       |                                   |
| REPATHA PUSHTRONEX                                                                     | T3                    | PA                                |
| REPATHA SURECLICK                                                                      | T3                    | PA                                |
| REPATHA SYRINGE                                                                        | T3                    | PA                                |
| <b>ANTIHIPERLIPIDÉMICOS - INHIBIDOR DE LA ABSORCIÓN DE ACLY Y COLEST.</b>              |                       |                                   |
| NEXLIZET                                                                               | T3                    | PA                                |
| <b>ANTIHIPERLIPIDÉMICOS-INHIB. DE LA HMG-COA REDUCTASA (ESTATINAS)</b>                 |                       |                                   |
| FLOLIPID                                                                               | T4                    | ST QL (150 mls/fill) HD           |
| <i>fluvastatin sodium (Lescol XL)</i>                                                  | T2                    | QL (30 tabs/fill) HD PPACA        |
| <i>fluvastatin sodium 20 mg cap</i>                                                    | T2                    | QL (30 caps/fill) HD PPACA        |
| <i>fluvastatin sodium 40 mg cap</i>                                                    | T2                    | QL (60 caps/fill) HD PPACA        |
| LESCOL XL ( <i>fluvastatin sodium</i> )                                                | T4                    | ST QL (30 tabs/fill) HD           |
| <i>lovastatin 10 mg tablet</i>                                                         | T2                    | QL (30 tabs/fill) HD PPACA        |
| <i>lovastatin 20 mg, 40 mg tablet</i>                                                  | T2                    | QL (60 tabs/fill) HD PPACA        |
| <i>pitavastatin calcium (Livalo)</i>                                                   | T2                    | QL (30 tabs/30 days) HD PPACA     |
| <i>pravastatin sodium</i>                                                              | T2                    | QL (30 tabs/fill) HD PPACA        |
| <i>simvastatin 5 mg tablet</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                                                            | T4                    | ST QL (150 mls/fill) HD           |

T1 – Genéricos preferidos  
T2 – Genéricos no preferidos  
T3 – Marcas preferidas  
T4 – Marcas no preferidas

T5 – Medicamentos de especialidad de marca  
PA – Autorización previa  
QL – Límite a la cantidad

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

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

## Lista de medicamentos con receta

| CARDIOVASCULARES (Medicamentos para el colesterol) (cont.)                     |                       |                                   |
|--------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|-----------------------------------|
| Nombre del medicamento con receta                                              | Nivel del medicamento | Requisitos y límites de cobertura |
| <b>ANTIHIPERLIPIDÉMICOS-INHIB. DE LA HMG-COA REDUCTASA (ESTATINAS) (cont.)</b> |                       |                                   |
| <i>simvastatin 40 mg tablet (Zocor)</i>                                        | T1                    | QL (30 tabs/fill) HD PPACA        |
| <i>simvastatin 80 mg tablet (Zocor)</i>                                        | T1                    | QL (30 tabs/fill) HD              |
| ZYPITAMAG                                                                      | T4                    | ST QL (30 tabs/fill) HD           |
| <b>SECUESTRADORES DE SALES BILIARES</b>                                        |                       |                                   |
| <i>cholestyramine</i>                                                          | T2                    | HD                                |
| <i>cholestyramine (Questran Light)</i>                                         | T2                    | HD                                |
| <i>cholestyramine (with sugar) (Questran)</i>                                  | T2                    | HD                                |
| <i>cholestyramine/aspartame</i>                                                | T2                    | HD                                |
| <i>colesevelam hcl (Welchol)</i>                                               | T2                    | HD                                |
| COLESTID                                                                       | T4                    | ST HD                             |
| COLESTID ( <i>colestipol hcl</i> )                                             | T4                    | ST HD                             |
| <i>colestipol hcl</i>                                                          | T2                    | HD                                |
| <i>colestipol hcl (Colestid)</i>                                               | T2                    | HD                                |
| QUESTRAN ( <i>cholestyramine (with sugar)</i> )                                | T4                    | ST HD                             |
| QUESTRAN LIGHT ( <i>cholestyramine</i> )                                       | T4                    | ST HD                             |
| <b>LIPOTRÓPICOS</b>                                                            |                       |                                   |
| <i>ezetimibe (Zetia)</i>                                                       | T2                    | HD                                |
| <i>fenofibrate 40 mg tablet (Fenoglide)</i>                                    | T2                    | ST HD                             |
| <i>fenofibrate 43mg, 67mg, 134mg, 200mg capsule</i>                            | T2                    | HD                                |
| <i>fenofibrate 130 mg capsule</i>                                              | T2                    | ST HD                             |
| <i>fenofibrate 48 mg tablet (Tricor)</i>                                       | T2                    | HD                                |
| <i>fenofibrate 54mg, 160mg tablet</i>                                          | T2                    | HD                                |
| <i>fenofibrate 120 mg tablet (Fenoglide)</i>                                   | T2                    | ST HD                             |
| <i>fenofibrate 145 mg tablet (Tricor)</i>                                      | T2                    | HD                                |
| <i>fenofibric acid</i>                                                         | T2                    | HD                                |
| <i>fenofibric acid (choline)</i>                                               | T2                    | HD                                |
| <i>fenofibric acid (Fibricor)</i>                                              | T2                    | HD                                |
| FENOGLIDE ( <i>fenofibrate</i> )                                               | T4                    | ST HD                             |
| FIBRICOR ( <i>fenofibric acid</i> )                                            | T4                    | ST HD                             |
| <i>gemfibrozil (Lopid)</i>                                                     | T1                    | HD                                |
| LOPID ( <i>gemfibrozil</i> )                                                   | T4                    | HD                                |
| <i>niacin</i>                                                                  | T2                    | HD                                |
| <i>niacin 500 mg tablet</i>                                                    | T2                    | HD                                |
| NIACOR                                                                         | T4                    | HD                                |

T1 – Genéricos preferidos  
T2 – Genéricos no preferidos  
T3 – Marcas preferidas  
T4 – Marcas no preferidas

T5 – Medicamentos de especialidad de marca  
PA – Autorización previa  
QL – Límite a la cantidad

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

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

## Lista de medicamentos con receta

### MEDICAMENTOS PARA EL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL (Enfermedad de Alzheimer)

| Nombre del medicamento con receta                                     | Nivel del medicamento | Requisitos y límites de cobertura |
|-----------------------------------------------------------------------|-----------------------|-----------------------------------|
| <b>TRATAMIENTO DEL ALZHEIMER, ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES NMDA</b> |                       |                                   |
| <i>memantine hcl</i>                                                  | T2                    | HD                                |
| <i>memantine hcl 10 mg/5 ml cup</i>                                   | T2                    | HD                                |
| <i>memantine hcl</i> (Namenda Xr)                                     | T2                    | HD                                |
| <i>memantine hcl 2 mg/ml solution</i>                                 | T2                    | HD                                |
| <i>memantine hcl 5 mg tablet</i>                                      | T2                    | HD                                |
| <i>memantine hcl 10 mg tablet</i>                                     | T2                    | HD                                |
| NAMENDA                                                               | T4                    | HD                                |
| NAMENDA XR TITRATION PACK                                             | T4                    | HD                                |
| NAMZARIC                                                              | T3                    | ST HD                             |

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

|                                                 |    |       |
|-------------------------------------------------|----|-------|
| <i>memantine hcl/donepezil hcl</i> (Namzaric)   | T2 | HD    |
| NAMZARIC ( <i>memantine hcl/donepezil hcl</i> ) | T3 | ST HD |

### MEDICAMENTOS PARA EL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL (Varios)

#### AGENTES PARA LA ESCLEROSIS LATERAL AMIOTRÓFICA

|                             |    |          |
|-----------------------------|----|----------|
| RADICAVA ORS                | T5 | PA SP HD |
| RILUTEK ( <i>riluzole</i> ) | T5 | PA SP HD |
| <i>riluzole</i> (Rilutek)   | T2 | 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 9MG, 12MG 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 TABLET         | T5 | PA QL (30 tabs/fill) SP HD     |
| AUSTEDO XR 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                        | T4 | ST                             |
| INGREZZA                        | T5 | PA QL (30 caps/30 days) SP     |
| INGREZZA INITIATION PK (TARDIV) | T5 | PA QL (28 caps/30 days) SP     |

T1 – Genéricos preferidos  
T2 – Genéricos no preferidos  
T3 – Marcas preferidas  
T4 – Marcas no preferidas

T5 – Medicamentos de especialidad de marca  
PA – Autorización previa  
QL – Límite a la cantidad

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

HD – Puede requerir entrega a 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 |
|-----------------------------------|-----------------------|-----------------------------------|
|-----------------------------------|-----------------------|-----------------------------------|

#### MEDICAMENTOS PARA TRATAR TRASTORNOS DEL MOVIMIENTO (cont.)

|                                         |    |                         |
|-----------------------------------------|----|-------------------------|
| INGREZZA SPRINKLE                       | T5 | PA QL (30 caps/fill) SP |
| tetrabenazine 12.5 mg tablet (Xenazine) | T2 |                         |
| tetrabenazine 25 mg tablet (Xenazine)   | T2 |                         |

#### ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE ENDOTELINA-ANGIOTENSINA

|          |    |                            |
|----------|----|----------------------------|
| FILSPARI | T5 | PA QL (30 tabs/30 days) SP |
|----------|----|----------------------------|

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

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

#### XANTINAS

|                  |    |    |
|------------------|----|----|
| caffeine citrate | T2 | HD |
|------------------|----|----|

### MEDICAMENTOS PARA EL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL (Esclerosis múltiple)

#### AGENTES PARA TRATAR LA ESCLEROSIS MÚLTIPLE

|                                        |    |                                   |
|----------------------------------------|----|-----------------------------------|
| AVONEX (4 PACK)                        | T5 | PA QL (1 kit/28 days) SP HD       |
| AVONEX PEN (4 PACK)                    | T5 | PA QL (4 pens/28 days) SP HD      |
| BAFIERTAM                              | T5 | PA QL (120 caps/fill) SP HD       |
| BETASERON                              | T5 | PA QL (14 kits/30 days) SP HD     |
| glatiramer 20 mg/ml syringe (Copaxone) | T2 | PA QL (30 syringes/30 days) SP HD |
| glatiramer 40 mg/ml syringe (Copaxone) | T2 | PA QL (12 syringes/30 days) SP HD |
| glatopa 20 mg/ml syringe (Copaxone)    | T2 | PA QL (30 syringes/30 days) SP HD |
| glatopa 40 mg/ml syringe (Copaxone)    | T2 | 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                 | T5 | PA QL (30 tabs/fill) SP HD        |
| MAYZENT 0.25MG START-1MG MAINT         | T5 | PA QL (7 tabs/fill) SP HD         |
| MAYZENT 0.25MG START-2MG MAINT         | T5 | PA QL (12 tabs/fill) SP HD        |
| MAYZENT 1 MG , 2 MG TABLET             | T5 | PA QL (30 tabs/fill) SP HD        |
| PLEGRIDY 125 MCG/0.5 ML PEN            | T5 | PA QL (1 ml/28 days) SP HD        |
| PLEGRIDY 125 MCG/0.5 ML SYRING         | T5 | PA QL (1 ml/28 days) SP HD        |
| PLEGRIDY PEN INJ STARTER PACK          | T5 | PA QL (1 ml/365 days) SP HD       |

T1 – Genéricos preferidos

T2 – Genéricos no preferidos

T3 – Marcas preferidas

T4 – Marcas no preferidas

T5 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

## Lista de medicamentos con receta

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

| Nombre del medicamento con receta                         | Nivel del medicamento | Requisitos y límites de cobertura |
|-----------------------------------------------------------|-----------------------|-----------------------------------|
| <b>AGENTES PARA TRATAR LA ESCLEROSIS MÚLTIPLE (cont.)</b> |                       |                                   |
| PLEGRIDY SYRINGE STARTER PACK                             | T5                    | PA QL (1 ml/365 days) SP HD       |
| REBIF 22 MCG/0.5 ML SYRINGE                               | T5                    | PA QL (6 mls/28 days) SP HD       |
| REBIF 44 MCG/0.5 ML SYRINGE                               | T5                    | PA QL (6 mls/28 days) SP HD       |
| REBIF REBIDOSE 22 MCG/0.5 ML                              | T5                    | PA QL (6 mls/28 days) SP HD       |
| REBIF REBIDOSE 44 MCG/0.5 ML                              | T5                    | PA QL (6 mls/28 days) SP HD       |
| REBIF REBIDOSE TITRATION PACK                             | T5                    | PA QL (4.2 mls/28 days) SP HD     |
| REBIF TITRATION PACK                                      | T5                    | PA QL (4.2 mls/28 days) SP HD     |
| VUMERITY                                                  | T5                    | PA QL (120 caps/fill) SP HD       |

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

|          |    |       |
|----------|----|-------|
| FIRDAPSE | T5 | PA SP |
|----------|----|-------|

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

|                              |    |                               |
|------------------------------|----|-------------------------------|
| ZEPOSIA 0.92 MG CAPSULE      | T5 | PA QL (30 caps/30 days) SP HD |
| ZEPOSIA STARTER KIT (28-DAY) | T5 | PA QL (28 caps/30 days) SP HD |
| ZEPOSIA STARTER PACK (7-DAY) | T5 | 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) | T3 | PA QL (3 mls/30 days) |
| EMGALITY 300 MG (100 MG X3SYR) | T3 | PA QL (3 mls/30 days) |

#### AGENTES PARA LA NEURALGIA POSTHERPÉTICA

|                               |    |    |
|-------------------------------|----|----|
| <i>gabapentin</i>             | T2 | ST |
| GRALISE                       | T4 | ST |
| GRALISE ( <i>gabapentin</i> ) | T4 | ST |

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

|                                |    |                               |
|--------------------------------|----|-------------------------------|
| VELSIPITY                      | T5 | PA QL (30 tabs/30 days) SP HD |
| ZEPOSIA 0.23-0.46 MG START PCK | T5 | PA QL (7 caps/fill) SP HD     |
| ZEPOSIA 0.23-0.46-0.92 MG KIT  | T5 | PA QL (1 kit/fill) SP HD      |
| ZEPOSIA 0.92 MG CAPSULE        | T5 | PA QL (30 caps/fill) SP HD    |
| ZEPOSIA STARTER KIT (28-DAY)   | T5 |                               |

### MEDICAMENTOS PARA EL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL (Trastornos convulsivos)

#### ANTICONVULSIVOS - TIPO BENZODIAZEPINAS

|                              |    |       |
|------------------------------|----|-------|
| <i>clobazam</i> (Onfi)       | T2 | PA HD |
| <i>clonazepam</i>            | T2 | HD    |
| <i>clonazepam</i> (Klonopin) | T1 | HD    |

T1 – Genéricos preferidos

T2 – Genéricos no preferidos

T3 – Marcas preferidas

T4 – Marcas no preferidas

T5 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

## Lista de medicamentos con receta

### MEDICAMENTOS PARA EL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL (Trastornos convulsivos) (cont.)

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

#### ANTICONVULSIVOS - TIPO BENZODIAZEPINAS (cont.)

|                                                |    |                         |
|------------------------------------------------|----|-------------------------|
| DIASAT ( <i>diazepam</i> )                     | T4 | HD                      |
| <i>diazepam 10 mg rectal gel syrg</i>          | T2 | HD                      |
| <i>diazepam 10mg rectal gel (2pk)</i>          | T2 | HD                      |
| <i>diazepam 2.5mg rectal gel(2pk) (Diasat)</i> | T2 | HD                      |
| <i>diazepam 20 mg rectal gel syrg</i>          | T2 | HD                      |
| <i>diazepam 20mg rectal gel (2pk)</i>          | T2 | HD                      |
| NAYZILAM                                       | T3 | PA QL (2 units/fill) HD |
| SYMPAZAN                                       | T4 | PA HD                   |
| VALTOCO                                        | T3 | PA QL (2 units/fill) HD |

#### ANTICONVULSIVOS - TIPO CANNABINOIDES

|           |    |          |
|-----------|----|----------|
| EPIDIOLEX | T5 | PA SP HD |
|-----------|----|----------|

#### ANTICONVULSIVOS

|                                                              |    |          |
|--------------------------------------------------------------|----|----------|
| APTOM ( <i>eslicarbazepine acetate</i> )                     | T4 | HD       |
| BRIVIACT                                                     | T4 | ST HD    |
| <i>carbamazepine (Carbatrol)</i>                             | T2 | HD       |
| <i>carbamazepine (Tegretol Xr)</i>                           | T2 | HD       |
| <i>carbamazepine (Tegretol)</i>                              | T4 | HD       |
| <i>carbamazepine 100 mg tab chew</i>                         | T2 | HD       |
| <i>carbamazepine 100 mg/5 ml cup</i>                         | T2 | HD       |
| <i>carbamazepine 100 mg/5 ml susp (Tegretol)</i>             | T2 | HD       |
| <i>carbamazepine 200 mg tablet (Tegretol)</i>                | T2 | HD       |
| <i>carbamazepine 200 mg/10 ml cup</i>                        | T2 | HD       |
| CARBAMAZEPINE 200 MG TAB CHEW                                | T4 | HD       |
| CARBATROL ( <i>carbamazepine</i> )                           | T3 | HD       |
| CELONTIN ( <i>methsuximide</i> )                             | T4 | HD       |
| DEPAKOTE ( <i>divalproex sodium</i> )                        | T4 | ST HD    |
| DEPAKOTE ER ( <i>divalproex sodium</i> )                     | T4 | ST HD    |
| DEPAKOTE SPRINKLE ( <i>divalproex sodium</i> )               | T4 | ST HD    |
| DIACOMIT                                                     | T5 | PA SP HD |
| DILANTIN 100 MG CAPSULE ( <i>phenytoin sodium extended</i> ) | T4 | HD       |
| DILANTIN 30 MG CAPSULE                                       | T3 | HD       |
| DILANTIN 50 MG INFATAB ( <i>phenytoin</i> )                  | T4 | HD       |
| DILANTIN-125 ( <i>phenytoin</i> )                            | T4 | HD       |
| <i>divalproex sodium (Depakote Er)</i>                       | T2 | HD       |

T1 – Genéricos preferidos

T2 – Genéricos no preferidos

T3 – Marcas preferidas

T4 – Marcas no preferidas

T5 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

## Lista de medicamentos con receta

| MEDICAMENTOS PARA EL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL (Trastornos convulsivos) (cont.) |                       |                                   |
|--------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|-----------------------------------|
| Nombre del medicamento con receta                                              | Nivel del medicamento | Requisitos y límites de cobertura |
| <b>ANTICONVULSIVOS (cont.)</b>                                                 |                       |                                   |
| <i>divalproex sodium</i> (Depakote Sprinkle)                                   | T2                    | HD                                |
| <i>divalproex sodium</i> (Depakote)                                            | T2                    | HD                                |
| ELEPSIA XR                                                                     | T4                    | ST HD                             |
| <i>eslicarbazepine acetate</i> (Aptiom)                                        | T2                    | HD                                |
| <i>ethosuximide</i> (Zarontin)                                                 | T2                    | HD                                |
| <i>felbamate</i> (Felbatol)                                                    | T2                    | HD                                |
| FELBATOL ( <i>felbamate</i> )                                                  | T4                    | HD                                |
| FYCOMPA                                                                        | T3                    | HD                                |
| FYCOMPA ( <i>perampanel</i> )                                                  | T3                    | HD                                |
| <i>gabapentin</i>                                                              | T2                    | HD                                |
| <i>gabapentin</i> (Neurontin)                                                  | T1                    | HD                                |
| <i>gabapentin</i> (Neurontin)                                                  | T2                    | HD                                |
| <i>lacosamide</i> (Vimpat)                                                     | T2                    | HD                                |
| LAMICTAL XR (BLUE)                                                             | T4                    | ST HD                             |
| LAMICTAL XR (GREEN)                                                            | T4                    | ST HD                             |
| LAMICTAL XR (ORANGE)                                                           | T4                    | ST HD                             |
| <i>lamotrigine</i> (Lamictal (Blue))                                           | T2                    | HD                                |
| <i>lamotrigine</i> (Lamictal (Green))                                          | T2                    | HD                                |
| <i>lamotrigine</i> (Lamictal (Orange))                                         | T2                    | HD                                |
| <i>lamotrigine</i> (Lamictal Odt (Blue))                                       | T2                    | HD                                |
| <i>lamotrigine</i> (Lamictal Odt (Green))                                      | T2                    | HD                                |
| <i>lamotrigine</i> (Lamictal Odt (Orange))                                     | T2                    | HD                                |
| <i>lamotrigine</i> (Lamictal Odt)                                              | T2                    | HD                                |
| <i>lamotrigine</i> (Lamictal Xr)                                               | T2                    | HD                                |
| <i>lamotrigine</i> (Lamictal)                                                  | T1                    | HD                                |
| <i>lamotrigine</i> (Lamictal)                                                  | T2                    | HD                                |
| <i>levetiracetam</i> (Keppra Xr)                                               | T2                    | HD                                |
| <i>levetiracetam</i> (Keppra)                                                  | T2                    | HD                                |
| <i>levetiracetam</i> 500 mg/5 ml cup                                           | T2                    | HD                                |
| <i>levetiracetam</i> 1,000mg/10ml cup (Keppra)                                 | T2                    | HD                                |
| <i>levetiracetam</i> 500 mg/5 ml soln                                          | T2                    | HD                                |
| <i>levetiracetam</i> 100 mg/ml soln (Keppra)                                   | T2                    | HD                                |
| LEVETIRACETAM 250 MG TAB SUSP                                                  | T4                    | ST HD                             |
| <i>levetiracetam</i> 250 mg tablet (Keppra)                                    | T2                    | HD                                |

T1 – Genéricos preferidos  
T2 – Genéricos no preferidos  
T3 – Marcas preferidas  
T4 – Marcas no preferidas

T5 – Medicamentos de especialidad de marca  
PA – Autorización previa  
QL – Límite a la cantidad

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

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

## Lista de medicamentos con receta

| MEDICAMENTOS PARA EL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL (Trastornos convulsivos) (cont.) |                       |                                   |
|--------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|-----------------------------------|
| Nombre del medicamento con receta                                              | Nivel del medicamento | Requisitos y límites de cobertura |
| <b>ANTICONVULSIVOS (cont.)</b>                                                 |                       |                                   |
| <i>levetiracetam 500 mg tablet</i> (Keppra)                                    | T2                    | HD                                |
| <i>levetiracetam 750 mg tablet</i> (Keppra)                                    | T2                    | HD                                |
| <i>levetiracetam 1,000 mg tablet</i> (Keppra)                                  | T2                    | HD                                |
| MYSOLINE ( <i>primidone</i> )                                                  | T4                    | HD                                |
| <i>oxcarbazepine</i> (Oxtellar Xr)                                             | T2                    | HD                                |
| <i>oxcarbazepine</i> (Trileptal)                                               | T2                    | HD                                |
| OXTELLAR XR ( <i>oxcarbazepine</i> )                                           | T4                    | ST HD                             |
| <i>perampanel</i> (Fycompa)                                                    | T2                    | HD                                |
| PHENYTEK ( <i>phenytoin sodium extended</i> )                                  | T4                    | HD                                |
| <i>phenytoin</i>                                                               | T2                    | HD                                |
| <i>phenytoin</i> (Dilantin)                                                    | T2                    | HD                                |
| <i>phenytoin</i> (Dilantin-125)                                                | T2                    | HD                                |
| <i>phenytoin sodium extended</i> (Dilantin)                                    | T2                    | HD                                |
| <i>phenytoin sodium extended</i> (Phenytek)                                    | T2                    | HD                                |
| <i>pregabalin</i> (Lyrica)                                                     | T2                    | HD                                |
| QUDEXY XR ( <i>topiramate</i> )                                                | T4                    | ST HD                             |
| <i>rufinamide</i> (Banzel)                                                     | T2                    | PA HD                             |
| SPRITAM                                                                        | T4                    | ST HD                             |
| TEGRETOL ( <i>carbamazepine</i> )                                              | T4                    | HD                                |
| TEGRETOL XR ( <i>carbamazepine</i> )                                           | T4                    | HD                                |
| <i>tiagabine hcl</i>                                                           | T2                    | HD                                |
| <i>topiramate</i> (Qudexy Xr)                                                  | T2                    | ST HD                             |
| <i>topiramate 25 mg/ml solution</i> (Eprontia)                                 | T2                    | HD                                |
| <i>topiramate 50 mg sprinkle cap</i>                                           | T2                    | HD                                |
| <i>topiramate 100 mg tablet</i> (Topamax)                                      | T1                    | HD                                |
| <i>topiramate 15 mg sprinkle cap</i> (Topamax)                                 | T2                    | HD                                |
| <i>topiramate 200 mg tablet</i> (Topamax)                                      | T1                    | HD                                |
| <i>topiramate 25 mg sprinkle cap</i> (Topamax)                                 | T2                    | HD                                |
| <i>topiramate 25 mg tablet</i> (Topamax)                                       | T1                    | HD                                |
| <i>topiramate 50 mg tablet</i> (Topamax)                                       | T1                    | HD                                |
| <i>topiramate er</i> (Trokendi XR)                                             | T2                    | ST HD                             |
| TROKENDI XR                                                                    | T4                    | ST HD                             |
| <i>valproic acid</i>                                                           | T2                    | HD                                |
| <i>valproic acid</i> (as sodium salt)                                          | T2                    | HD                                |

T1 – Genéricos preferidos

T2 – Genéricos no preferidos

T3 – Marcas preferidas

T4 – Marcas no preferidas

T5 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

## Lista de medicamentos con receta

### MEDICAMENTOS PARA EL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL (Trastornos convulsivos) (cont.)

| Nombre del medicamento con receta | Nivel del medicamento | Requisitos y límites de cobertura |
|-----------------------------------|-----------------------|-----------------------------------|
| <b>ANTICONVULSIVOS (cont.)</b>    |                       |                                   |
| <i>vigabatrin</i> (Sabril)        | T2                    | PA QL (150 packs/30 days) SP HD   |
| VIGADRONE                         | T2                    | PA SP HD QL (150 pkts/30 days)    |
| XCOPRI 25 MG, 50 MG TABLET        | T4                    | QL (30 tabs/fill) HD              |
| XCOPRI 50-100 MG TITRATION PAK    | T4                    | QL (28 tabs/fill) HD              |
| XCOPRI 100 MG TABLET              | T4                    | QL (30 tabs/fill) HD              |
| XCOPRI 12.5-25 MG TITRATION PK    | T4                    | QL (28 tabs/fill) HD              |
| XCOPRI 150 MG TABLET              | T4                    | QL (30 tabs/fill) HD              |
| XCOPRI 150-200 MG TITRATION PK    | T4                    | QL (28 tabs/fill) HD              |
| XCOPRI 200 MG TABLET              | T4                    | QL (30 tabs/fill) HD              |
| XCOPRI 250 MG DAILY DOSE PACK     | T4                    | QL (56 tabs/fill) HD              |
| XCOPRI 350 MG DAILY DOSE PACK     | T4                    | QL (56 tabs/fill) HD              |
| ZARONTIN ( <i>ethosuximide</i> )  | T4                    | HD                                |
| <i>zonisamide</i>                 | T2                    | HD                                |
| <i>zonisamide</i> (Zonegran)      | T2                    | HD                                |

### MEDICAMENTOS PARA EL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL (Trastornos del sueño/sedantes)

#### TRATAMIENTO DE LA NARCOLEPSIA-ANTAGONISTAS/AGONISTAS INVERSOS DE LOS RECEPT. H3

|                      |    |                            |
|----------------------|----|----------------------------|
| WAKIX 4.45 MG TABLET | T5 | PA QL (30 tabs/fill) SP HD |
| WAKIX 17.8 MG TABLET | T5 | PA QL (60 tabs/fill) SP HD |

### FACTORES ESTIMULANTES DE COLONIAS (Modificadores de la sangre/trastornos hemorrágicos)

#### ESTIMULANTES DE LEUCOCITOS (RECuento DE GLÓBULOS BLANCOS)

|          |    |                            |
|----------|----|----------------------------|
| FULPHILA | T5 | PA QL (1.2 mls/30 days) SP |
| LEUKINE  | T5 | PA SP                      |
| NIVESTYM | T5 | PA SP HD                   |

#### AGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE TROMBOPOYETINA

|                                         |    |                            |
|-----------------------------------------|----|----------------------------|
| DOPTELET                                | T5 | PA QL (15 tabs/fill) SP HD |
| <i>eltrombopag olamine</i> (Promacta)   | T2 | 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 |
|----------|----|-----------|

T1 – Genéricos preferidos

T2 – Genéricos no preferidos

T3 – Marcas preferidas

T4 – Marcas no preferidas

T5 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

## Lista de medicamentos con receta

| ANTICONCEPTIVOS (Productos anticonceptivos)        |                       |                                   |
|----------------------------------------------------|-----------------------|-----------------------------------|
| Nombre del medicamento con receta                  | Nivel del medicamento | Requisitos y límites de cobertura |
| <b>ANTICONCEPTIVOS, INTRAVAGINALES, SISTÉMICOS</b> |                       |                                   |
| ANNOVERA                                           | T4                    | ST QL (1 ring/365 days) PPACA     |
| etonogestrel/ethinyl estradiol (Nuvaring)          | T2                    | PPACA                             |
| <b>ANTICONCEPTIVOS, INYECTABLES</b>                |                       |                                   |
| DEPO-PROVERA (medroxyprogesterone acetate)         | T4                    | QL (1 ml/90 days) PPACA           |
| DEPO-SUBQ PROVERA 104                              | T4                    | QL (1 ml/90 days) PPACA           |
| medroxyprogesterone 150 mg/ml (Depo-Provera)       | T2                    | QL (1 ml/90 days) PPACA           |
| <b>ANTICONCEPTIVOS, ORALES</b>                     |                       |                                   |
| BEYAZ (drospir/eth estra/levomefol ca)             | T4                    | ST HD PPACA                       |
| desog-e.estradiol/e.estradiol                      | T2                    | HD PPACA                          |
| desog-e.estradiol/e.estradiol                      | T2                    | PPACA                             |
| desogestrel-ethinyl estradiol                      | T2                    | HD PPACA                          |
| drospir/eth estra/levomefol ca (Beyaz)             | T2                    | HD PPACA                          |
| drospir/eth estra/levomefol ca (Safyral)           | T2                    | HD PPACA                          |
| ELLA                                               | T3                    | QL (1 tab/fill) HD PPACA          |
| ethinyl estradiol/drospirenone (Yasmin 28)         | T2                    | PPACA                             |
| ethinyl estradiol/drospirenone (Yaz)               | T2                    | HD PPACA                          |
| ethynodiol d-ethinyl estradiol                     | T2                    | HD PPACA                          |
| levonorgestrel/ethin.estradiol                     | T2                    | HD PPACA                          |
| l-norgest/e.estradiol-e.estradiol                  | T2                    | HD PPACA                          |
| noreth-ethinyl estradiol/iron                      | T2                    | HD PPACA                          |
| noreth-ethinyl estradiol/iron (Generess Fe)        | T2                    | HD PPACA                          |
| norethind-eth estrad 1-0.02 mg (Loestrin)          | T2                    | HD PPACA                          |
| norethindrone                                      | T2                    | HD PPACA                          |
| norethindrone ac/eth estradiol (Loestrin)          | T2                    | HD PPACA                          |
| norethindrone-e.estradiol-iron                     | T2                    | HD PPACA                          |
| norethindrone-e.estradiol-iron (Loestrin Fe)       | T2                    | HD PPACA                          |
| norethindrone-e.estradiol-iron (Taytulla)          | T2                    | HD PPACA                          |
| norethindrone-ethin. estradiol                     | T2                    | HD PPACA                          |
| norethin-ee 1.5-0.03 mg(21) tb (Loestrin)          | T2                    | HD PPACA                          |
| norgestimate-ethinyl estradiol                     | T2                    | HD PPACA                          |
| NORGESTREL-ETHINYL ESTRADIOL                       | T2                    | HD PPACA                          |
| YAZ (ethinyl estradiol/drospirenone)               | T4                    | ST HD PPACA                       |
| <b>ANTICONCEPTIVOS TRANSDÉRMICOS</b>               |                       |                                   |
| norelgestromin/ethin.estradiol                     | T2                    | HD PPACA                          |
| norelgestromin/ethin.estradiol                     | T2                    | PPACA                             |

T1 – Genéricos preferidos

T2 – Genéricos no preferidos

T3 – Marcas preferidas

T4 – Marcas no preferidas

T5 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

## Lista de medicamentos con receta

| ANTICONCEPTIVOS (Productos anticonceptivos) (cont.)                               |                       |                                   |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|-----------------------------------|
| Nombre del medicamento con receta                                                 | Nivel del medicamento | Requisitos y límites de cobertura |
| <b>DISPOSITIVOS INTRAUTERINOS (DIU)</b>                                           |                       |                                   |
| KYLEENA                                                                           | T5                    | SP PPACA                          |
| LILETTA                                                                           | T5                    | SP PPACA                          |
| MIRENA                                                                            | T5                    | SP PPACA                          |
| SKYLA                                                                             | T5                    | SP PPACA                          |
| <b>PREPARACIONES PARA LA TOS/EL RESFRÍO (Alergia/rociadores nasales)</b>          |                       |                                   |
| <b>COMB. DE ANTIHIST.-DESCONGEST.-ANTICOLINÉRGICOS DE 1.ª GENERACIÓN</b>          |                       |                                   |
| RESPA A.R. ( <i>pseudoephed/chlor-mal/bell alk</i> )                              | T4                    |                                   |
| <b>PREPARACIONES PARA LA TOS/EL RESFRÍO (Medicamentos para la tos/el resfrío)</b> |                       |                                   |
| <b>ANTITUSIVOS NO OPIOIDES</b>                                                    |                       |                                   |
| <i>benzonatate</i>                                                                | T2                    |                                   |
| <b>ANTITUS. NO OPIOIDES-ANTIHISTAMÍNICOS DE 1.ª GENERACIÓN-DESCONGESTIVOS</b>     |                       |                                   |
| BROMFED DM ( <i>brompheniramine/pseudoephed/dm</i> )                              | T4                    |                                   |
| <i>brompheniramine/pseudoephed/dm</i> (Bromfed Dm)                                | T2                    |                                   |
| <b>COMB. DE ANTITUSIVOS NO OPIOIDES-ANTIHISTAMÍNICOS DE 1.ª GENERACIÓN</b>        |                       |                                   |
| <i>promethazine/dextromethorphan</i>                                              | T2                    |                                   |
| <b>ANTITUSIVOS OPIOIDES-ANTIHISTAMÍNICOS DE 1.ª GENERACIÓN-DESCONGESTIVOS</b>     |                       |                                   |
| CAPCOF                                                                            | T4                    |                                   |
| HISTEX-AC                                                                         | T4                    |                                   |
| MAXI-TUSS CD                                                                      | T4                    |                                   |
| POLY-TUSSIN AC                                                                    | T4                    |                                   |
| <i>promethazine/phenyleph/codeine</i>                                             | T2                    |                                   |
| ZODRYL DAC 25                                                                     | T4                    |                                   |
| ZODRYL DAC 30                                                                     | T4                    |                                   |
| ZODRYL DAC 35                                                                     | T4                    |                                   |
| ZODRYL DAC 40                                                                     | T4                    |                                   |
| ZODRYL DAC 50                                                                     | T4                    |                                   |
| <b>ANTITUSIVOS OPIOIDES-ANTIHISTAMÍNICOS DE 1.ª GENERACIÓN-DESCONGESTIVOS</b>     |                       |                                   |
| ZODRYL DAC 60                                                                     | T4                    |                                   |
| ZODRYL DAC 80                                                                     | T4                    |                                   |
| <b>ANTITUSIVOS OPIOIDES-ANTIHISTAMÍNICOS DE 1.ª GENERACIÓN</b>                    |                       |                                   |
| <i>hydrocodone/chlorphen p-stirex</i>                                             | T2                    |                                   |
| <i>promethazine hcl/codeine</i>                                                   | T2                    |                                   |
| TUXARIN ER                                                                        | T4                    |                                   |

T1 – Genéricos preferidos  
T2 – Genéricos no preferidos  
T3 – Marcas preferidas  
T4 – Marcas no preferidas

T5 – Medicamentos de especialidad de marca  
PA – Autorización previa  
QL – Límite a la cantidad

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

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

## Lista de medicamentos con receta

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

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

#### ANTITUSIVOS OPIOIDES-ANTIISTAMÍNICOS DE 1.ª GENERACIÓN (cont.)

|              |    |    |
|--------------|----|----|
| TUZISTRA XR  | T4 | PA |
| ZODRYL AC 25 | T4 |    |
| ZODRYL AC 30 | T4 |    |
| ZODRYL AC 35 | T4 |    |
| ZODRYL AC 40 | T4 |    |
| ZODRYL AC 50 | T4 |    |
| ZODRYL AC 60 | T4 |    |
| ZODRYL AC 80 | T4 |    |

#### COMBINACIONES DE ANTITUSIVOS OPIOIDES-ANTICOLINÉRGICOS

|                                          |    |  |
|------------------------------------------|----|--|
| HYCODAN                                  | T4 |  |
| HYCODAN (hydrocodone bit/homatrop me-br) | T4 |  |
| hydrocodone bit/homatrop me-br           | T2 |  |
| hydrocodone bit/homatrop me-br (Hycodan) | T2 |  |

#### COMB. DE ANTITUSIVOS OPIOIDES-DESCONGESTIVOS-EXPECTORANTES

|                |    |  |
|----------------|----|--|
| CODITUSSIN DAC | T4 |  |
| ZODRYL DEC 25  | T4 |  |
| ZODRYL DEC 30  | T4 |  |
| ZODRYL DEC 35  | T4 |  |
| ZODRYL DEC 40  | T4 |  |
| ZODRYL DEC 50  | T4 |  |
| ZODRYL DEC 60  | T4 |  |
| ZODRYL DEC 80  | T4 |  |

#### COMBINACIÓN DE ANTITUSIVOS OPIOIDES-EXPECTORANTES

|                                |    |    |
|--------------------------------|----|----|
| codeine phosphate/guaifenesin  | T2 |    |
| CODITUSSIN AC                  | T4 |    |
| GUAIFEN-CODEINE 100-10 MG/5 ML | T4 |    |
| guaifen-codeine 100-10 mg/5 ml | T2 |    |
| GUAIFEN-CODEINE 200-20 MG/10ML | T4 |    |
| MAR-COF CG                     | T4 |    |
| NINJACOF-XG                    | T4 |    |
| OBREDON                        | T4 | PA |

### DIAGNÓSTICO (Diabetes)

#### DIAGNÓSTICO DEL NIVEL DE AZÚCAR EN SANGRE

|                    |    |  |
|--------------------|----|--|
| FREESTYLE INSULINX | T3 |  |
|--------------------|----|--|

T1 – Genéricos preferidos

T2 – Genéricos no preferidos

T3 – Marcas preferidas

T4 – Marcas no preferidas

T5 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

## Lista de medicamentos con receta

| DIAGNÓSTICO (Diabetes) (cont.)                           |                       |                                   |
|----------------------------------------------------------|-----------------------|-----------------------------------|
| Nombre del medicamento con receta                        | Nivel del medicamento | Requisitos y límites de cobertura |
| FREESTYLE INSULINX TEST STRIPS                           | T3                    |                                   |
| FREESTYLE LITE TEST STRIP                                | T3                    |                                   |
| FREESTYLE TEST STRIPS                                    | T3                    |                                   |
| FREESTYLE PRECISION NEO                                  | T3                    |                                   |
| HUMANA TRUE METRIX TEST STRIP                            | T3                    |                                   |
| PRECISION XTRA                                           | T3                    |                                   |
| RELION TRUE METRIX TEST STRIP                            | T3                    |                                   |
| TRUE METRIX GLUCOSE TEST STRIP                           | T3                    |                                   |
| TRUETRACK GLUCOSE TEST STRIPS                            | T3                    |                                   |
| ELEMENTOS PARA EXAMEN DE GLUCOSA EN ORINA                |                       |                                   |
| DIASTIX REAGENT                                          | T3                    |                                   |
| DIAGNÓSTICO (Varios)                                     |                       |                                   |
| PREPARACIONES PARA ANÁLISIS DE SANGRE                    |                       |                                   |
| FORA GTEL KETONE TEST STRIP                              | T4                    |                                   |
| GOJJI BLOOD KETONE TEST STRIP                            | T4                    |                                   |
| NOVAMAX PLUS                                             | T3                    |                                   |
| PRECISION XTRA                                           | T3                    |                                   |
| PRODUCTOS DE DIAGNÓSTICO CARDIOVASCULAR - RADIOPACOS     |                       |                                   |
| OMNIPAQUE                                                | T4                    |                                   |
| PREPARACIONES DE DIAGNÓSTICO, VARIAS                     |                       |                                   |
| ARIDOL                                                   | T4                    |                                   |
| METHACHOLINE CHLORIDE                                    | T4                    |                                   |
| PROVOCHOLINE                                             | T4                    |                                   |
| TC 99M SULFUR COLLOID PREP                               | T4                    |                                   |
| TOXICOLOGY SALIVA COLLECTION                             | T4                    |                                   |
| VUEBLU                                                   | T4                    |                                   |
| AGENTES PARA EL DIAGNÓSTICO OCULAR                       |                       |                                   |
| <i>fluorescein sodium</i>                                | T2                    |                                   |
| <i>ful-glo 1 mg ophth strip</i>                          | T2                    |                                   |
| FUL-GLO EYE STRIPS                                       | T4                    |                                   |
| AGENTES PARA IMÁGENES POR FLUORESCENCIA - TEJIDO MALIGNO |                       |                                   |
| GLEOLAN                                                  | T4                    |                                   |
| PRODUCTOS DE DIAGNÓSTICO RADIOPACOS GASTROINTESTINALES   |                       |                                   |
| <i>diatrizoate meglumine, sodium</i> (Gastrografin)      | T2                    |                                   |

T1 – Genéricos preferidos

T2 – Genéricos no preferidos

T3 – Marcas preferidas

T4 – Marcas no preferidas

T5 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a 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 |
| <b>PRODUCTOS DE DIAGNÓSTICO RADIOPACOS GASTROINTESTINALES (cont.)</b> |                       |                                   |
| ENTERO VU                                                             | T4                    |                                   |
| E-Z DISK                                                              | T4                    |                                   |
| E-Z-HD                                                                | T4                    |                                   |
| E-Z-PAQUE                                                             | T4                    |                                   |
| E-Z-PASTE                                                             | T4                    |                                   |
| GASTROGRAFIN ( <i>diatrizoate meglumine, sodium</i> )                 | T4                    |                                   |
| GASTROMARK                                                            | T4                    |                                   |
| LIQUID E-Z PAQUE                                                      | T4                    |                                   |
| LIQUID POLIBAR PLUS                                                   | T4                    |                                   |
| NEULUMEX                                                              | T4                    |                                   |
| POLIBAR ACB                                                           | T4                    |                                   |
| READI-CAT 2                                                           | T4                    |                                   |
| SITZMARKS                                                             | T4                    |                                   |
| SITZMARKS FOR KIDS                                                    | T4                    |                                   |
| TAGITOL                                                               | T4                    |                                   |
| VANILLA SILQ                                                          | T4                    |                                   |
| VARIBAR HONEY                                                         | T4                    |                                   |
| VARIBAR NECTAR                                                        | T4                    |                                   |
| VARIBAR PUDDING                                                       | T4                    |                                   |
| VARIBAR THIN HONEY                                                    | T4                    |                                   |
| VARIBAR THIN LIQUID                                                   | T4                    |                                   |
| VOLUMEN                                                               | T4                    |                                   |
| <b>PRODUCTOS DE DIAGNÓSTICO DE LA FUNCIÓN METABÓLICA</b>              |                       |                                   |
| METOPIRONE                                                            | T4                    |                                   |
| <b>PRODUCTOS DE DIAGNÓSTICO RADIOACTIVOS, GENERALES</b>               |                       |                                   |
| XENON XE-133                                                          | T4                    |                                   |
| <b>PRODUCTOS DE DIAGNÓSTICO DE LA FUNCIÓN METABÓLICA RADIOACTIVOS</b> |                       |                                   |
| SODIUM IODIDE I-123                                                   | T4                    |                                   |
| <b>ELEMENTOS RADIOFARMACÉUTICOS</b>                                   |                       |                                   |
| INDICLOR                                                              | T4                    |                                   |
| <b>PRODUCTOS DE DIAGNÓSTICO RADIOPACOS URINARIOS</b>                  |                       |                                   |
| CYSTO-CONRAY II                                                       | T4                    |                                   |
| CYSTOGRAFIN                                                           | T4                    |                                   |
| CYSTOGRAFIN-DILUTE                                                    | T4                    |                                   |

T1 – Genéricos preferidos  
T2 – Genéricos no preferidos  
T3 – Marcas preferidas  
T4 – Marcas no preferidas

T5 – Medicamentos de especialidad de marca  
PA – Autorización previa  
QL – Límite a la cantidad

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

HD – Puede requerir entrega a 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 |
| <b>PRODUCTOS DE DIAGNÓSTICO RADIOPACOS URINARIOS (cont.)</b>              |                       |                                   |
| KETONE CARE TEST STRIP                                                    | T3                    |                                   |
| KETONE TEST STRIP                                                         | T3                    |                                   |
| KETOSTIX REAGENT                                                          | T3                    |                                   |
| TRUEPLUS KETONE TEST STRIP                                                | T3                    |                                   |
| <b>ELEMENTOS PARA EXAMEN DE GLUCOSA/ACETONA EN ORINA, TIRAS REACTIVAS</b> |                       |                                   |
| KETO-DIASTIX REAGENT                                                      | T3                    |                                   |
| <b>ELEMENTOS PARA DIVERSOS ANÁLISIS DE ORINA</b>                          |                       |                                   |
| CHEK-STIX                                                                 | T3                    |                                   |
| CHEMSTRIP                                                                 | T3                    |                                   |
| CHEMSTRIP 10 WITH SG                                                      | T3                    |                                   |
| CHEMSTRIP 2 GP                                                            | T3                    |                                   |
| CHEMSTRIP 50B                                                             | T3                    |                                   |
| CHEMSTRIP 7                                                               | T3                    |                                   |
| CHEMSTRIP 9                                                               | T3                    |                                   |
| COMBISTIX REAGENT                                                         | T3                    |                                   |
| HEMA-COMBISTIX                                                            | T3                    |                                   |
| KETO-DIASTIX REAGENT                                                      | T3                    |                                   |
| LABSTIX REAGENT                                                           | T3                    |                                   |
| MULTISTIX                                                                 | T3                    |                                   |
| MULTISTIX 10 SG                                                           | T3                    |                                   |
| MULTISTIX 5                                                               | T3                    |                                   |
| MULTISTIX 7                                                               | T3                    |                                   |
| MULTISTIX 8 SG                                                            | T3                    |                                   |
| MULTISTIX 9                                                               | T3                    |                                   |
| MULTISTIX 9 SG                                                            | T3                    |                                   |
| URISTIX 4                                                                 | T3                    |                                   |
| URISTIX REAGENT                                                           | T3                    |                                   |
| <b>DIURÉTICOS (Diuréticos)</b>                                            |                       |                                   |
| <b>ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE LA ARGININA VASOPRESINA (AVP)</b>    |                       |                                   |
| <i>tolvaptan 15 mg tablet (Samsca)</i>                                    | T2                    | PA QL (30 tabs/fill) SP           |
| <i>tolvaptan 30 mg tablet (Samsca)</i>                                    | T2                    | PA QL (60 tabs/fill) SP           |
| <b>INHIBIDORES DE LA ANHIDRASA CARBÓNICA</b>                              |                       |                                   |
| <i>acetazolamide</i>                                                      | T2                    | HD                                |
| <i>methazolamide</i>                                                      | T2                    | HD                                |

T1 – Genéricos preferidos  
T2 – Genéricos no preferidos  
T3 – Marcas preferidas  
T4 – Marcas no preferidas

T5 – Medicamentos de especialidad de marca  
PA – Autorización previa  
QL – Límite a la cantidad

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

HD – Puede requerir entrega a 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 |
| <b>DIURÉTICOS DE ASA</b>                                                           |                       |                                   |
| <i>bumetanide</i>                                                                  | T2                    | HD                                |
| EDECIN ( <i>ethacrynic acid</i> )                                                  | T4                    | ST                                |
| <i>ethacrynic acid</i> (Edecrin)                                                   | T2                    |                                   |
| <i>furosemide</i>                                                                  | T1                    | HD                                |
| <i>furosemide</i> (Lasix)                                                          | T1                    | HD                                |
| LASIX ( <i>furosemide</i> )                                                        | T4                    | ST HD                             |
| <i>torsemide</i>                                                                   | T2                    | HD                                |
| <b>AGENTE DE LA ENFERMEDAD RENAL POLIQUÍSTICA, ANTAG. DE LOS RECEPT. DE LA AVP</b> |                       |                                   |
| <i>tolvaptan 15 mg tablet</i> (Jynarque)                                           | T2                    | PA SP HD                          |
| <i>tolvaptan 15 mg-15 mg tablet</i> (Jynarque)                                     | T2                    | PA SP HD                          |
| <i>tolvaptan 30 mg tablet</i> (Jynarque)                                           | T2                    | PA SP HD                          |
| <i>tolvaptan 30 mg-15 mg tablet</i> (Jynarque)                                     | T2                    | PA SP HD                          |
| <i>tolvaptan 45 mg-15 mg tablet</i> (Jynarque)                                     | T2                    | PA SP HD                          |
| <i>tolvaptan 60 mg-30 mg tablet</i> (Jynarque)                                     | T2                    | PA SP HD                          |
| <i>tolvaptan 90 mg-30 mg tablet</i> (Jynarque)                                     | T2                    | PA SP HD                          |
| JYNARQUE 15 MG TABLET ( <i>tolvaptan</i> )                                         | T5                    | PA SP HD                          |
| JYNARQUE 15 MG-15 MG TABLET ( <i>tolvaptan</i> )                                   | T5                    | PA SP HD                          |
| JYNARQUE 30 MG TABLET ( <i>tolvaptan</i> )                                         | T5                    | PA SP HD                          |
| JYNARQUE 30 MG-15 MG TABLET ( <i>tolvaptan</i> )                                   | T5                    | PA SP HD                          |
| JYNARQUE 45 MG-15 MG TABLET ( <i>tolvaptan</i> )                                   | T5                    | PA SP HD                          |
| JYNARQUE 60 MG-30 MG TABLET ( <i>tolvaptan</i> )                                   | T5                    | PA SP HD                          |
| JYNARQUE 90 MG-30 MG TABLET ( <i>tolvaptan</i> )                                   | T5                    | PA SP HD                          |
| <b>DIURÉTICOS AHORRADORES DE POTASIO</b>                                           |                       |                                   |
| ALDACTONE ( <i>spironolactone</i> )                                                | T4                    | HD                                |
| <i>amiloride hcl</i>                                                               | T2                    | HD                                |
| DYRENIUM ( <i>triamterene</i> )                                                    | T4                    | HD                                |
| <i>eplerenone</i> (Inspra)                                                         | T2                    | HD                                |
| INSPIRA ( <i>eplerenone</i> )                                                      | T4                    | HD                                |
| KERENDIA 10 MG TABLET                                                              | T3                    | PA QL (30 tabs/30 days)           |
| KERENDIA 20 MG TABLET                                                              | T3                    | PA QL (30 tabs/30 days)           |
| KERENDIA 40 MG TABLET                                                              | T3                    | PA                                |
| <i>spironolactone 100 mg tablet</i> (Aldactone)                                    | T1                    | HD                                |
| <i>spironolactone 25 mg tablet</i> (Aldactone)                                     | T1                    | HD                                |
| <i>spironolactone 25 mg/5 ml susp</i> (Carospir)                                   | T2                    |                                   |

T1 – Genéricos preferidos  
 T2 – Genéricos no preferidos  
 T3 – Marcas preferidas  
 T4 – Marcas no preferidas

T5 – Medicamentos de especialidad de marca  
 PA – Autorización previa  
 QL – Límite a la cantidad

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

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

Lista de medicamentos con receta

| DIURÉTICOS (Diuréticos) (cont.)                                                             |                       |                                   |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|-----------------------------------|
| Nombre del medicamento con receta                                                           | Nivel del medicamento | Requisitos y límites de cobertura |
| DIURÉTICOS AHORRADORES DE POTASIO (cont.)                                                   |                       |                                   |
| <i>spironolactone 50 mg tablet</i> (Aldactone)                                              | T1                    | HD                                |
| <i>triamterene</i> (Dyrenium)                                                               | T2                    | HD                                |
| DIURÉTICOS AHORRADORES DE POTASIO EN COMBINACIÓN                                            |                       |                                   |
| <i>amiloride/hydrochlorothiazide</i>                                                        | T2                    | HD                                |
| DYAZIDE ( <i>triamterene/hydrochlorothiazid</i> )                                           | T4                    | HD                                |
| <i>spironolact/hydrochlorothiazid</i>                                                       | T2                    | HD                                |
| <i>triamterene/hydrochlorothiazid</i> (Dyazide)                                             | T1                    | HD                                |
| TIAZIDA Y DIURÉTICOS AFINES                                                                 |                       |                                   |
| <i>chlorthalidone</i>                                                                       | T2                    | HD                                |
| DIURIL                                                                                      | T4                    | HD                                |
| <i>hydrochlorothiazide</i>                                                                  | T1                    | HD                                |
| <i>indapamide</i>                                                                           | T1                    | HD                                |
| <i>metolazone</i>                                                                           | T2                    | HD                                |
| PREPARACIONES PARA LOS OJOS, LOS OÍDOS, LA NARIZ Y LA GARGANTA (Alergia/rociadores nasales) |                       |                                   |
| ANTIISTAMÍNICOS NAALES                                                                      |                       |                                   |
| <i>azelastine 0.1% (137 mcg) spry</i>                                                       | T2                    | QL (60 mls/fill) HD               |
| <i>azelastine 0.15% nasal spray</i>                                                         | T2                    | HD                                |
| <i>olopatadine hcl</i> (Patanase)                                                           | T2                    | QL (31 gms/fill) HD               |
| PATANASE ( <i>olopatadine hcl</i> )                                                         | T4                    | QL (31 gms/fill) HD               |
| COMB. DE ANTIISTAMÍNICOS NAALES Y ANTIINFLAM. ESTEROIDEOS                                   |                       |                                   |
| <i>azelastine/fluticasone</i> (Dymista)                                                     | T2                    | ST QL (23 gms/fill) HD            |
| RYALTRIS                                                                                    | T4                    | ST QL (1 bottle/fill) HD          |
| ANTIINFLAMATORIOS ESTEROIDEOS NAALES                                                        |                       |                                   |
| <i>flunisolide</i>                                                                          | T2                    | ST QL (50 mls/fill) HD            |
| <i>fluticasone prop 50 mcg spray</i>                                                        | T2                    | QL (16 gms/fill) HD               |
| <i>mometasone furoate 50 mcg spry</i> (Nasonex)                                             | T2                    | ST QL (17 gms/fill) HD            |
| XHANCE                                                                                      | T3                    | ST QL (32 mls/30 days) HD         |
| PREPARACIONES NAALES, VARIAS (CON RECETA)                                                   |                       |                                   |
| COCAINE HCL                                                                                 | T4                    |                                   |
| GOPRELTO                                                                                    | T4                    |                                   |
| <i>ipratropium 0.03% spray</i>                                                              | T2                    | QL (30 mls/fill) HD               |
| <i>ipratropium 0.06% spray</i>                                                              | T2                    | QL (30 mls/fill) HD               |
| NUMBRINO                                                                                    | T4                    |                                   |

T1 – Genéricos preferidos  
T2 – Genéricos no preferidos  
T3 – Marcas preferidas  
T4 – Marcas no preferidas

T5 – Medicamentos de especialidad de marca  
PA – Autorización previa  
QL – Límite a la cantidad

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

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

## Lista de medicamentos con receta

### PREPARACIONES PARA LOS OJOS, LOS OÍDOS, LA NARIZ Y LA GARGANTA (Alergia/rociadores nasales) (cont.)

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

#### PREPARACIONES NAALES, VASOCONSTRICTORES (CON RECETA)

|                    |    |  |
|--------------------|----|--|
| ADRENALIN CHLORIDE | T4 |  |
| epinephrine hcl    | T2 |  |

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

#### PREPARACIONES ÓTICAS, ANTIINFLAMATORIAS

|                                                |    |  |
|------------------------------------------------|----|--|
| DERMOTIC ( <i>fluocinolone acetonide oil</i> ) | T4 |  |
| <i>fluocinolone acetonide oil</i> (Dermotic)   | T2 |  |

#### PREPARACIONES ÓTICAS, VARIAS, ANTIINFECCIOSOS

|                                                    |    |  |
|----------------------------------------------------|----|--|
| <i>acetic acid</i>                                 | T2 |  |
| CORTANE-B ( <i>hydrocort/pramoxine/chloroxyl</i> ) | T4 |  |
| <i>hydrocortisone/acetic acid</i>                  | T2 |  |

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

#### AGENTES PARA EL ENTRECRUZAMIENTO DE COLÁGENO CORNEAL

|                        |    |  |
|------------------------|----|--|
| PHOTREXA CROSS-LINKING | T4 |  |
| PHOTREXA VISCOUS       | T4 |  |

#### LÁGRIMAS ARTIFICIALES

|                       |    |                         |
|-----------------------|----|-------------------------|
| KLARITY (CHONDROITIN) | T4 |                         |
| LACRISERT             | T4 | PA QL (60 inserts/fill) |
| MIEBO                 | T3 | PA QL (3 mls/fill)      |

#### ANTIINFECCIOSOS PARA LOS OJOS (CON RECETA ÚNICAMENTE)

|                        |    |  |
|------------------------|----|--|
| BETADINE               | T4 |  |
| <i>povidone-iodine</i> | T2 |  |

#### AGENTES ANTIINFLAMATORIOS PARA LOS OJOS

|                                             |    |                         |
|---------------------------------------------|----|-------------------------|
| ACULAR ( <i>ketorolac tromethamine</i> )    | T4 | ST                      |
| ACULAR LS ( <i>ketorolac tromethamine</i> ) | T4 | ST                      |
| <i>bromfenac sodium</i>                     | T2 |                         |
| <i>bromfenac sodium</i> (Bromsite)          | T2 |                         |
| <i>bromfenac sodium</i> (Prolensa)          | T2 |                         |
| <i>dexamethasone sodium phosphate</i>       | T2 |                         |
| DEXTENZA                                    | T4 |                         |
| <i>diclofenac 0.1% eye drops</i>            | T2 |                         |
| <i>difluprednate</i> (Durezol)              | T2 |                         |
| EYSUVIS                                     | T3 | PA QL (8.3 mls/30 days) |
| <i>fluorometholone</i> (Fml)                | T2 |                         |

T1 – Genéricos preferidos

T2 – Genéricos no preferidos

T3 – Marcas preferidas

T4 – Marcas no preferidas

T5 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

## Lista de medicamentos con receta

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

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

#### AGENTES ANTIINFLAMATORIOS PARA LOS OJOS (cont.)

|                                                              |    |          |
|--------------------------------------------------------------|----|----------|
| <i>flurbiprofen sodium</i>                                   | T2 |          |
| FML ( <i>fluorometholone</i> )                               | T4 | ST       |
| ILEVRO                                                       | T4 |          |
| INVELTYS                                                     | T4 | ST       |
| <i>ketorolac 0.4% ophth solution</i> (Acular Ls)             | T2 |          |
| <i>ketorolac 0.5% ophth solution</i> (Acular)                | T2 |          |
| KLARITY-L (LOTEPREDNOL-CHONDR)                               | T4 |          |
| LOTEMAX 0.5% EYE DROPS ( <i>loteprednol etabonate</i> )      | T4 |          |
| LOTEMAX 0.5% EYE OINTMENT                                    | T4 | ST       |
| LOTEMAX 0.5% OPHTHALMIC GEL ( <i>loteprednol etabonate</i> ) | T4 | ST       |
| LOTEMAX SM                                                   | T4 | ST       |
| <i>loteprednol etabonate</i> (Alrex)                         | T2 | PA SP HD |
| <i>loteprednol etabonate</i> (Lotemax)                       | T2 | PA SP HD |
| PRED FORTE ( <i>prednisolone acetate</i> )                   | T4 |          |
| <i>prednisolone ac 1% eye drop</i> (Pred Forte)              | T2 |          |
| PREDNISOLONE ACET 1% EYE DROP                                | T4 |          |
| <i>prednisolone sod ph/bromfenac</i>                         | T2 |          |
| <i>prednisolone sodium phosphate</i>                         | T2 |          |
| PREDNISOLONE-BROMFENAC                                       | T4 |          |
| PREDNISOLONE-NEPAFENAC                                       | T4 |          |
| PROLENSA                                                     | T4 |          |
| PROLENSA ( <i>bromfenac sodium</i> )                         | T4 | ST       |

#### ANESTÉSICOS LOCALES PARA LOS OJOS

|                                                           |    |  |
|-----------------------------------------------------------|----|--|
| AKTEN                                                     | T4 |  |
| ALCAINE ( <i>proparacaine hcl</i> )                       | T4 |  |
| ALTAFLUOR BENOX ( <i>benoxinate hcl/fluorescein sod</i> ) | T4 |  |
| FLUORESCIN-BENOXINATE                                     | T4 |  |
| <i>proparacaine hcl</i> (Alcaine)                         | T2 |  |
| <i>proparacaine/fluorescein sod</i>                       | T2 |  |
| <i>tetracaine 0.5% eye drop</i>                           | T2 |  |
| TETRACAINE 0.5% STERI-UNIT SOL                            | T4 |  |
| <i>tetracaine hcl</i>                                     | T2 |  |
| TETRAVISC                                                 | T4 |  |
| TETRAVISC FORTE                                           | T4 |  |

T1 – Genéricos preferidos

T2 – Genéricos no preferidos

T3 – Marcas preferidas

T4 – Marcas no preferidas

T5 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a 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 |
| <b>ESTABILIZADORES DE MASTOCITOS PARA LOS OJOS</b>                                            |                       |                                   |
| ALOCRIIL                                                                                      | T4                    | ST                                |
| <i>cromolyn 4% eye drops</i>                                                                  | T2                    |                                   |
| <b>COMBINACIONES DE MIDRIÁTICOS OCULARES Y AINE</b>                                           |                       |                                   |
| MYDRIATIC4(TROP-PROP-PE-KTRLC)                                                                | T4                    |                                   |
| <b>PREPARACIONES OCULARES, VARIAS (SIN RECETA)</b>                                            |                       |                                   |
| GELFILM                                                                                       | T4                    |                                   |
| <b>VASOCONSTRICTORES PARA LOS OJOS</b>                                                        |                       |                                   |
| <i>phenylephrine hcl</i>                                                                      | T2                    |                                   |
| <b>MIÓTICOS Y OTROS REDUCTORES DE LA PRESIÓN INTRAOCULAR</b>                                  |                       |                                   |
| ALPHAGAN P                                                                                    | T4                    | ST HD                             |
| ALPHAGAN P ( <i>brimonidine tartrate</i> )                                                    | T4                    | ST HD                             |
| <i>apraclonidine hcl</i>                                                                      | T2                    | HD                                |
| <i>betaxolol hcl</i>                                                                          | T2                    | HD                                |
| BETOPTIC S                                                                                    | T4                    | HD                                |
| <i>bimatoprost</i>                                                                            | T2                    | PA HD                             |
| BIMATOPROST-BRIMONIDINE-DORZOL                                                                | T4                    | HD                                |
| BIMATOPROST-DORZOLAMID-TIMOLOL                                                                | T4                    | HD                                |
| <i>brimonidine tartrate</i>                                                                   | T2                    | HD                                |
| <i>brimonidine tartrate</i> (Alphagan P)                                                      | T2                    | HD                                |
| <i>brimonidine tartrate/timolol</i> (Combigan)                                                | T2                    | HD                                |
| BRIMONIDINE 0.1%-DORZOLAM 2%                                                                  | T4                    |                                   |
| BRIMONIDINE 0.15%-DORZOLAM 2%                                                                 | T4                    | HD                                |
| <i>brinzolamide</i> (Azopt)                                                                   | T2                    | HD                                |
| <i>carteolol hcl</i>                                                                          | T2                    | HD                                |
| COMBIGAN ( <i>brimonidine tartrate/timolol</i> )                                              | T4                    | ST HD                             |
| DORZOLAMIDE                                                                                   | T4                    | HD                                |
| <i>dorzolamide hcl</i>                                                                        | T2                    | HD                                |
| <i>dorzolamide hcl/timolol maleat</i> (Cosopt)                                                | T2                    | HD                                |
| <i>dorzolamide/timolol/pf</i> (Cosopt Pf)                                                     | T2                    | HD                                |
| IOPIDINE                                                                                      | T4                    | ST HD                             |
| ISOPTO CARPINE ( <i>pilocarpine hcl</i> )                                                     | T4                    | HD                                |
| LATANOPROST 0.005% EYE DROP                                                                   | T4                    | HD                                |
| <i>latanoprost 0.005% eye drops</i> (Xalatan)                                                 | T2                    | PA HD                             |
| <i>levobunolol hcl</i>                                                                        | T2                    | HD                                |

T1 – Genéricos preferidos

T2 – Genéricos no preferidos

T3 – Marcas preferidas

T4 – Marcas no preferidas

T5 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a 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 |
|----------------------------------------------------------------------|-----------------------|-----------------------------------|
| <b>MIÓTICOS Y OTROS REDUCTORES DE LA PRESIÓN INTRAOCULAR (cont.)</b> |                       |                                   |
| PHOSPHOLINE IODIDE                                                   | T5                    | SP HD                             |
| <i>pilocarpine 1% eye drops</i>                                      | T2                    | HD                                |
| <i>pilocarpine 2% eye drops</i>                                      | T2                    | HD                                |
| <i>pilocarpine 4% eye drops</i>                                      | T2                    | HD                                |
| <i>pilocarpine hcl</i> (Isopto Carpine)                              | T2                    | HD                                |
| RHOPRESSA                                                            | T4                    |                                   |
| ROCKLATAN                                                            | T4                    | PA                                |
| SIMBRINZA                                                            | T4                    | HD                                |
| <i>timolol</i> (Betimol)                                             | T2                    | ST HD                             |
| TIMOLOL-BIMATOPROST                                                  | T4                    | HD                                |
| <i>timolol 0.25% gel-solution</i> (Timoptic-Xe)                      | T2                    | ST HD                             |
| <i>timolol 0.5% eye drop</i> (Istalol)                               | T2                    | ST HD                             |
| <i>timolol 0.5% gel-solution</i> (Timoptic-Xe)                       | T2                    | ST HD                             |
| <i>timolol 0.5% gfs gel-solution</i> (Timoptic-Xe)                   | T2                    | ST HD                             |
| <i>timolol maleate 0.25% eye drop</i>                                | T2                    | ST HD                             |
| <i>timolol maleate 0.25% eye drop</i> (Timoptic)                     | T1                    | HD                                |
| <i>timolol maleate 0.5% eye drop</i> (Timoptic Ocudose)              | T2                    | ST HD                             |
| <i>timolol maleate 0.5% eye drops</i> (Timoptic)                     | T1                    | HD                                |
| TIMOLOL-BRIMONIDIN-DORZOLAMIDE                                       | T4                    | HD                                |
| TIMOLOL-BRIMONI-DORZOL-BIMATOP                                       | T4                    | HD                                |
| TIMOLOL-BRIMONI-DORZOL-LATANOP                                       | T4                    | HD                                |
| TIMOLOL-DORZOLAMIDE                                                  | T4                    | HD                                |
| TIMOLOL-DORZOLAMIDE-BIMATOPRST                                       | T4                    | HD                                |
| TIMOLOL-DORZOLAMIDE-LATANOPRST                                       | T4                    | HD                                |
| TIMOLOL-LATANOPROST                                                  | T4                    | HD                                |
| TIMOPTIC ( <i>timolol maleate</i> )                                  | T4                    | ST HD                             |
| TIMOPTIC-XE ( <i>timolol maleate</i> )                               | T4                    | ST HD                             |
| <i>travoprost</i> (Travatan Z)                                       | T2                    | PA HD                             |
| <b>MIDRIÁTICOS</b>                                                   |                       |                                   |
| <i>atropine 1% eye drop</i>                                          | T2                    | PA SP HD                          |
| <i>atropine 1% eye ointment</i>                                      | T2                    | HD                                |
| <i>atropine sulf 0.025% eye drop</i>                                 | T2                    | HD                                |
| ATROPINE SULF 0.025% EYE DROP                                        | T4                    | HD                                |
| ATROPINE SULFATE 0.05% EYE DRP                                       | T4                    | HD                                |

T1 – Genéricos preferidos

T2 – Genéricos no preferidos

T3 – Marcas preferidas

T4 – Marcas no preferidas

T5 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

## Lista de medicamentos con receta

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

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

#### MIDRIÁTICOS (cont.)

|                                        |    |          |
|----------------------------------------|----|----------|
| ATROPINE SULFATE 0.01% EYE DRP         | T4 | HD       |
| ATROPINE SULFATE-0.9% NACL             | T4 | HD       |
| <i>atropine sulfate 0.01% eye drp</i>  | T2 | PA SP HD |
| CYCLOGYL                               | T4 | HD       |
| CYCLOGYL ( <i>cyclopentolate hcl</i> ) | T4 | HD       |
| CYCLOMYDRIL                            | T4 | HD       |
| <i>cyclopentolat/tropic/phenyleph</i>  | T2 | HD       |
| <i>cyclopentolate hcl</i>              | T2 | HD       |
| <i>cyclopentolate hcl (Cyclogyl)</i>   | T2 | HD       |
| CYCLOPENTOLATE-TROPICAMIDE-PE          | T4 | HD       |
| <i>homatropine hbr</i>                 | T2 | HD       |
| MYDCOMBI                               | T4 | HD       |
| MYDRIACYL ( <i>tropicamide</i> )       | T4 | HD       |
| PAREMYD                                | T4 | HD       |
| <i>tropicamide</i>                     | T2 | HD       |
| <i>tropicamide (Mydriacyl)</i>         | T2 | HD       |
| <i>tropicamide 1%-phenylephr 2.5%</i>  | T2 |          |
| TROPICAMIDE-CYCLOPENTOLATE-PE          | T4 | HD       |
| TROPICAMIDE-CYCLOPENT-PE-KTRLC         | T4 |          |
| TROPICAMIDE 1%-PHENYLEPHR 2.5%         | T4 |          |
| TROPIC-CYCLOPENT-PE-KTRLC-PROP         | T4 | HD       |

#### ANTICUERPOS MONOCLONALES RECOMBINANTES ANTAGONISTAS DEL RECEPTOR DEL VEGF-A OFTÁLMICOS

|          |    |       |
|----------|----|-------|
| LUCENTIS | T5 | PA SP |
|----------|----|-------|

#### AGENTES ANTIFIBRÓTICOS OFTÁLMICOS

|                 |    |  |
|-----------------|----|--|
| MITOMYCIN-WATER | T4 |  |
| MITOSOL         | T4 |  |

#### ANTIINFLAMATORIOS OFTÁLMICOS, TIPO INMUNOMODULADOR

|                                                |    |                          |
|------------------------------------------------|----|--------------------------|
| CEQUA                                          | T4 | PA QL (60 vls/30 days)   |
| <i>cyclosporine 0.05% eye emuls (Restasis)</i> | T2 | PA QL (60 vials/fill) HD |
| CYCLOSPORINE IN KLARITY                        | T4 | HD                       |
| RESTASIS ( <i>cyclosporine</i> )               | T4 | PA QL (60 vials/fill) HD |
| RESTASIS MULTIDOSE                             | T3 | PA QL (6 mls/fill) HD    |
| XIIDRA                                         | T3 | PA QL (60 vls/fill) HD   |
| VEVYE                                          | T4 | PA QL (2 mls/fill) HD    |

T1 – Genéricos preferidos

T2 – Genéricos no preferidos

T3 – Marcas preferidas

T4 – Marcas no preferidas

T5 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

| PREPARACIONES PARA LOS OJOS, LOS OÍDOS, LA NARIZ Y LA GARGANTA (Condiciones oculares) (cont.) |                       |                                   |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|-----------------------------------|
| Nombre del medicamento con receta                                                             | Nivel del medicamento | Requisitos y límites de cobertura |
| AGENTES OFTÁLMICOS REDUCTORES DE LA CISTINA                                                   |                       |                                   |
| CYSTARAN                                                                                      | T5                    | PA SP                             |
| FACTOR DE CRECIMIENTO DEL NERVIO OFTÁLMICO HUMANO (HNGF)                                      |                       |                                   |
| OXERVATE                                                                                      | T5                    | PA SP HD                          |
| PREPARACIONES OFTÁLMICAS, VARIAS                                                              |                       |                                   |
| HEALON GV                                                                                     | T4                    |                                   |
| AGONISTAS OFTÁLMICOS DE TRPM8                                                                 |                       |                                   |
| TRYPTYR                                                                                       | T4                    | PA                                |
| 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                                                                                  | T4                    |                                   |
| FRAICHE 5000 PREVI                                                                            | T4                    |                                   |
| FLORIVA                                                                                       | T4                    |                                   |
| fluoride (sodium)                                                                             | T2                    |                                   |
| fluoride (sodium) (Prevident 5000 Plus)                                                       | T2                    |                                   |
| fluoride (sodium) (Prevident)                                                                 | T2                    |                                   |
| FLUORIDEX                                                                                     | T4                    |                                   |
| FLUORIDEX SENSITIVITY RELIEF                                                                  | T4                    |                                   |
| JUSTRIGHT 5000                                                                                | T4                    |                                   |
| PREVIDENT                                                                                     | T4                    |                                   |
| PREVIDENT (fluoride (sodium))                                                                 | T4                    |                                   |
| PREVIDENT KIDS                                                                                | T4                    |                                   |
| PREVIDENT 5000 DRY MOUTH                                                                      | T4                    |                                   |
| PREVIDENT 5000 ENAMEL PROTECT                                                                 | T4                    |                                   |
| PREVIDENT 5000 ORTHO DEFENSE                                                                  | T4                    |                                   |
| PREVIDENT 5000 PLUS (fluoride (sodium))                                                       | T4                    |                                   |
| PREVIDENT 5000 SENSITIVE                                                                      | T4                    |                                   |
| sodium fluoride 0.2% rinse (Prevident)                                                        | T2                    |                                   |
| sodium fluoride 1.1% cream (Prevident 5000 Plus)                                              | T2                    |                                   |
| sodium fluoride 1.1% gel (Prevident)                                                          | T2                    |                                   |
| sodium fluoride 5000 ppm cream (Prevident 5000 Plus)                                          | T2                    |                                   |

T1 – Genéricos preferidos  
T2 – Genéricos no preferidos  
T3 – Marcas preferidas  
T4 – Marcas no preferidas

T5 – Medicamentos de especialidad de marca  
PA – Autorización previa  
QL – Límite a la cantidad

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

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

## Lista de medicamentos con receta

### ELECT./CALÓRICOS/H2O (Productos dentales) (cont.)

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

#### PREPARACIONES CON FLÚOR (cont.)

|                                |    |  |
|--------------------------------|----|--|
| sodium fluoride 5000 ppm paste | T2 |  |
| sodium fluoride/potassium nit  | T2 |  |

#### PREPARACIONES DE VITAMINAS PEDIÁTRICAS

|                                |    |       |
|--------------------------------|----|-------|
| fluoride (sodium)              | T2 | PPACA |
| FLURA-DROPS                    | T4 |       |
| sodium fluoride 0.25 (0.55) mg | T2 | PPACA |
| sodium fluoride 0.5 mg(1.1 mg) | T2 | PPACA |
| sodium fluoride 0.5 mg/ml drop | T2 | PPACA |
| sodium fluoride 1 mg (2.2 mg)  | T2 | PPACA |

### ELECT./CALÓRICOS/H2O (Diabetes)

#### AGENTES PARA TRATAR LA HIPOGLUCEMIA (HIPERGLUCÉMICOS)

|                                                   |    |  |
|---------------------------------------------------|----|--|
| cvs glucose 4 gram tablet chew (Trueplus Glucose) | T2 |  |
| CVS GLUCOSE LIQUID SHOT                           | T4 |  |
| DEX4 GLUCOSE 15 GM GEL PACKET                     | T4 |  |
| dex4 glucose 4 gm tablet chew (Trueplus Glucose)  | T2 |  |
| DEX4 GLUCOSE LIQUID                               | T4 |  |
| DEX4 GLUCOSE LIQUID BLAST                         | T4 |  |
| dex4 glucose tab pouch pack (Trueplus Glucose)    | T2 |  |
| dex4 quick dissolve tab chew (Trueplus Glucose)   | T2 |  |
| dextrose                                          | T2 |  |
| dextrose (Glucose-15)                             | T2 |  |
| dextrose (Glucose-45)                             | T2 |  |
| dextrose/vitamin d3                               | T2 |  |
| diazoxide (Proglycem)                             | T2 |  |
| drug mart glucose 4 gm tab chw (Trueplus Glucose) | T2 |  |
| GLUCO SHOT                                        | T4 |  |
| GLUCOSE 2 GRAM GUMMY                              | T4 |  |
| glucose 3.75 gram tablet chew (Trueplus Glucose)  | T2 |  |
| glucose 4 gram tablet chew (Trueplus Glucose)     | T2 |  |
| GLUCOSE LIQUID                                    | T4 |  |
| GLUTOSE-15 (dextrose)                             | T3 |  |
| GLUTOSE-45 (dextrose)                             | T3 |  |
| gnp glucose 3.75 gram tab chew (Trueplus Glucose) | T2 |  |

T1 – Genéricos preferidos

T2 – Genéricos no preferidos

T3 – Marcas preferidas

T4 – Marcas no preferidas

T5 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a 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 |
|----------------------------------------------------------------------|-----------------------|-----------------------------------|
| <b>AGENTES PARA TRATAR LA HIPOGLUCEMIA (HIPERGLUCÉMICOS) (cont.)</b> |                       |                                   |
| <i>gnp glucose 4 gram tablet chew</i> (Trueplus Glucose)             | T2                    |                                   |
| <i>gnp quick dissolve glucose tab</i> (Trueplus Glucose)             | T2                    |                                   |
| <i>gs glucose 4 gram tablet chew</i> (Trueplus Glucose)              | T2                    |                                   |
| GVOKE                                                                | T3                    | QL (2 vials/fill)                 |
| GVOKE HYPOPEN 1-PACK, 2-PACK                                         | T3                    | QL (2 auto-injs/fill)             |
| GVOKE PFS 1-PACK SYRINGE                                             | T3                    | QL (2 syringes/fill)              |
| GVOKE PFS 2-PACK SYRINGE                                             | T3                    | QL (2 syringes/fill)              |
| INSTA-GLUCOSE                                                        | T4                    |                                   |
| <i>kro glucose 4 gram tablet chew</i> (Trueplus Glucose)             | T2                    |                                   |
| <i>kroger glucose 4 gram tab chew</i> (Trueplus Glucose)             | T2                    |                                   |
| <i>leader glucose 4 gm tab chew</i> (Trueplus Glucose)               | T2                    |                                   |
| <i>leader quick dissolve gluc tab</i> (Trueplus Glucose)             | T2                    |                                   |
| <i>longs glucose 4 gram tab chew</i> (Trueplus Glucose)              | T2                    |                                   |
| <i>meijer glucose 4 gram tab chew</i> (Trueplus Glucose)             | T2                    |                                   |
| <i>ms glucose 4 gram tablet chew</i> (Trueplus Glucose)              | T2                    |                                   |
| <i>ms quick dissolve glucose tab</i> (Trueplus Glucose)              | T2                    |                                   |
| <i>preferred plus glucose tab chw</i> (Trueplus Glucose)             | T2                    |                                   |
| PROGLYCEM ( <i>diazoxide</i> )                                       | T4                    |                                   |
| <i>pub glucose 4 gram tablet chew</i> (Trueplus Glucose)             | T2                    |                                   |
| <i>ra glucose 4 gram tablet chew</i> (Trueplus Glucose)              | T2                    |                                   |
| <i>relion glucose 4 gram tab chew</i> (Trueplus Glucose)             | T2                    |                                   |
| <i>reli-on glucose 4 gram tab chw</i> (Trueplus Glucose)             | T2                    |                                   |
| RELION GLUCOSE LIQUID                                                | T4                    |                                   |
| <i>smart sense glucose 4 gram tab</i> (Trueplus Glucose)             | T2                    |                                   |
| TRUEPLUS GLUCOSE                                                     | T4                    |                                   |
| TRUEPLUS GLUCOSE ( <i>dextrose</i> )                                 | T4                    |                                   |
| <i>upup glucose 4 gram tab chew</i> (Trueplus Glucose)               | T2                    |                                   |

### ELECT./CALÓRICOS/H2O (Varios)

|                                                  |    |       |
|--------------------------------------------------|----|-------|
| <b>SUPLEMENTOS DE ÁCIDO NUCLEICO/NUCLEÓTIDOS</b> |    |       |
| XURIDEN                                          | T5 | PA SP |

### ELECT./CALÓRICOS/H2O (Nutritivos/alimenticios)

|                      |    |  |
|----------------------|----|--|
| <b>CARBOHIDRATOS</b> |    |  |
| ENFAMIL              | T3 |  |
| GLUTOL               | T3 |  |

T1 – Genéricos preferidos

T2 – Genéricos no preferidos

T3 – Marcas preferidas

T4 – Marcas no preferidas

T5 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a 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 |
| <b>REDUCTORES DE ELECTROLITOS</b>                      |                       |                                   |
| AURYXIA                                                | T4                    |                                   |
| calcium acetate 667 mg capsule, gelcap, tablet         | T2                    | QL (360 caps/fill)                |
| lanthanum carbonate (Fosrenol)                         | T2                    | QL (90 tabs/fill)                 |
| LOKELMA                                                | T3                    | QL (30 packs/fill)                |
| REVELA 0.8 GM POWDER PACKET (sevelamer carbonate)      | T4                    | QL (180 packs/fill)               |
| REVELA 2.4 GM POWDER PACKET (sevelamer carbonate)      | T4                    | QL (90 packs/fill)                |
| REVELA 800 MG TABLET (sevelamer carbonate)             | T4                    | QL (270 tabs/fill)                |
| sodium polystyrene sulfon/sorb                         | T2                    |                                   |
| sodium polystyrene sulfonate                           | T2                    |                                   |
| VELPHORO                                               | T4                    | QL (120 tabs/30 days)             |
| VELTASSA 1 GM POWDER PACKET                            | T3                    |                                   |
| VELTASSA 16.8 GM POWDER PACKET                         | T3                    | QL (30 packs/30 days)             |
| VELTASSA 25.2 GM POWDER PACKET                         | T3                    | QL (30 packs/30 days)             |
| VELTASSA 8.4 GM POWDER PACKET                          | T3                    | QL (30 packs/30 days)             |
| <b>PREPARACIONES CON FLÚOR</b>                         |                       |                                   |
| CLINPRO 5000                                           | T4                    |                                   |
| fluoride (sodium)                                      | T2                    |                                   |
| fluoride (sodium) (Prevident 5000 Plus)                | T2                    |                                   |
| fluoride (sodium) (Prevident)                          | T2                    |                                   |
| FLUORIDEX                                              | T4                    |                                   |
| JUSTRIGHT 5000                                         | T4                    |                                   |
| PREVIDENT                                              | T4                    |                                   |
| PREVIDENT KIDS                                         | T4                    |                                   |
| PREVIDENT (fluoride (sodium))                          | T4                    |                                   |
| PREVIDENT 5000 DRY MOUTH                               | T4                    |                                   |
| PREVIDENT 5000 ORTHO DEFENSE                           | T4                    |                                   |
| PREVIDENT 5000 PLUS (fluoride (sodium))                | T4                    |                                   |
| sodium fluoride 0.2% rinse (Prevident)                 | T2                    |                                   |
| sodium fluoride 1.1% cream (Prevident 5000 Plus)       | T2                    |                                   |
| sodium fluoride 1.1% gel (Prevident)                   | T2                    |                                   |
| sodium fluoride 5000 ppm cream (Prevident 5000 Plus)   | T2                    |                                   |
| sodium fluoride 5000 ppm paste                         | T2                    |                                   |

T1 – Genéricos preferidos  
T2 – Genéricos no preferidos  
T3 – Marcas preferidas  
T4 – Marcas no preferidas

T5 – Medicamentos de especialidad de marca  
PA – Autorización previa  
QL – Límite a la cantidad

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

HD – Puede requerir entrega a 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 |
| <b>AGENTES QUE CONTIENEN YODO</b>                      |                       |                                   |
| <i>potassium iodide</i>                                | T2                    |                                   |
| <i>potassium iodide/iodine</i>                         | T2                    |                                   |
| SSKI                                                   | T4                    |                                   |
| <b>REPOSICIÓN DE HIERRO</b>                            |                       |                                   |
| ABATRON                                                | T4                    |                                   |
| ABATRON AF                                             | T4                    |                                   |
| ACCRUFER                                               | T4                    |                                   |
| ACTIVE FE                                              | T4                    |                                   |
| APETIGEN-PLUS                                          | T3                    |                                   |
| BENTIVITE BX                                           | T4                    |                                   |
| CHROMAGEN                                              | T4                    |                                   |
| CITRANATAL BLOOM                                       | T4                    |                                   |
| CORVITE 150                                            | T4                    |                                   |
| CORVITE FE                                             | T4                    |                                   |
| <i>cvs iron 27 mg tablet (Fergon)</i>                  | T2                    |                                   |
| <i>cvs iron 65 mg tablet</i>                           | T2                    |                                   |
| CVS SLOW RELEASE IRON 45 MG TB                         | T4                    |                                   |
| <i>cvs slow release iron 45 mg tb</i>                  | T2                    |                                   |
| <i>cvs slow release iron tablet</i>                    | T2                    |                                   |
| <i>eql iron 65 mg tablet</i>                           | T2                    |                                   |
| <i>eql slow release iron 45 mg tab</i>                 | T2                    |                                   |
| <i>eql slow release iron 50 mg tb</i>                  | T2                    |                                   |
| FEOSOL 45 MG CAPLET ( <i>iron, carbonyl</i> )          | T3                    |                                   |
| <i>feosol 65 mg tablet</i>                             | T2                    |                                   |
| FEOSOL BIFERA 28 MG CAPLET                             | T3                    |                                   |
| FERAHEME ( <i>ferumoxyl</i> )                          | T4                    | PA                                |
| FERGON 27 MG TABLET                                    | T4                    |                                   |
| FERGON 27 MG TABLET ( <i>ferrous gluconate</i> )       | T3                    |                                   |
| FERGON TABLET                                          | T4                    |                                   |
| FER-IN-SOL ( <i>ferrous sulfate</i> )                  | T3                    |                                   |
| FERIVA 21-7                                            | T4                    |                                   |
| FERIVA FA                                              | T4                    |                                   |
| FERRACTIV IRON                                         | T4                    |                                   |
| FERRALET 90                                            | T4                    |                                   |

T1 – Genéricos preferidos

T2 – Genéricos no preferidos

T3 – Marcas preferidas

T4 – Marcas no preferidas

T5 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a 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 |
|-----------------------------------------------------|-----------------------|-----------------------------------|
| <b>REPOSICIÓN DE HIERRO (cont.)</b>                 |                       |                                   |
| FERRETTIS IPS 18 MG CAP                             | T4                    |                                   |
| FERRETTIS IPS 40 MG/15 ML LIQ                       | T3                    |                                   |
| FERRIMIN 150                                        | T3                    |                                   |
| FERRLECIT ( <i>sodium ferric gluconat/sucrose</i> ) | T4                    | PA                                |
| FERRO-SEQUELS                                       | T4                    |                                   |
| <i>ferrous fum/vit c/b12-if/folic</i>               | T2                    | PPACA                             |
| <i>ferrous fumarate</i>                             | T2                    |                                   |
| <i>ferrous fumarate</i> (Hemocyte)                  | T2                    |                                   |
| FERROUS FUMARATE 29 MG TAB                          | T4                    |                                   |
| <i>ferrous fumarate 324 mg tablet</i>               | T2                    |                                   |
| <i>ferrous fumarate/folic acid</i> (Hemocyte-F)     | T2                    |                                   |
| <i>ferrous gluconate</i>                            | T2                    |                                   |
| <i>ferrous gluconate</i> (Fergon)                   | T2                    |                                   |
| <i>ferrous sulf 15 mg iron/ml drp</i> (Fer-In-Sol)  | T2                    |                                   |
| <i>ferrous sulf 220 mg/5 ml elix, liq</i>           | T2                    |                                   |
| <i>ferrous sulf 300 mg/5 ml cup</i>                 | T2                    |                                   |
| FERROUS SULF 325 MG/5 ML CUP                        | T4                    |                                   |
| <i>ferrous sulf 300 mg/6.8ml soln</i>               | T2                    |                                   |
| <i>ferrous sulf 44 mg iron/5ml lq</i>               | T2                    |                                   |
| <i>ferrous sulf ec 324 mg, 325 mg tablet</i>        | T2                    |                                   |
| <i>ferrous sulfate 325 mg tablet</i>                | T2                    |                                   |
| <i>ferrous sulfate</i>                              | T2                    |                                   |
| <i>ferrous sulfate</i> (Fer-In-Sol)                 | T2                    |                                   |
| <i>ferrous sulfate/vit c/folic ac</i>               | T2                    | PPACA                             |
| <i>ferumoxylol</i> (Feraheme)                       | T2                    | PA                                |
| <i>ft iron 65 mg tablet</i>                         | T2                    |                                   |
| FT IRON 45 MG TABLET                                | T4                    |                                   |
| FUSION                                              | T4                    |                                   |
| FUSION PLUS                                         | T4                    |                                   |
| GENTLE IRON                                         | T4                    |                                   |
| <i>gnp iron 45 mg, 65 mg tablet</i>                 | T2                    |                                   |
| HEMATEX                                             | T4                    |                                   |
| HEMATEX ( <i>iron polysaccharide complex</i> )      | T4                    |                                   |
| HEMATOGEN                                           | T4                    |                                   |

T1 – Genéricos preferidos

T2 – Genéricos no preferidos

T3 – Marcas preferidas

T4 – Marcas no preferidas

T5 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a 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 |
|--------------------------------------------------------|-----------------------|-----------------------------------|
| <b>REPOSICIÓN DE HIERRO (cont.)</b>                    |                       |                                   |
| HEMATRON-AF                                            | T4                    |                                   |
| HEMAX                                                  | T4                    |                                   |
| HEMOCYTE PLUS ( <i>iron fum/folic acid/mv,min 15</i> ) | T4                    |                                   |
| HEMOCYTE-F ( <i>ferrous fumarate/folic acid</i> )      | T4                    |                                   |
| <i>hm iron 65 mg tablet</i>                            | T2                    |                                   |
| <i>hm slow release iron tablet</i>                     | T2                    |                                   |
| I.L.X. B-12                                            | T3                    |                                   |
| ICAR                                                   | T3                    |                                   |
| ICAR-C ( <i>iron,carbonyl/ascorbic acid</i> )          | T3                    |                                   |
| ICAR-C PLUS ( <i>iron,carb/vit c/vit b12/folic</i> )   | T4                    |                                   |
| INFED                                                  | T3                    | PA                                |
| INJECTAFER                                             | T4                    | PA                                |
| INTEGRA                                                | T3                    |                                   |
| INTEGRA F ( <i>iron fum,ps/folic acid/vitc/b3</i> )    | T4                    |                                   |
| INTEGRA PLUS ( <i>iron fum,ps/folic/bcomp,c no.9</i> ) | T4                    |                                   |
| <i>iron 27 mg, 28 mg, 45 mg, 65 mg tablet</i>          | T2                    |                                   |
| <i>iron 27 mg tablet (Fergon)</i>                      | T2                    |                                   |
| <i>iron aspgly,ps/c/b12/fa/ca/suc</i>                  | T2                    |                                   |
| <i>iron aspgly,ps/c/succinic acid</i>                  | T2                    |                                   |
| <i>iron aspgly,c/b12/fa/ca-th/suc</i>                  | T2                    |                                   |
| <i>iron bg,ps/vitc/b12/fa/calcium</i>                  | T2                    |                                   |
| IRON BISGLYCINATE                                      | T4                    |                                   |
| <i>iron,carb/vit c/vit b12/folic (Icar-C Plus)</i>     | T2                    |                                   |
| <i>iron,carbonyl</i>                                   | T2                    |                                   |
| <i>iron,carbonyl (Feosol)</i>                          | T2                    |                                   |
| <i>iron,carbonyl/ascorbic acid (Icar-C)</i>            | T2                    |                                   |
| <i>iron fum,ag/c/b12/folic/ca/suc</i>                  | T2                    |                                   |
| <i>iron fum,ps/folic acid/vitc/b3 (Integra F)</i>      | T2                    |                                   |
| <i>iron fum,ps/folic/bcomp,c no.9 (Integra Plus)</i>   | T2                    |                                   |
| <i>iron fum/folic acid/mv,min 15 (Hemocyte Plus)</i>   | T2                    |                                   |
| <i>iron fumarate/vit c/vit b12/fa</i>                  | T2                    |                                   |
| <i>iron polysaccharide complex</i>                     | T2                    |                                   |
| <i>iron polysaccharide complex (Nu-Iron 150)</i>       | T2                    |                                   |
| <i>iron ps complex/b12/folic acid</i>                  | T2                    |                                   |

T1 – Genéricos preferidos

T2 – Genéricos no preferidos

T3 – Marcas preferidas

T4 – Marcas no preferidas

T5 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a 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 |
| <b>REPOSICIÓN DE HIERRO (cont.)</b>                    |                       |                                   |
| <i>iron/c/b12/calcium/stomach conc</i>                 | T2                    |                                   |
| <i>iron/c/folic acid/mv cmb11/calc</i>                 | T2                    |                                   |
| <i>iron/folic acid/vit bcomp,c/min</i>                 | T2                    |                                   |
| <i>iron/folic acid/b12/c/docusate</i>                  | T2                    |                                   |
| <i>iron/folic acid/c/b6/b12/zinc</i>                   | T2                    |                                   |
| <i>iron/vit c/fructooligosaccharide</i>                | T2                    |                                   |
| <i>iron sucrose complex</i>                            | T2                    | PA                                |
| <i>iron-vitamin c 100-250 mg tab (Icar-C)</i>          | T2                    | PA SP HD                          |
| IRON-VITAMIN C 65-125 MG TAB                           | T3                    | PA SP HD                          |
| IRONUP                                                 | T4                    |                                   |
| IRO-PLEX                                               | T4                    |                                   |
| IROSPAN                                                | T4                    |                                   |
| LIQUID IRON                                            | T4                    |                                   |
| LYDIA PINKHAM HERBAL                                   | T4                    |                                   |
| MAXFE                                                  | T4                    |                                   |
| MONOFERRIC                                             | T4                    | PA                                |
| NEONATAL FE                                            | T4                    |                                   |
| NIFEREX                                                | T4                    |                                   |
| NOVAFERRUM ALL GOOD                                    | T4                    | PA SP HD                          |
| NOVAFERRUM WOW                                         | T4                    | PA SP HD                          |
| NOVAFERRUM YAY IRON                                    | T4                    |                                   |
| NOVAFERRUM YUMMY PEDIATRIC                             | T3                    | PA SP HD                          |
| NUFERA                                                 | T4                    |                                   |
| NU-IRON 150 ( <i>iron polysaccharide complex</i> )     | T3                    |                                   |
| PARVLEX                                                | T4                    |                                   |
| PERFECT IRON                                           | T4                    |                                   |
| PRO FE                                                 | T3                    |                                   |
| PROFERRIN                                              | T3                    |                                   |
| PROFERRIN-FORTE                                        | T4                    |                                   |
| PROTECT IRON                                           | T4                    |                                   |
| <i>ra high potency iron 27 mg tab</i>                  | T2                    |                                   |
| RA HIGH POTENCY IRON 27 MG TAB                         | T4                    |                                   |
| <i>ra iron 65 mg tablet</i>                            | T2                    |                                   |
| RA SLOW RELEASE IRON 45 MG TAB                         | T3                    |                                   |

T1 – Genéricos preferidos

T2 – Genéricos no preferidos

T3 – Marcas preferidas

T4 – Marcas no preferidas

T5 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a 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 |
| <b>REPOSICIÓN DE HIERRO (cont.)</b>                    |                       |                                   |
| SIDEROL                                                | T4                    |                                   |
| SLOW FE                                                | T3                    |                                   |
| <i>slow release iron 160 mg tab</i>                    | T2                    |                                   |
| SLOW RELEASE IRON 45 MG TAB                            | T3                    |                                   |
| SLOW RELEASE IRON 45 MG TABLET                         | T3                    |                                   |
| <i>slow release iron 45 mg tablet</i>                  | T2                    |                                   |
| SLOW RELEASE IRON 45 MG TABLET                         | T4                    |                                   |
| SLOW RELEASE IRON TABLET                               | T3                    |                                   |
| <i>sm iron 160 mg tablet sa</i>                        | T2                    |                                   |
| <i>sm iron 65 mg, 325 mg tablet</i>                    | T2                    |                                   |
| SM SLOW RELEASE IRON 45 MG TAB                         | T3                    |                                   |
| <i>sodium ferric gluconat/sucrose (Ferrlecit)</i>      | T2                    | PA                                |
| <i>sv iron 65 mg tablet</i>                            | T2                    |                                   |
| SV SLOW RELEASE IRON 45 MG TAB                         | T3                    |                                   |
| TANDEM DUAL ACTION                                     | T3                    |                                   |
| TL-HEM 150                                             | T4                    |                                   |
| TRIFERIC                                               | T4                    |                                   |
| <i>true ferrous sulf ec 324 mg tb</i>                  | T2                    |                                   |
| TULIVITE                                               | T4                    |                                   |
| VENOFER                                                | T3                    | PA                                |
| VIRT-FEFA PLUS CAPSULE                                 | T4                    |                                   |
| <i>virt-fefa plus capsule (Integra Plus)</i>           | T2                    |                                   |
| VITABEX IRON                                           | T4                    |                                   |
| VITAFOL                                                | T4                    |                                   |
| VITRON-C                                               | T3                    |                                   |
| <b>PREPARACIONES DE VITAMINAS PEDIÁTRICAS</b>          |                       |                                   |
| <i>fluoride (sodium)</i>                               | T2                    | PPACA                             |
| FLURA-DROPS                                            | T4                    |                                   |
| <i>sodium fluoride 0.25 (0.55) mg</i>                  | T2                    | PPACA                             |
| <i>sodium fluoride 0.5 mg(1.1 mg)</i>                  | T2                    | PPACA                             |
| <i>sodium fluoride 0.5 mg/ml drop</i>                  | T2                    | PPACA                             |
| <i>sodium fluoride 1 mg (2.2 mg)</i>                   | T2                    | PPACA                             |
| <b>REPOSICIÓN DE POTASIO</b>                           |                       |                                   |
| EFFER-K 10 MEQ TABLET EFF                              | T4                    |                                   |

T1 – Genéricos preferidos

T2 – Genéricos no preferidos

T3 – Marcas preferidas

T4 – Marcas no preferidas

T5 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a 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 |
|---------------------------------------|-----------------------|-----------------------------------|
| <b>REPOSICIÓN DE POTASIO (cont.)</b>  |                       |                                   |
| EFFER-K 20 MEQ TABLET EFF             | T4                    |                                   |
| <i>effe-r-k 25 meq tablet eff</i>     | T2                    |                                   |
| <i>potassium bicarbonate/cit ac</i>   | T2                    |                                   |
| <i>potassium chloride</i>             | T1                    |                                   |
| <i>potassium chloride</i>             | T2                    |                                   |
| <i>potassium cl 10% (20 meq/15ml)</i> | T2                    |                                   |
| <i>potassium cl 20 meq packet</i>     | T2                    |                                   |
| <i>potassium cl 20% (40 meq/15ml)</i> | T2                    |                                   |
| <i>potassium cl er 10 meq capsule</i> | T1                    |                                   |
| <i>potassium cl er 10 meq tablet</i>  | T1                    |                                   |
| <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 cl10%(20meq/15ml)cup</i> | T2                    |                                   |
| <i>potassium cl10%(40meq/30ml)cup</i> | T2                    |                                   |
| <i>potassium cl20%(40meq/15ml)cup</i> | T2                    |                                   |
| POTASSIUM CL ER 15 MEQ TABLET         | T4                    |                                   |

|                                |    |       |
|--------------------------------|----|-------|
| <b>REPOSICIÓN DE PROTEÍNAS</b> |    |       |
| AQNEURSA                       | T5 | PA SP |

**ELECT./CALÓRICOS/H2O (Condiciones urinarias)**

|                                 |    |  |
|---------------------------------|----|--|
| <b>SOLUCIONES PARA DIÁLISIS</b> |    |  |
| PRISMASOL                       | T4 |  |

|                                       |    |    |
|---------------------------------------|----|----|
| <b>MODIFICADORES DEL PH URINARIO</b>  |    |    |
| <i>citric acid/sodium citrate</i>     | T2 | HD |
| K-PHOS NO.2                           | T4 | HD |
| K-PHOS ORIGINAL                       | T3 | HD |
| ORACIT                                | T4 | HD |
| <i>potassium citrate</i>              | T2 | HD |
| <i>potassium citrate (Urocit-K)</i>   | T2 | HD |
| RENACIDIN                             | T3 | HD |
| UROKIT-K ( <i>potassium citrate</i> ) | T4 | HD |
| UROQID-ACID NO.2                      | T4 | HD |

T1 – Genéricos preferidos  
T2 – Genéricos no preferidos  
T3 – Marcas preferidas  
T4 – Marcas no preferidas

T5 – Medicamentos de especialidad de marca  
PA – Autorización previa  
QL – Límite a la cantidad

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

HD – Puede requerir entrega a 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 (Medicamentos para el colesterol)

| Nombre del medicamento con receta         | Nivel del medicamento | Requisitos y límites de cobertura |
|-------------------------------------------|-----------------------|-----------------------------------|
| <b>LIPOTRÓPICOS</b>                       |                       |                                   |
| <i>icosapent ethyl</i> (Vascepa)          | T2                    | PA HD                             |
| <i>omega-3 acid ethyl esters</i> (Lovaza) | T2                    | PA HD                             |
| VASCEPA ( <i>icosapent ethyl</i> )        | T3                    | PA HD                             |

### GASTROINTESTINALES (Condiciones gastrointestinales/pirosis)

|                                           |    |          |
|-------------------------------------------|----|----------|
| <b>INHIBIDORES DE AMONÍACO</b>            |    |          |
| BUPHENYL ( <i>sodium phenylbutyrate</i> ) | T5 | PA SP HD |
| <i>lactulose</i>                          | T2 | HD       |
| <i>lactulose 10 gm/15 ml solution</i>     | T2 | HD       |
| LITHOSTAT                                 | T4 | HD       |
| OLPRUVA DOSE KIT, DOSE ENVELOPE           | T5 | SP PA HD |
| RAVICTI                                   | T5 | PA SP HD |
| <i>sodium phenylbutyrate</i> (Buphenyl)   | T2 | PA SP HD |
| PHEBURANE                                 | T5 | PA SP    |

|                                               |    |  |
|-----------------------------------------------|----|--|
| <b>ANTICOLINÉRGICOS, AMONIO CUATERNARIO</b>   |    |  |
| <i>chlordiazepoxide/clidinium br</i> (Librax) | T2 |  |
| GLYCATE                                       | T4 |  |
| <i>glycopyrrolate</i>                         | T2 |  |
| <i>glycopyrrolate</i> (Cuvposa)               | T2 |  |
| <i>glycopyrrolate</i> (Robinul Forte)         | T2 |  |
| <i>glycopyrrolate</i> (Robinul)               | T2 |  |
| ROBINUL ( <i>glycopyrrolate</i> )             | T4 |  |
| ROBINUL FORTE ( <i>glycopyrrolate</i> )       | T4 |  |

|                                          |    |  |
|------------------------------------------|----|--|
| <b>ANTICOLINÉRGICOS/ANTIESPASMÓDICOS</b> |    |  |
| <i>dicyclomine 10 mg capsule</i>         | T2 |  |
| <i>dicyclomine 10 mg/5 ml soln</i>       | T2 |  |
| <i>dicyclomine 20 mg tablet</i>          | T2 |  |

|                                                                  |    |                         |
|------------------------------------------------------------------|----|-------------------------|
| <b>ANTIDIARREICOS - INHIBIDORES DE LA TRIPTÓFANO HIDROXILASA</b> |    |                         |
| XERMELO                                                          | T5 | PA QL (90 tabs/fill) SP |

|                                               |    |  |
|-----------------------------------------------|----|--|
| <b>ANTIDIARREICOS</b>                         |    |  |
| <i>diphenoxylate hcl/atropine</i>             | T2 |  |
| <i>diphenoxylate hcl/atropine</i> (Lomotil)   | T2 |  |
| LOMOTIL ( <i>diphenoxylate hcl/atropine</i> ) | T4 |  |
| MOTOFEN                                       | T4 |  |
| <i>opium tincture</i>                         | T2 |  |
| <i>paregoric</i>                              | T2 |  |

T1 – Genéricos preferidos  
T2 – Genéricos no preferidos  
T3 – Marcas preferidas  
T4 – Marcas no preferidas

T5 – Medicamentos de especialidad de marca  
PA – Autorización previa  
QL – Límite a la cantidad

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

HD – Puede requerir entrega a 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 |
|-------------------------------------------------|-----------------------|-----------------------------------|
| <b>ANTIEMÉTICOS, TIPO CANNABINOIDES</b>         |                       |                                   |
| <i>dronabinol</i> (Marinol)                     | T2                    | PA                                |
| MARINOL ( <i>dronabinol</i> )                   | T4                    | PA                                |
| SYNDROS                                         | T4                    | PA                                |
| <b>AGENTES ANTIEMÉTICOS/ANTIVÉRTIGO</b>         |                       |                                   |
| <i>aprepitant</i> 125 mg capsule                | T2                    | QL (1 cap/fill)                   |
| <i>aprepitant</i> 125-80-80 mg pack (Emend)     | T2                    | QL (3 caps/fill)                  |
| <i>aprepitant</i> 40 mg capsule (Emend)         | T2                    | QL (1 cap/fill)                   |
| <i>aprepitant</i> 80 mg capsule (Emend)         | T2                    | QL (2 caps/fill)                  |
| COMPAZINE ( <i>prochlorperazine maleate</i> )   | T4                    |                                   |
| COMPAZINE ( <i>prochlorperazine</i> )           | T4                    |                                   |
| DICLEGIS ( <i>doxylamine succinate/vit b6</i> ) | T4                    | QL (120 tabs/fill)                |
| <i>fosaprepitant</i> dimeglumine (Emend)        | T2                    |                                   |
| <i>granisetron</i> hcl 0.1 mg/ml vial           | T2                    |                                   |
| <i>granisetron</i> hcl 1 mg tablet              | T2                    | QL (6 tabs/fill)                  |
| <i>granisetron</i> hcl 1 mg/ml vial             | T2                    |                                   |
| <i>granisetron</i> hcl 4 mg/4 ml vial           | T2                    |                                   |
| <i>meclizine</i> 50 mg tablet                   | T2                    |                                   |
| <i>ondansetron</i> 4 mg/2 ml                    | T2                    |                                   |
| <i>ondansetron</i> 40 mg/20 ml vial             | T2                    |                                   |
| <i>ondansetron</i> hcl 4 mg tablet              | T2                    | QL (9 tabs/fill)                  |
| <i>ondansetron</i> hcl 4 mg/2 ml syr            | T2                    |                                   |
| <i>ondansetron</i> hcl 4 mg/2 ml vial           | T2                    |                                   |
| <i>ondansetron</i> hcl 8 mg tablet              | T2                    | QL (9 tabs/fill)                  |
| <i>ondansetron</i> odt 4 mg, 8 mg tablet        | T2                    | QL (9 tabs/30 days)               |
| <i>prochlorperazine</i> (Compazine)             | T2                    |                                   |
| <i>prochlorperazine maleate</i> (Compazine)     | T2                    |                                   |
| <i>promethazine</i> hcl                         | T2                    |                                   |
| SANCUSO                                         | T4                    | QL (1 patch/fill)                 |
| <i>scopolamine</i> (Transderm-Scop)             | T2                    |                                   |
| <i>trimethobenzamide</i> hcl                    | T2                    |                                   |
| VARUBI                                          | T3                    | QL (2 tabs/fill)                  |

T1 – Genéricos preferidos  
T2 – Genéricos no preferidos  
T3 – Marcas preferidas  
T4 – Marcas no preferidas

T5 – Medicamentos de especialidad de marca  
PA – Autorización previa  
QL – Límite a la cantidad

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

HD – Puede requerir entrega a 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 |
| <b>PREPARACIONES ANTIULCEROSAS</b>                                  |                       |                                   |
| CYTOTEC ( <i>misoprostol</i> )                                      | T4                    | HD                                |
| <i>misoprostol</i> (Cytotec)                                        | T2                    | HD                                |
| <i>sucralfate</i> (Carafate)                                        | T2                    | HD                                |
| <b>ANTIULCEROSOS-AGENTES CONTRA LA H. PYLORI</b>                    |                       |                                   |
| <i>lansoprazole/amoxiciln/clarith</i>                               | T2                    | QL (112 units/fill)               |
| OMECLAMOX-PAK                                                       | T4                    | QL (80 units/fill)                |
| TALICIA                                                             | T3                    | QL (168 caps/fill)                |
| VOQUEZNA DUAL PAK                                                   | T4                    |                                   |
| VOQUEZNA TRIPLE PAK                                                 | T4                    |                                   |
| <b>ALCALOIDES DE BELLADONA</b>                                      |                       |                                   |
| DONNATAL                                                            | T4                    | HD                                |
| DONNATAL ( <i>phenobarb/hyoscy/atropine/scop</i> )                  | T4                    | HD                                |
| <i>hyoscyamine sulfate</i>                                          | T2                    | HD                                |
| <i>hyoscyamine sulfate</i> (Levbid)                                 | T2                    | HD                                |
| <i>hyoscyamine sulfate</i> (Levsin)                                 | T2                    | HD                                |
| <i>hyoscyamine sulfate</i> (Levsin-SI)                              | T2                    | HD                                |
| <i>hyoscyamine sulfate</i> (Nulev)                                  | T2                    | HD                                |
| LEVBIID ( <i>hyoscyamine sulfate</i> )                              | T4                    | HD                                |
| LEVSIN ( <i>hyoscyamine sulfate</i> )                               | T4                    | HD                                |
| LEVSIN-SL ( <i>hyoscyamine sulfate</i> )                            | T4                    | HD                                |
| <i>methscopolamine bromide</i>                                      | T2                    | HD                                |
| NULEV ( <i>hyoscyamine sulfate</i> )                                | T4                    | HD                                |
| <i>phenobarb/hyoscy/atropine/scop</i>                               | T2                    | HD                                |
| <i>phenobarb/hyoscy/atropine/scop</i> (Donnatal)                    | T2                    | HD                                |
| <i>phenobarb/hyoscy/atropine/scop</i> (Phenobarbital-Belladonna)    | T2                    | HD                                |
| PHENOBARBITAL-BELLADONNA ( <i>phenobarb/hyoscy/atropine/scop</i> )  | T4                    | HD                                |
| SYMAX DUOTAB                                                        | T4                    | HD                                |
| <b>SALES BILIARES</b>                                               |                       |                                   |
| CHENODAL                                                            | T5                    | PA SP HD                          |
| CHOLBAM 50 MG CAPSULE                                               | T5                    | PA QL (120 caps/fill) SP HD       |
| CHOLBAM 250 MG CAPSULE                                              | T5                    | PA SP HD                          |
| CTEXLI                                                              | T5                    | PA SP                             |
| URSO FORTE ( <i>ursodiol</i> )                                      | T4                    | HD                                |
| <i>ursodiol</i>                                                     | T2                    | HD                                |
| <i>ursodiol</i> (Urso Forte)                                        | T2                    | HD                                |

T1 – Genéricos preferidos

T2 – Genéricos no preferidos

T3 – Marcas preferidas

T4 – Marcas no preferidas

T5 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a 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 |
| <b>INFLAM. CRÓNICA DIAG. DE COLON, 5-A-SALICILATO, TRAT. RECTAL</b>         |                       |                                   |
| <i>mesalamine 1,000 mg supp</i> (Canasa)                                    | T2                    |                                   |
| <i>mesalamine 4 gm/60 ml enema</i> (Sfrowasa)                               | T2                    |                                   |
| <i>mesalamine 4 gm/60 ml kit</i> (Rowasa)                                   | T2                    |                                   |
| ROWASA ( <i>mesalamine w/cleansing wipes</i> )                              | T4                    |                                   |
| SFROWASA ( <i>mesalamine</i> )                                              | T4                    |                                   |
| <b>TRAT. FARMAC.-INFLAM. CRÓNICA DIAG. DE COLON, 5-AMINOSALICILATO</b>      |                       |                                   |
| APRISO ( <i>mesalamine</i> )                                                | T4                    | HD                                |
| ASACOL HD ( <i>mesalamine</i> )                                             | T4                    | HD                                |
| AZULFIDINE ( <i>sulfasalazine</i> )                                         | T4                    | HD                                |
| <i>balsalazide disodium</i> (Colazal)                                       | T2                    | HD                                |
| COLAZAL ( <i>balsalazide disodium</i> )                                     | T4                    | HD                                |
| <i>mesalamine</i> (Apriso)                                                  | T2                    | HD                                |
| <i>mesalamine</i>                                                           | T2                    | HD                                |
| <i>mesalamine</i> (Pentasa)                                                 | T2                    | HD                                |
| <i>mesalamine 800 mg dr tablet</i> (Asacol Hd)                              | T2                    | HD                                |
| <i>mesalamine dr 1.2 gm tablet</i> (Lialda)                                 | T2                    | HD                                |
| PENTASA 250 MG CAPSULE                                                      | T3                    | HD                                |
| PENTASA 500 MG CAPSULE ( <i>mesalamine</i> )                                | T4                    | HD                                |
| <i>sulfasalazine</i> (Azulfidine)                                           | T2                    | HD                                |
| <b>AGONISTAS DEL RECEPTOR X FARNESOIDE (FXR), ANÁLOGOS DEL ÁCIDO BILIAR</b> |                       |                                   |
| OCALIVA                                                                     | T5                    | PA QL (30 tabs/fill) SP HD        |
| <b>TRASPLANTE DE MICROBIOTA FECAL (TMF)</b>                                 |                       |                                   |
| VOWST CAPSULE                                                               | T5                    | PA SP                             |
| <b>ENZIMAS GÁSTRICAS</b>                                                    |                       |                                   |
| SUCRAID                                                                     | T5                    | PA SP                             |
| <b>PREP. PARA LAS HEMORROIDES, ANTIINFLAM. ESTEROIDEOS-ANEST. LOCALES</b>   |                       |                                   |
| ANALPRAM HC 1% CREAM                                                        | T4                    |                                   |
| ANALPRAM HC 2.5%-1% CREAM ( <i>hydrocortisone/pramoxine</i> )               | T4                    | ST                                |
| ANALPRAM HC 2.5%-1% CRM SINGLE ( <i>hydrocortisone/pramoxine</i> )          | T4                    | ST                                |
| <i>hydrocort-pramoxine 1%-1% crm</i>                                        | T2                    |                                   |
| <i>hydrocort-pramoxine 2.5-1% crm</i> (Analpram Hc)                         | T2                    | ST                                |
| PROCORT                                                                     | T4                    |                                   |

T1 – Genéricos preferidos  
T2 – Genéricos no preferidos  
T3 – Marcas preferidas  
T4 – Marcas no preferidas

T5 – Medicamentos de especialidad de marca  
PA – Autorización previa  
QL – Límite a la cantidad

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

HD – Puede requerir entrega a 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 |
| <b>INHIBIDORES DE LOS RECEPTORES DE HISTAMINA H2</b>                                                    |                       |                                   |
| <i>cimetidine</i>                                                                                       | T2                    | HD                                |
| <i>famotidine</i>                                                                                       | T2                    | HD                                |
| <i>famotidine</i> (Pepcid)                                                                              | T1                    | HD                                |
| <i>nizatidine</i>                                                                                       | T2                    | HD                                |
| PEPCID ( <i>famotidine</i> )                                                                            | T4                    | HD                                |
| <i>ranitidine hcl</i>                                                                                   | T2                    | HD                                |
| <b>AGENTES PARA EL SÍNDROME DE COLON IRRITABLE, COMB. DE AGONISTAS/ANTAGONISTAS DE RECEPT. OPIOIDES</b> |                       |                                   |
| VIBERZI                                                                                                 | T3                    | HD                                |
| <b>AGENTES PARA EL SÍNDROME DE COLON IRRITABLE-C/CIC, AGONISTAS DE LA GUANILATO CICLASA C</b>           |                       |                                   |
| LINZESS                                                                                                 | T3                    | QL (30 caps/fill)                 |
| TRULANCE                                                                                                | T3                    |                                   |
| <b>INHIBIDOR DEL TRANSPORTADOR DE ÁCIDOS BILIARES ILEALES (IBAT)</b>                                    |                       |                                   |
| 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                             |
| <b>ESTIMULANTES DE LA MOTILIDAD INTESTINAL</b>                                                          |                       |                                   |
| <i>metoclopramide hcl</i>                                                                               | T1                    |                                   |
| <i>metoclopramide hcl</i> (Reglan)                                                                      | T1                    |                                   |
| <i>prucalopride succinate</i> (Motegrity)                                                               | T2                    | QL (30 tabs/30 days)              |
| REGLAN ( <i>metoclopramide hcl</i> )                                                                    | T4                    |                                   |
| <b>AGENTES PARA EL SÍNDROME DE COLON IRRITABLE, ANTAGONISTAS DEL 5-HT3</b>                              |                       |                                   |
| <i>alosetron hcl</i> (Lotronex)                                                                         | T2                    | SP HD                             |
| <b>AGENTES PARA EL SÍND. DE COLON IRRITABLE, AGONISTA PARCIAL DE 5-HT4</b>                              |                       |                                   |
| ZELNORM                                                                                                 | T4                    |                                   |
| <b>LAXANTES Y CATÁRTICOS</b>                                                                            |                       |                                   |
| <i>bisac/nac/nahco3/kcl/peg 3350</i>                                                                    | T2                    | PPACA                             |
| GIALAX                                                                                                  | T4                    | PPACA                             |
| GOLYTELY ( <i>peg3350/sod sulf,bicarb,cl/kcl</i> )                                                      | T4                    |                                   |
| KRISTALOSE                                                                                              | T4                    |                                   |
| <i>lactulose</i>                                                                                        | T2                    |                                   |
| <i>lactulose 10 gm packet</i>                                                                           | T2                    |                                   |
| <i>lactulose 10 gm/15 ml solution</i>                                                                   | T2                    |                                   |

T1 – Genéricos preferidos  
T2 – Genéricos no preferidos  
T3 – Marcas preferidas  
T4 – Marcas no preferidas

T5 – Medicamentos de especialidad de marca  
PA – Autorización previa  
QL – Límite a la cantidad

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

HD – Puede requerir entrega a 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 |
| <b>LAXANTES Y CATÁRTICOS (cont.)</b>                                            |                       |                                   |
| <i>lactulose 20 gm/30 ml solution</i>                                           | T2                    |                                   |
| <i>lubiprostone</i>                                                             | T2                    | QL (60 caps/30 days)              |
| NULYTELY WITH FLAVOR PACKS ( <i>sodium chloride/naHCO<sub>3</sub>/KCl/peg</i> ) | T4                    |                                   |
| OSMOPREP                                                                        | T4                    | PPACA                             |
| <i>peg3350/sod sul/naCl/KCl/asb/c</i> (Moviprep)                                | T2                    | PPACA                             |
| <i>peg3350/sod sulf,bicarb,cl/KCl</i>                                           | T2                    | PPACA                             |
| <i>peg3350/sod sulf,bicarb,cl/KCl</i> (Golytely)                                | T2                    | PPACA                             |
| <i>sodium chloride/naHCO<sub>3</sub>/KCl/peg</i> (Nulytely With Flavor Packs)   | T2                    | PPACA                             |
| <i>sodium, potassium,mag sulfates</i> (Suprep)                                  | T2                    | PPACA                             |
| <b>PREPARACIONES ANORRECTALES LOCALES CON NITRATO</b>                           |                       |                                   |
| <i>nitroglycerin 0.4% ointment</i> (Rectiv)                                     | T2                    |                                   |
| RECTIV ( <i>nitroglycerin</i> )                                                 | T3                    |                                   |
| <b>ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES OPIOIDES MU, CON ACCIÓN PERIFÉRICA</b>        |                       |                                   |
| <i>alvimopan</i>                                                                | T2                    |                                   |
| ENTEREG                                                                         | T4                    |                                   |
| <b>ENZIMAS PANCREÁTICAS</b>                                                     |                       |                                   |
| CREON                                                                           | T3                    | HD                                |
| PANCREAZE                                                                       | T3                    | HD                                |
| VIOKACE                                                                         | T3                    | HD                                |
| ZENPEP                                                                          | T3                    | HD                                |
| <b>BLOQUEADORES DE ÁCIDO COMPETITIVOS DE POTASIO (PCABS)</b>                    |                       |                                   |
| VOQUEZNA                                                                        | T4                    | ST                                |
| <b>INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES</b>                                      |                       |                                   |
| <i>dexlansoprazole dr 60 mg cap</i>                                             | T2                    | ST HD                             |
| <i>esomeprazole dr 2.5 mg packet</i> (Nexium)                                   | T2                    | ST QL (30 packs/30 days) HD       |
| <i>esomeprazole dr 5 mg packet</i> (Nexium)                                     | T2                    | ST QL (30 packs/30 days) HD       |
| <i>esomeprazole dr 10 mg packet</i> (Nexium)                                    | T2                    | ST QL (30 packs/fill) HD          |
| <i>esomeprazole dr 40 mg packet</i> (Nexium)                                    | T2                    | ST HD                             |
| <i>esomeprazole dr 40 mg cap</i> (Nexium)                                       | T2                    | HD                                |
| ESOMEPRAZOLE DR 49.3 MG CAP (Nexium)                                            | T4                    | ST HD                             |
| <i>lansoprazole dr 30 mg capsule</i> (Prevacid)                                 | T1                    | HD                                |
| <i>lansoprazole odt 15 mg tablet</i> (Prevacid)                                 | T2                    | ST QL (30 tabs/fill) HD           |
| <i>lansoprazole odt 30 mg tablet</i> (Prevacid)                                 | T2                    | ST HD                             |
| <i>omeprazole dr 10 mg capsule</i>                                              | T1                    | QL (30 caps/fill) HD              |

T1 – Genéricos preferidos

T2 – Genéricos no preferidos

T3 – Marcas preferidas

T4 – Marcas no preferidas

T5 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

## Lista de medicamentos con receta

### GASTROINTESTINALES (Condiciones gastrointestinales/pirosis) (cont.)

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

#### INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES (cont.)

|                                                 |    |                          |
|-------------------------------------------------|----|--------------------------|
| <i>omeprazole dr 40 mg capsule</i>              | T1 | HD                       |
| <i>omeprazole/sodium bicarbonate (Zegerid)</i>  | T2 | PA HD                    |
| <i>omeprazole-bicarb 20-1,680 pkt (Zegerid)</i> | T2 | PA QL (30 packs/fill) HD |
| <i>omeprazole-bicarb 40-1,100 cap (Zegerid)</i> | T2 | PA HD                    |
| <i>omeprazole-bicarb 40-1,680 pkt (Zegerid)</i> | T2 | PA HD                    |
| <i>pantoprazole 40 mg suspension (Protonix)</i> | T2 | ST HD                    |
| <i>pantoprazole sod dr 40 mg tab (Protonix)</i> | T1 | HD                       |
| <i>rabeprazole sod dr 20 mg tab (Aciphex)</i>   | T2 | HD                       |

#### PREPARACIONES RECTALES

|                                              |    |    |
|----------------------------------------------|----|----|
| <i>hydrocortisone acetate (Anusol-Hc)</i>    | T2 |    |
| <i>hydrocortisone acetate (Proctocort)</i>   | T2 |    |
| PROCTOCORT ( <i>hydrocortisone acetate</i> ) | T4 | 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                                                            | T4 |    |
| ANALPRAM HC 1% CREAM                                               | T4 |    |
| ANALPRAM HC 2.5%-1% CREAM ( <i>hydrocortisone/pramoxine</i> )      | T4 | ST |
| ANALPRAM HC 2.5%-1% CRM SINGLE ( <i>hydrocortisone/pramoxine</i> ) | T4 | ST |
| <i>hydrocort-pramoxine 1%-1% crm</i>                               | T2 |    |
| <i>hydrocort-pramoxine 2.5%-1% cm (Analpram Hc)</i>                | T2 | ST |
| <i>hydrocort-pramoxine 2.5-1% crm (Analpram Hc)</i>                | T2 | ST |
| <i>lidocaine-hc 2-2% cream kit</i>                                 | T2 |    |
| <i>lidocaine-hc 3-1% cream kit</i>                                 | T2 |    |
| <i>lidocaine-hc 3-0.5% cream</i>                                   | T2 |    |
| <i>lidocaine-hc 3-0.5% cream kit</i>                               | T2 |    |
| <i>lidocaine-hc 2.8-0.55% gel</i>                                  | T2 |    |
| <i>lidocaine-hc 3-2.5% gel kit</i>                                 | T2 |    |
| PROCORT                                                            | T4 |    |

T1 – Genéricos preferidos

T2 – Genéricos no preferidos

T3 – Marcas preferidas

T4 – Marcas no preferidas

T5 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a 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 (Condiciones gastrointestinales/pirosis)       |                       |                                   |
|---------------------------------------------------------|-----------------------|-----------------------------------|
| Nombre del medicamento con receta                       | Nivel del medicamento | Requisitos y límites de cobertura |
| <b>PREP. RECTALES/DE COLON, GLUCOCORT. (NO HEMORR.)</b> |                       |                                   |
| CORTENEMA ( <i>hydrocortisone</i> )                     | T4                    |                                   |
| <i>hydrocortisone</i> (Cortenema)                       | T2                    |                                   |
| UCERIS ( <i>budesonide</i> )                            | T3                    |                                   |
| <b>HORMONAS (Agentes hormonales)</b>                    |                       |                                   |
| <b>HORMONAS ADRENOCORTICOTRÓPICAS</b>                   |                       |                                   |
| ACTHAR SELFJECT                                         | T5                    | PA SP HD                          |
| <b>AGENTES ANDROGÉNICOS</b>                             |                       |                                   |
| DEPO-TESTOSTERONE                                       | T4                    | PA                                |
| DEPO-TESTOSTERONE ( <i>testosterone cypionate</i> )     | T4                    | PA                                |
| JATENZO 158 MG, 198 MG CAPSULE                          | T4                    | PA QL (120 caps/30 days)          |
| METHITEST                                               | T3                    |                                   |
| <i>methyltestosterone</i>                               | T2                    |                                   |
| <i>oxandrolone</i>                                      | T2                    |                                   |
| <i>testosterone</i> 1% (25mg/2.5g) pk (Androgel)        | T2                    | PA QL (75 gms/fill)               |
| <i>testosterone</i> 1% (50 mg/5 g) pk (Androgel)        | T2                    | PA QL (300 gms/fill)              |
| <i>testosterone</i> 1.62% (2.5 g) pkt                   | T2                    | QL (60 packs/30 days)             |
| <i>testosterone</i> 1.62% gel pump (Androgel)           | T2                    | PA QL (150 gms/fill)              |
| <i>testosterone</i> 1.62%(1.25 g) pkt                   | T2                    | QL (30 packs/30 days)             |
| <i>testosterone</i> 10 mg gel pump                      | T2                    | QL (120 gms/30 days)              |
| TESTOSTERONE 12.5 MG/1.25 GRAM                          | T4                    | PA QL (300 gms/fill)              |
| <i>testosterone</i> 12.5 mg/1.25 gram                   | T2                    | PA QL (300 gms/fill)              |
| <i>testosterone</i> 30 mg/1.5 ml pump                   | T2                    | PA QL (180 mls/fill)              |
| <i>testosterone</i> 50 mg/5 gram gel (Testim)           | T2                    | PA QL (60 tubes/fill)             |
| <i>testosterone</i> 50 mg/5 gram gel (Vogelxo)          | T2                    | PA QL (60 tubes/fill)             |
| TESTOSTERONE 50 MG/5 GRAM PKT                           | T4                    | PA QL (300 gms/fill)              |
| <i>testosterone cypionate</i>                           | T2                    | PA                                |
| <i>testosterone cypionate</i> (Depo-Testosterone)       | T2                    | PA                                |
| <i>testosterone enanthate</i>                           | T2                    | PA                                |
| VOGELXO 12.5 MG/1.25 GRAM PUMP                          | T4                    | PA QL (300 gms/fill)              |
| VOGELXO 50 MG/5 GRAM GEL ( <i>testosterone</i> )        | T4                    | PA QL (60 tubes/fill)             |
| VOGELXO 50 MG/5 GRAM GEL PACKET                         | T4                    | PA QL (60 packs/fill)             |
| XYOSTED                                                 | T3                    | PA QL (2 mls/28 days)             |

T1 – Genéricos preferidos

T2 – Genéricos no preferidos

T3 – Marcas preferidas

T4 – Marcas no preferidas

T5 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

## Lista de medicamentos con receta

| HORMONAS (Agentes hormonales) (cont.)                     |                       |                                   |
|-----------------------------------------------------------|-----------------------|-----------------------------------|
| Nombre del medicamento con receta                         | Nivel del medicamento | Requisitos y límites de cobertura |
| <b>HORMONAS ANTIDIURÉTICAS Y VASOCONSTRICTORAS</b>        |                       |                                   |
| DDAVP ( <i>desmopressin (nonrefrigerated)</i> )           | T4                    |                                   |
| DDAVP 0.1 MG TABLET ( <i>desmopressin acetate</i> )       | T4                    | HD                                |
| DDAVP 0.2 MG TABLET ( <i>desmopressin acetate</i> )       | T4                    | HD                                |
| <i>desmopressin 0.01% solution</i>                        | T2                    | HD                                |
| DESMOPRESSIN 1.5 MG/ML SPRAY                              | T3                    | HD                                |
| <i>desmopressin 10 mcg/0.1 ml spr</i>                     | T2                    | HD                                |
| <i>desmopressin acetate 0.1 mg tb (Ddvp)</i>              | T2                    | HD                                |
| <i>desmopressin acetate 0.2 mg tb (Ddvp)</i>              | T2                    | HD                                |
| NOCTIVA                                                   | T4                    |                                   |
| <b>COMBINACIONES DE ESTRÓGENOS/ANDRÓGENOS</b>             |                       |                                   |
| <i>estrogen, ester/me-testosterone</i>                    | T2                    | HD                                |
| <i>estrogen, ester/me-testosterone</i>                    | T2                    | HD                                |
| <i>estrogen, ester/me-testosterone (Estratest H.S.)</i>   | T2                    | HD                                |
| ESTRATEST H.S. ( <i>estrogen, ester/me-testosterone</i> ) | T4                    | HD                                |
| <b>AGENTES ESTROGÉNICOS</b>                               |                       |                                   |
| ACTIVELLA ( <i>estradiol/norethindrone acet</i> )         | T4                    | HD                                |
| CLIMARA ( <i>estradiol</i> )                              | T4                    | QL (4 patches/28 days) HD         |
| COMBIPATCH                                                | T3                    |                                   |
| DELESTROGEN                                               | T4                    | HD                                |
| DELESTROGEN ( <i>estradiol valerate</i> )                 | T4                    | HD                                |
| DEPO-ESTRADIOL                                            | T3                    | HD                                |
| ESTRACE 0.5 MG TABLET ( <i>estradiol</i> )                | T4                    | HD                                |
| ESTRACE 1 MG TABLET ( <i>estradiol</i> )                  | T4                    | HD                                |
| ESTRACE 2 MG TABLET ( <i>estradiol</i> )                  | T4                    | HD                                |
| <i>estradiol (Climara)</i>                                | T2                    | QL (4 patches/28 days) HD         |
| <i>estradiol 0.1% (0.25mg) gel pk (Divigel)</i>           | T2                    | QL (30 packs/fill) HD             |
| <i>estradiol 0.1% (0.75mg) gel pk (Divigel)</i>           | T2                    | QL (30 packs/fill) HD             |
| <i>estradiol 0.1% (1 mg) gel pkt (Divigel)</i>            | T2                    | QL (30 packs/fill) HD             |
| <i>estradiol 0.1% (1.25mg) gel pk</i>                     | T2                    | QL (30 packs/fill) HD             |
| <i>estradiol 0.06% 1.25g gel pump (Estrogel)</i>          | T2                    | QL (50 gms/30 days) HD            |
| <i>estradiol 0.5 mg tablet (Estrace)</i>                  | T2                    | HD                                |
| <i>estradiol 1 mg tablet (Estrace)</i>                    | T2                    | HD                                |
| <i>estradiol 2 mg tablet (Estrace)</i>                    | T2                    | HD                                |
| <i>estradiol valerate (Delestrogen)</i>                   | T2                    | HD                                |

T1 – Genéricos preferidos

T2 – Genéricos no preferidos

T3 – Marcas preferidas

T4 – Marcas no preferidas

T5 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

## Lista de medicamentos con receta

| HORMONAS (Agentes hormonales) (cont.)                                                              |                       |                                   |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|-----------------------------------|
| Nombre del medicamento con receta                                                                  | Nivel del medicamento | Requisitos y límites de cobertura |
| <b>AGENTES ESTROGÉNICOS (cont.)</b>                                                                |                       |                                   |
| <i>estradiol/norethindrone acet</i>                                                                | T2                    | HD                                |
| <i>estradiol/norethindrone acet</i> (Activella)                                                    | T2                    | HD                                |
| EVAMIST                                                                                            | T4                    | QL (17 mls/30 days) HD            |
| MENOSTAR                                                                                           | T4                    | QL (4 patches/28 days) HD         |
| <i>norethind-eth estrad 0.5-2.5</i>                                                                | T2                    | HD                                |
| <i>norethindrone ac/eth estradiol</i>                                                              | T2                    | HD                                |
| <i>norethin-eth estrad 1 mg-5 mcg</i>                                                              | T2                    | HD                                |
| <b>COMB. DE ESTRÓGENOS-PROGESTINAS CON ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES PARA MINERALOCORTICOIDES</b> |                       |                                   |
| ANGELIQ                                                                                            | T4                    | HD                                |
| <b>COMB. DE ESTRÓGENOS Y MOD. SELECTIVOS DE RECEPTORES ESTROGÉN. (SERM)</b>                        |                       |                                   |
| DUAVEE                                                                                             | T3                    |                                   |
| <b>GLUCOCORTICOIDES</b>                                                                            |                       |                                   |
| <i>budesonide</i>                                                                                  | T2                    |                                   |
| <i>budesonide</i> (Uceris)                                                                         | T2                    |                                   |
| CORTEF ( <i>hydrocortisone</i> )                                                                   | T4                    |                                   |
| <i>cortisone acetate</i>                                                                           | T2                    |                                   |
| <i>deflazacort</i> (Emflaza)                                                                       | T2                    | PA SP                             |
| <i>dexamethasone</i>                                                                               | T2                    | PA                                |
| <i>dexamethasone</i>                                                                               | T2                    |                                   |
| <i>dexamethasone 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg, 1.5 mg tablet</i>                                          | T1                    |                                   |
| <i>dexamethasone 0.5 mg/5 ml elx, liq</i>                                                          | T1                    |                                   |
| <i>dexamethasone 10 day 1.5 mg tb</i>                                                              | T2                    | PA                                |
| <i>dexamethasone 13 day 1.5 mg tb</i>                                                              | T2                    | PA                                |
| <i>dexamethasone 2 mg, 4 mg, 6 mg tablet</i>                                                       | T1                    |                                   |
| <i>dexamethasone 6 day 1.5 mg tab</i>                                                              | T2                    | PA                                |
| DEXONTO                                                                                            | T4                    |                                   |
| <i>hydrocortisone</i> (Cortef)                                                                     | T2                    |                                   |
| MEDROL                                                                                             | T4                    |                                   |
| <i>MEDROL (methylprednisolone)</i>                                                                 | T4                    |                                   |
| <i>methylprednisolone</i>                                                                          | T2                    |                                   |
| <i>methylprednisolone</i> (Medrol)                                                                 | T2                    |                                   |
| ORAPRED ODT ( <i>prednisolone sodium phosphate</i> )                                               | T4                    |                                   |
| <i>prednisolone</i>                                                                                | T2                    |                                   |
| <i>prednisolone sodium phosphate</i>                                                               | T2                    |                                   |

T1 – Genéricos preferidos

T2 – Genéricos no preferidos

T3 – Marcas preferidas

T4 – Marcas no preferidas

T5 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

## Lista de medicamentos con receta

| HORMONAS (Agentes hormonales) (cont.)                                  |                       |                                   |
|------------------------------------------------------------------------|-----------------------|-----------------------------------|
| Nombre del medicamento con receta                                      | Nivel del medicamento | Requisitos y límites de cobertura |
| <b>GLUCOCORTICOIDES (cont.)</b>                                        |                       |                                   |
| <i>prednisolone sodium phosphate (Orapred Odt)</i>                     | T2                    |                                   |
| <i>prednisone</i>                                                      | T2                    |                                   |
| <i>prednisone</i>                                                      | T1                    |                                   |
| RAYOS                                                                  | T4                    | PA                                |
| TAPERDEX                                                               | T4                    | PA                                |
| TARPEYO                                                                | T5                    | PA QL (28 caps/30 days) SP        |
| UCERIS 9 MG ER TABLET ( <i>budesonide</i> )                            | T4                    |                                   |
| ZCORT                                                                  | T4                    | PA                                |
| <b>HORMONA LIBERADORA DE HORMONA DEL CRECIMIENTO (GHRH) Y ANÁLOGOS</b> |                       |                                   |
| EGRIFTA SV                                                             | T5                    | PA SP HD                          |
| EGRIFTA WR                                                             | T5                    | PA SP HD                          |
| <b>HORMONAS DEL CRECIMIENTO</b>                                        |                       |                                   |
| GENOTROPIN                                                             | T5                    | PA SP HD                          |
| OMNITROPE                                                              | 5                     | PA SP                             |
| SEROSTIM                                                               | T5                    | PA SP HD                          |
| ZORBTIVE                                                               | T5                    | PA SP HD                          |
| <b>HORMONAS DE FACTOR DE CRECIMIENTO INSULÍNICO TIPO I (IGF-I)</b>     |                       |                                   |
| INCRELEX                                                               | T5                    | PA SP                             |
| <b>ANÁLOGOS AGONISTAS DE LA LHRH (GNRH), SUPRESORES HIPOFISARIOS</b>   |                       |                                   |
| SYNAREL                                                                | T5                    | PA SP HD                          |
| <b>COMB. DE PROGESTINA Y ESTRÓGENOS ANTAGONISTAS DE LA LHRH (GNRH)</b> |                       |                                   |
| MYFEMBREE                                                              | T3                    | PA                                |
| ORIAHNN                                                                | T3                    | PA                                |
| <b>ANTAGONISTAS DE LA LHRH (GNRH), AGENTES SUPRESORES HIPOFISARIOS</b> |                       |                                   |
| <i>cetorelix acetate</i>                                               | T2                    | SP                                |
| CETROTIDE                                                              | T5                    | SP                                |
| GANIRELIX ACET 250 MCG/0.5 ML ( <i>ganirelix acetate</i> )             | T5                    | ST SP                             |
| <i>ganirelix acet 250 mcg/0.5 ml (Ganirelix Acetate)</i>               | T2                    | ST SP                             |
| <i>ganirelix acetate (Ganirelix Acetate)</i>                           | T2                    | SP                                |
| ORILISSA 150 MG TABLET                                                 | T3                    | PA QL (30 tabs/fill)              |
| ORILISSA 200 MG TABLET                                                 | T3                    | PA QL (60 tabs/fill)              |
| <b>MINERALOCORTICOIDES</b>                                             |                       |                                   |
| <i>fludrocortisone acetate</i>                                         | T1                    | HD                                |

T1 – Genéricos preferidos  
T2 – Genéricos no preferidos  
T3 – Marcas preferidas  
T4 – Marcas no preferidas

T5 – Medicamentos de especialidad de marca  
PA – Autorización previa  
QL – Límite a la cantidad

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

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

## Lista de medicamentos con receta

| HORMONAS (Agentes hormonales) (cont.)                      |                       |                                   |
|------------------------------------------------------------|-----------------------|-----------------------------------|
| Nombre del medicamento con receta                          | Nivel del medicamento | Requisitos y límites de cobertura |
| <b>OXITÓCICOS</b>                                          |                       |                                   |
| CERVIDIL                                                   | T4                    |                                   |
| <i>methylergonovine maleate</i>                            | T2                    | QL (240 tabs/30 days)             |
| PREPIDIL                                                   | T4                    |                                   |
| <b>HORMONAS PARATIROIDEAS</b>                              |                       |                                   |
| NATPARA                                                    | T5                    | PA SP HD                          |
| YORVIPATH                                                  | T5                    | PA SP                             |
| <b>AGENTES SUPRESORES HIPOFISARIOS</b>                     |                       |                                   |
| <i>cabergoline</i>                                         | T2                    | QL (8 tabs/28 days) HD            |
| CRENESSITY                                                 | T5                    | PA SP                             |
| <i>danazol</i>                                             | T2                    | HD                                |
| <b>AGENTES PROGESTACIONALES</b>                            |                       |                                   |
| <i>medroxyprogesterone 10 mg tab</i> (Provera)             | T2                    | HD                                |
| <i>medroxyprogesterone 2.5 mg tab</i> (Provera)            | T2                    | HD                                |
| <i>medroxyprogesterone 5 mg tab</i> (Provera)              | T2                    | HD                                |
| <i>norethindrone acetate</i>                               | T2                    | HD                                |
| <i>progesterone 100 mg capsule</i> (Prometrium)            | T2                    | HD                                |
| <i>progesterone 200 mg capsule</i> (Prometrium)            | T2                    | HD                                |
| PROMETRIUM ( <i>progesterone, micronized</i> )             | T4                    | HD                                |
| PROVERA ( <i>medroxyprogesterone acetate</i> )             | T4                    | HD                                |
| <b>AGENTES SOMATOSTÁTICOS</b>                              |                       |                                   |
| MYCAPSSA                                                   | T5                    | PA QL (56 caps/28 days) SP        |
| <b>PREPARACIONES DE ESTRÓGENOS VAGINALES</b>               |                       |                                   |
| <i>estradiol</i> (Vagifem)                                 | T2                    |                                   |
| <i>estradiol 0.01% cream</i> (Estrace)                     | T2                    | HD                                |
| <i>estradiol 10 mcg vaginal insrt</i> (Vagifem)            | T2                    | HD                                |
| PREMARIN VAGINAL CREAM-APPL                                | T3                    | HD                                |
| <b>HORMONAS (Infertilidad)</b>                             |                       |                                   |
| <b>PREPARACIONES PARA ESTIMULAR LA FERTILIDAD, SIN FSH</b> |                       |                                   |
| <i>clomiphene citrate</i>                                  | T2                    |                                   |
| <b>HORMONAS FOLICULOESTIMULANTES Y LUTEINIZANTES</b>       |                       |                                   |
| MENOPUR                                                    | T5                    | SP                                |
| <b>HORMONA FOLICULOESTIMULANTE (FSH)</b>                   |                       |                                   |
| FOLLISTIM AQ                                               | T5                    | ST SP                             |
| GONAL-F                                                    | T5                    | ST SP                             |

T1 – Genéricos preferidos

T2 – Genéricos no preferidos

T3 – Marcas preferidas

T4 – Marcas no preferidas

T5 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a 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) (cont.)                                        |                       |                                   |
| GONAL-F RFF REDI-JECT                                                            | T5                    | ST SP                             |
| GONADOTROPINA CORIÓNICA HUMANA (HCG)                                             |                       |                                   |
| CHORIONIC GONAD 10,000 UNIT VL                                                   | T5                    | ST QL (3 vials/30 days) SP        |
| CHORIONIC GONAD 6, 000 UNIT, 50,000 UNIT VL                                      | T5                    | ST SP                             |
| NOVAREL                                                                          | T5                    | ST QL (6 vls/30 days) SP          |
| OVIDREL                                                                          | T5                    | SP                                |
| PREGNYL                                                                          | T5                    | QL (3 vials/30 days) SP           |
| AGENTES PARA FACILITAR/MANTENER EL EMBARAZO, HORMONALES                          |                       |                                   |
| CRINONE                                                                          | T3                    |                                   |
| ENDOMETRIN                                                                       | T3                    |                                   |
| progesterone 100 mg vag insert                                                   | T2                    |                                   |
| HORMONAS (Varias)                                                                |                       |                                   |
| ANÁLOGOS DE LA HORMONA LEPTINA                                                   |                       |                                   |
| MYALEPT                                                                          | T5                    | PA SP HD                          |
| HORMONAS (Productos para la osteoporosis)                                        |                       |                                   |
| AGENTES QUE ESTIMULAN LA FORMACIÓN DE HUESO - PÉPTIDOS LIB. DE PTH               |                       |                                   |
| TYMLOS                                                                           | T5                    | PA QL (1 pen/fill) SP HD          |
| INHIBIDORES DE LA RESORCIÓN ÓSEA                                                 |                       |                                   |
| calcitonin,salmon,synthetic                                                      | T2                    | HD                                |
| calcitonin,salmon,synthetic (Miacalcin)                                          | T2                    | HD                                |
| MIACALCIN (calcitonin,salmon,synthetic)                                          | T4                    | HD                                |
| INMUNOSUPRESORES (Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)                    |                       |                                   |
| INHIBIDORES DE LA INTERLEUCINA HUMANA I2/23 (IL-I2/I3), ANTICUERPOS MONOCLONALES |                       |                                   |
| IMULDOSA 45 MG/0.5 ML SYRINGE                                                    | T5                    | PA QL (1 syringe/84 days) SP      |
| IMULDOSA 90 MG/ML SYRINGE                                                        | T5                    | PA QL (1 syringe/56 days) SP      |
| SELARSDI 45 MG/0.5 ML SYRINGE                                                    | T5                    | PA QL (1 syringe/84 days) SP      |
| SELARSDI 90 MG/ML SYRINGE                                                        | T5                    | PA QL (1 syringe/56 days) SP      |
| STELARA                                                                          | T5                    | PA QL SP HD                       |
| USTEKINUMAB-TTWE 45MG/0.5ML SY                                                   | T5                    | PA SP HD                          |
| USTEKINUMAB-TTWE 90 MG/ML SYR                                                    | T5                    | PA SP HD                          |
| YESINTEK 45 MG/0.5 ML SYRINGE                                                    | T5                    | PA SP HD                          |
| YESINTEK 45 MG/0.5 ML VIAL                                                       | T5                    | PA SP HD                          |
| YESINTEK 90 MG/ML SYRINGE                                                        | T5                    | PA SP HD                          |

T1 – Genéricos preferidos

T2 – Genéricos no preferidos

T3 – Marcas preferidas

T4 – Marcas no preferidas

T5 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

## Lista de medicamentos con receta

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

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

#### ANTAGONISTAS DE RECEPTORES DE LA IL-23, ANTICUERPOS MONOCLONALES

|                                |    |                                   |
|--------------------------------|----|-----------------------------------|
| OMVOH 100 MG/ML PEN            | T5 | PA QL (2 mls/28 days) SP HD       |
| OMVOH 100 MG/ML SYRINGE        | T5 | PA QL (2 mls/28 days) SP HD       |
| OMVOH 200 MG DOSE - 2 PENS     | T5 | PA QL (2 mls/28 days) SP HD       |
| OMVOH 200 MG DOSE - 2 SYRINGES | T5 | PA QL (2 mls/28 days) SP HD       |
| OMVOH 300 MG DOSE - 2 PENS     | T5 | PA QL (3 mls/28 days) SP HD       |
| OMVOH 300 MG DOSE - 2 SYRINGES | T5 | PA QL (3 mls/28 days) SP HD       |
| SKYRIZI ON-BODY                | T5 | PA QL (1 cartridge/56 days) SP HD |
| TREMFYA 100 MG/ML PEN          | T5 | PA SP HD                          |
| TREMFYA 200 MG/2 ML PEN        | T5 | PA SP HD                          |
| TREMFYA ONE-PRESS              | T5 | PA SP HD                          |
| TREMFYA PEN INDUCTION (2 PEN)  | T5 | PA QL (1200 mgs/365 days) SP HD   |
| TREMFYA 100 MG/ML SYRINGE      | T5 | PA QL (1 syringe/56 days) SP HD   |
| TREMFYA 200 MG/2 ML SYRINGE    | T5 | 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 | T5 | PA QL (2 syringes/28 days) SP HD |
| DUPIXENT 200 MG/1.14 ML PEN    | T5 | PA QL (400 mgs/28 days) SP HD    |
| DUPIXENT 200 MG/1.14 ML SYRING | T5 | PA QL (400 mgs/28 days) SP HD    |
| DUPIXENT 300 MG/2 ML PEN       | T5 | PA QL (600 mgs/28 days) SP HD    |
| DUPIXENT 300 MG/2 ML SYRINGE   | T5 | 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            | T5 | PA SP HD                      |
| TYENNE              | T5 | PA QL (3.6 mls/28 days) SP    |
| TYENNE AUTOINJECTOR | T5 | PA QL (2 pens/28 days) SP     |

### INMUNOSUPRESORES (Condiciones cutáneas)

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

|          |    |                              |
|----------|----|------------------------------|
| NEMLUVIO | T5 | PA QL (2 pens/28 days) SP HD |
|----------|----|------------------------------|

#### AGENTES INMUNOSUPRESORES TÓPICOS

|                                  |    |                         |
|----------------------------------|----|-------------------------|
| HYFTOR                           | T5 | PA SP                   |
| <i>pimecrolimus (Elidel)</i>     | T2 | ST QL (120 gms/30 days) |
| <i>tacrolimus 0.03% ointment</i> | T2 | ST QL (120 gms/30 days) |
| <i>tacrolimus 0.1% ointment</i>  | T2 | ST QL (120 gms/30 days) |

T1 – Genéricos preferidos

T2 – Genéricos no preferidos

T3 – Marcas preferidas

T4 – Marcas no preferidas

T5 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

## Lista de medicamentos con receta

| INMUNOSUPRESORES (Medicamentos para trasplante) |                       |                                   |
|-------------------------------------------------|-----------------------|-----------------------------------|
| Nombre del medicamento con receta               | Nivel del medicamento | Requisitos y límites de cobertura |
| <b>INMUNOSUPRESORES</b>                         |                       |                                   |
| ASTAGRAF XL                                     | T5                    | PA SP HD                          |
| AZASAN (azathioprine)                           | T5                    | SP HD                             |
| azathioprine (Azasan)                           | T2                    | SP HD                             |
| azathioprine (Imuran)                           | T2                    | SP HD                             |
| CELLCEPT (mycophenolate mofetil)                | T5                    | SP HD                             |
| cyclosporine 100 mg capsule (Sandimmune)        | T2                    | SP HD                             |
| cyclosporine 25 mg capsule (Sandimmune)         | T2                    | SP HD                             |
| cyclosporine, modified                          | T2                    | SP HD                             |
| cyclosporine, modified (Neoral)                 | T2                    | SP HD                             |
| everolimus 0.25 mg tablet (Zortress)            | T2                    | SP HD                             |
| everolimus 0.5 mg tablet (Zortress)             | T2                    | SP HD                             |
| everolimus 0.75 mg tablet (Zortress)            | T2                    | SP HD                             |
| everolimus 1 mg tablet (Zortress)               | T2                    | SP HD                             |
| IMURAN (azathioprine)                           | T5                    | SP HD                             |
| LUPKYNIS                                        | T5                    | PA QL (180 caps/30 days) SP       |
| mycophenolate mofetil (Cellcept)                | T2                    | SP HD                             |
| mycophenolate sodium (Myfortic)                 | T2                    | SP HD                             |
| MYFORTIC (mycophenolate sodium)                 | T5                    | SP HD                             |
| MYHIBBIN                                        | T5                    | SP                                |
| NEORAL (cyclosporine, modified)                 | T5                    | SP HD                             |
| PROGRAF 0.2 MG GRANULE PACKET                   | T5                    | SP HD                             |
| PROGRAF 0.5 MG CAPSULE (tacrolimus)             | T5                    | SP HD                             |
| PROGRAF 1 MG CAPSULE (tacrolimus)               | T5                    | SP HD                             |
| PROGRAF 1 MG GRANULE PACKET                     | T5                    | SP HD                             |
| PROGRAF 5 MG CAPSULE (tacrolimus)               | T5                    | SP HD                             |
| RAPAMUNE (sirolimus)                            | T5                    | SP HD                             |
| SANDIMMUNE 100 MG CAPSULE (cyclosporine)        | T5                    | SP HD                             |
| SANDIMMUNE 100 MG/ML SOLN                       | T5                    | SP HD                             |
| SANDIMMUNE 25 MG CAPSULE (cyclosporine)         | T5                    | SP HD                             |
| sirolimus                                       | T2                    | SP HD                             |
| sirolimus (Rapamune)                            | T2                    | SP HD                             |
| tacrolimus 0.5 mg capsule (ir) (Prograf)        | T2                    | SP HD                             |
| tacrolimus 1 mg capsule (ir) (Prograf)          | T2                    | SP HD                             |
| tacrolimus 5 mg capsule (ir) (Prograf)          | T2                    | SP HD                             |
| ZORTRESS (everolimus)                           | T5                    | SP HD                             |

T1 – Genéricos preferidos

T2 – Genéricos no preferidos

T3 – Marcas preferidas

T4 – Marcas no preferidas

T5 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

## Lista de medicamentos con receta

| DISPOSITIVOS Y SUMINISTROS MÉDICOS VARIOS, NO FARMACOLÓGICOS (Diabetes) |                       |                                   |
|-------------------------------------------------------------------------|-----------------------|-----------------------------------|
| Nombre del medicamento con receta                                       | Nivel del medicamento | Requisitos y límites de cobertura |
| <b>SUMINISTROS PARA DIABÉTICOS</b>                                      |                       |                                   |
| 2TEK                                                                    | T4                    |                                   |
| ACCU-CHEK                                                               | T4                    |                                   |
| ACCU-CHEK COMPACT PLUS CONTROL                                          | T4                    |                                   |
| ACCU-CHEK FASTCLIX LANCING DEV                                          | T3                    |                                   |
| ACCU-CHEK GUIDE CONTROL SOLN                                            | T4                    |                                   |
| ACCU-CHEK SMARTVIEW CONTRL SOL                                          | T4                    |                                   |
| ACCU-CHEK SOFTCLIX                                                      | T3                    |                                   |
| ACCUTREND GLUCOSE CONTROL                                               | T4                    |                                   |
| ADJUSTABLE LANCING DEVICE                                               | T3                    |                                   |
| ADVANCED LANCING DEVICE                                                 | T3                    |                                   |
| ADVOCATE CONTROL SOLUTION                                               | T4                    |                                   |
| ADVOCATE LANCING DEVICE                                                 | T3                    |                                   |
| ADVOCATE RAPID-SAFE LANCING DV                                          | T3                    |                                   |
| ADVOCATE REDI-CODE+ CTRL SOLN                                           | T4                    |                                   |
| AGAMATRIX CONTROL                                                       | T4                    |                                   |
| AGAMATRIX CONTROL SOLUTION                                              | T4                    |                                   |
| ALKALINE BATTERIES                                                      | T4                    |                                   |
| ALTERNATE SITE LANCING DEVICE                                           | T3                    |                                   |
| AQUA LANCE LANCING DEVICE                                               | T3                    |                                   |
| ASSURE 4 CONTROL SOLUTION                                               | T4                    |                                   |
| ASSURE DOSE                                                             | T4                    |                                   |
| ASSURE PRISM                                                            | T4                    |                                   |
| AT HOME A1C                                                             | T4                    |                                   |
| AUTOJECT 2                                                              | T3                    |                                   |
| AUTO-LANCET MINI                                                        | T3                    |                                   |
| AUTOLET IMPRESSION                                                      | T3                    |                                   |
| AUTOLET LANCING DEVICE                                                  | T3                    |                                   |
| AUTOLET LITE                                                            | T3                    |                                   |
| AUTOLET PLUS                                                            | T3                    |                                   |
| AUTOPEN                                                                 | T3                    |                                   |
| AUTOSOFT 30                                                             | T3                    |                                   |
| AUTOSOFT 90                                                             | T3                    |                                   |
| AUTOSOFT 30 INFUSION SET PACK                                           | T4                    |                                   |
| AUTOSOFT XC INFUSION SET PACK                                           | T4                    |                                   |

T1 – Genéricos preferidos

T2 – Genéricos no preferidos

T3 – Marcas preferidas

T4 – Marcas no preferidas

T5 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T1 – Genéricos preferidos

T2 – Genéricos no preferidos

T3 – Marcas preferidas

T4 – Marcas no preferidas

T5 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a 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 |
| <b>SUMINISTROS PARA DIABÉTICOS (cont.)</b>                                      |                       |                                   |
| EASY TOUCH BLULINK CTRL SOLN                                                    | T4                    |                                   |
| EASY TOUCH CONTROL SOLUTION                                                     | T4                    |                                   |
| EASY TOUCH LANCING DEVICE                                                       | T3                    |                                   |
| EASY TRAK CONTROL SOLN HIGH                                                     | T4                    |                                   |
| EASY TRAK CONTROL SOLN LOW                                                      | T4                    |                                   |
| EASY TRAK II CONTROL SOLUTION                                                   | T4                    |                                   |
| EASYGLUCO PLUS CONTROL NORMAL                                                   | T4                    |                                   |
| EASYMAX 15 LEVEL 2 SOLUTION                                                     | T4                    |                                   |
| EASYMAX NORMAL CONTROL SOLN                                                     | T4                    |                                   |
| ELEMENT COMPACT CONTROL SOLN                                                    | T4                    |                                   |
| ELEMENT CONTROL SOLUTION                                                        | T4                    |                                   |
| EMBRACE EVO LEVEL 1 CTRL SOLN                                                   | T4                    |                                   |
| EMBRACE GLUC CONTROL SOLN HIGH                                                  | T4                    |                                   |
| EMBRACE GLUCOSE CONTROL SOLN                                                    | T4                    |                                   |
| EMBRACE LANCING DEVICE                                                          | T3                    |                                   |
| EMBRACE PRO                                                                     | T4                    |                                   |
| EMBRACE TALK CONTROL SOLUTION                                                   | T4                    |                                   |
| ENLITE SERTER                                                                   | T4                    |                                   |
| EVENCARE G2 CONTROL SOLUTION                                                    | T4                    |                                   |
| EVENCARE G3 CONTROL SOLUTION                                                    | T4                    |                                   |
| EVOLUTION CONTROL SOLUTION                                                      | T4                    |                                   |
| FORA CONTROL SOLUTION                                                           | T4                    |                                   |
| FORA GTEL MULTIFUNCTN MONITOR                                                   | T4                    |                                   |
| FORA KETONE CONTROL SOLUTION                                                    | T4                    |                                   |
| FORA LANCING DEVICE                                                             | T3                    |                                   |
| FORA TN'G ADVANCE PRO MONITOR                                                   | T4                    |                                   |
| FORA TN'GO ADV MOBILE MULT MTR                                                  | T4                    |                                   |
| FORA TN'GO ADVANCE MULTIFN MTR                                                  | T4                    |                                   |
| FORACARE GDH                                                                    | T4                    |                                   |
| FORTISCARE                                                                      | T4                    |                                   |
| FREESTYLE CONTROL SOLUTION                                                      | T3                    |                                   |
| FREESTYLE LIBRE 2 PLUS SENSOR                                                   | T3                    | PA QL (2 units/30 days)           |
| FREESTYLE LIBRE 2 READER                                                        | T3                    | PA QL (1 unit/365 days)           |
| FREESTYLE LIBRE 2 SENSOR                                                        | T3                    | PA QL (2 sensors/28 days)         |

T1 – Genéricos preferidos

T2 – Genéricos no preferidos

T3 – Marcas preferidas

T4 – Marcas no preferidas

T5 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T1 – Genéricos preferidos

T2 – Genéricos no preferidos

T3 – Marcas preferidas

T4 – Marcas no preferidas

T5 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T1 – Genéricos preferidos

T2 – Genéricos no preferidos

T3 – Marcas preferidas

T4 – Marcas no preferidas

T5 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T1 – Genéricos preferidos

T2 – Genéricos no preferidos

T3 – Marcas preferidas

T4 – Marcas no preferidas

T5 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a 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 |
| <b>SUMINISTROS PARA DIABÉTICOS (cont.)</b>                                      |                       |                                   |
| RIGHTEST CONTROL SOLUTION                                                       | T4                    |                                   |
| RIGHTEST GD500                                                                  | T3                    |                                   |
| SAFE-CLIP                                                                       | T3                    |                                   |
| SEN-SERTER                                                                      | T4                    |                                   |
| SIL-SERTER                                                                      | T3                    |                                   |
| SMARTDIABETES VANTAGE                                                           | T3                    |                                   |
| SMARTEST                                                                        | T4                    |                                   |
| SOF-SERTER                                                                      | T3                    |                                   |
| SOF-SET                                                                         | T3                    |                                   |
| SOF-SET MICRO                                                                   | T3                    |                                   |
| SOLUS V2 CONTROL SOLUTION                                                       | T4                    |                                   |
| SOLUS V2 LANCING DEVICE                                                         | T3                    |                                   |
| SURE COMFORT LANCING PEN                                                        | T3                    |                                   |
| SUREFLEX                                                                        | T3                    |                                   |
| SURE-PEN                                                                        | T3                    |                                   |
| SURE-TEST EASYPLUS MINI SOLN                                                    | T4                    |                                   |
| T:FLEX                                                                          | T3                    |                                   |
| T:SLIM X2                                                                       | T3                    |                                   |
| TANDEM MOBI AUTOSOFT 30                                                         | T3                    | PA SP HD                          |
| TANDEM MOBI AUTOSOFT XC                                                         | T3                    | PA SP HD                          |
| TANDEM MOBI AUTOSOFT 30 SUPPLY                                                  | T3                    |                                   |
| TANDEM MOBI AUTOSOFT XC SUPPLY                                                  | T3                    |                                   |
| TANDEM MOBI CARTRIDGE                                                           | T3                    |                                   |
| TANDEM MOBI TRUSTEEL SUPPLY                                                     | T3                    |                                   |
| TANDEM T:SLIM ASFT 30                                                           | T3                    |                                   |
| TANDEM T:SLIM ASFT XC                                                           | T3                    |                                   |
| TANDEM T:SLIM TRUSTL                                                            | T3                    |                                   |
| TELCARE CONTROL SOLUTION                                                        | T4                    |                                   |
| TRUE METRIX                                                                     | T3                    |                                   |
| TRUECONTROL                                                                     | T3                    |                                   |
| TRUEDRAW                                                                        | T3                    |                                   |
| TRUSTEEL INFUSION SET                                                           | T3                    |                                   |
| TRUSTEEL INFUSION SET PACK                                                      | T4                    |                                   |
| TWIIST REFILL KT(CSST-NDL-SYR)                                                  | T3                    |                                   |

T1 – Genéricos preferidos

T2 – Genéricos no preferidos

T3 – Marcas preferidas

T4 – Marcas no preferidas

T5 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T1 – Genéricos preferidos

T2 – Genéricos no preferidos

T3 – Marcas preferidas

T4 – Marcas no preferidas

T5 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a 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 |
| <b>EQUIPOS MÉDICOS DURADEROS, VARIOS (GRUPO I) (cont.)</b>                      |                       |                                   |
| BD MICROTAINER LANCETS                                                          | T3                    |                                   |
| BLOOD LANCETS                                                                   | T3                    |                                   |
| BULLSEYE MINI SAFETY LANCETS                                                    | T3                    |                                   |
| BUTTERFLY TOUCH LANCET                                                          | T3                    |                                   |
| CAREONE                                                                         | T3                    |                                   |
| CARESENS LANCET                                                                 | T3                    |                                   |
| CARETOUCH SAFETY LANCETS                                                        | T3                    |                                   |
| CARETOUCH TWIST LANCET                                                          | T3                    |                                   |
| CHOSEN LANCET                                                                   | T3                    |                                   |
| CHOSEN SAFETY LANCET                                                            | T3                    |                                   |
| CLEVER CHEK LANCETS                                                             | T3                    |                                   |
| COAGUCHEK                                                                       | T3                    |                                   |
| COLOR LANCETS                                                                   | T3                    |                                   |
| COMFORT EZ                                                                      | T3                    |                                   |
| COMFORT LANCETS                                                                 | T3                    |                                   |
| COMFORT TOUCH PLUS SAFETY LANC                                                  | T3                    |                                   |
| COMFORT TOUCH ULT THIN LANCET                                                   | T3                    |                                   |
| DROPLET LANCETS                                                                 | T3                    |                                   |
| DROPSAFE ACTI-LANCE                                                             | T3                    |                                   |
| EASY COMFORT LANCETS                                                            | T3                    |                                   |
| EASY TOUCH PULL-TOP 26G LANCET                                                  | T3                    |                                   |
| EASY TOUCH PULL-TOP 28G LANCET                                                  | T3                    |                                   |
| EASY TOUCH PULL-TOP 30G LANCET                                                  | T3                    |                                   |
| EASY TOUCH PULL-TOP 32G LANCET                                                  | T3                    |                                   |
| EASY TOUCH SAFETY 21G LANCETS                                                   | T3                    |                                   |
| EASY TOUCH SAFETY 23G LANCETS                                                   | T3                    |                                   |
| EASY TOUCH SAFETY 26G LANCETS                                                   | T3                    |                                   |
| EASY TOUCH SAFETY 28G LANCETS                                                   | T3                    |                                   |
| EASY TOUCH SAFETY 30G LANCETS                                                   | T3                    |                                   |
| EASY TOUCH SAFETY 32G LANCETS                                                   | T3                    |                                   |
| EASY TOUCH TWIST 26G LANCETS                                                    | T3                    |                                   |
| EASY TOUCH TWIST 28G LANCETS                                                    | T3                    |                                   |
| EASY TOUCH TWIST 30G LANCETS                                                    | T3                    |                                   |
| EASY TOUCH TWIST 32G LANCETS                                                    | T3                    |                                   |

T1 – Genéricos preferidos

T2 – Genéricos no preferidos

T3 – Marcas preferidas

T4 – Marcas no preferidas

T5 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a 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 |
| <b>EQUIPOS MÉDICOS DURADEROS, VARIOS (GRUPO I) (cont.)</b>                      |                       |                                   |
| EASY TOUCH TWIST 33G LANCETS                                                    | T3                    |                                   |
| EASY TWIST & CAP LANCETS                                                        | T3                    |                                   |
| EMBRACE 30G LANCETS                                                             | T3                    |                                   |
| EMBRACE SAFETY LANCET                                                           | T3                    |                                   |
| EZ SMART LANCETS                                                                | T3                    |                                   |
| EZ-LETS                                                                         | T3                    |                                   |
| FIFTY50 SAFETY SEAL LANCETS                                                     | T3                    |                                   |
| FINGERSTIX                                                                      | T3                    |                                   |
| FORA LANCETS                                                                    | T3                    |                                   |
| FORACARE LANCETS                                                                | T3                    |                                   |
| FREESTYLE LANCETS                                                               | T3                    |                                   |
| FREESTYLE UNISTIK 2                                                             | T3                    |                                   |
| GLUCOCOM                                                                        | T3                    |                                   |
| GLUCOCOM LANCETS                                                                | T3                    |                                   |
| GOJJI LANCETS                                                                   | T3                    |                                   |
| HEALTHY ACCENTS UNILET LANCET                                                   | T3                    |                                   |
| INCONTROL SUPER THIN LANCETS                                                    | T3                    |                                   |
| INCONTROL ULTRA THIN LANCETS                                                    | T3                    |                                   |
| INJECT EASE LANCETS                                                             | T3                    |                                   |
| INVACARE LANCETS                                                                | T3                    |                                   |
| <i>lancets</i>                                                                  | T2                    |                                   |
| LANCETS                                                                         | T3                    |                                   |
| LITE TOUCH 28G LANCETS                                                          | T3                    |                                   |
| LITE TOUCH 30G LANCETS                                                          | T3                    |                                   |
| LITE TOUCH 33G LANCETS                                                          | T3                    |                                   |
| MEDISENSE THIN LANCETS                                                          | T3                    |                                   |
| <i>medlance plus 21g lancets</i>                                                | T2                    |                                   |
| MEDLANCE PLUS 21G LANCETS                                                       | T3                    |                                   |
| <i>medlance plus 30g lancets</i>                                                | T2                    |                                   |
| MEDLANCE PLUS 30G LANCETS                                                       | T3                    |                                   |
| MEDLANCE PLUS EXTRA 21G LANCET                                                  | T3                    |                                   |
| <i>medlance plus lite 25g lancets</i>                                           | T2                    |                                   |
| MEDLANCE PLUS LITE 25G LANCETS                                                  | T3                    |                                   |
| MICRO THIN LANCET                                                               | T3                    |                                   |

T1 – Genéricos preferidos

T2 – Genéricos no preferidos

T3 – Marcas preferidas

T4 – Marcas no preferidas

T5 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a 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 |
| <b>EQUIPOS MÉDICOS DURADEROS, VARIOS (GRUPO I) (cont.)</b>                      |                       |                                   |
| MICRO THIN LANCETS                                                              | T3                    |                                   |
| MICROLET                                                                        | T3                    |                                   |
| MOBILE LANCETS                                                                  | T3                    |                                   |
| MONOLET LANCETS                                                                 | T3                    |                                   |
| MONOLET THIN LANCETS                                                            | T3                    |                                   |
| MYGLUCOHEALTH LANCETS                                                           | T3                    |                                   |
| NOVA SAFETY LANCETS                                                             | T3                    |                                   |
| NOVA SUREFLEX                                                                   | T3                    |                                   |
| ON CALL LANCET                                                                  | T3                    |                                   |
| ON CALL PLUS LANCET                                                             | T3                    |                                   |
| ONETOUCH DELICA PLUS LANCET                                                     | T3                    |                                   |
| ONETOUCH DELICA SAFETY LANCET                                                   | T3                    |                                   |
| ONETOUCH LANCETS                                                                | T3                    |                                   |
| ONETOUCH SURESOFT                                                               | T3                    |                                   |
| ONETOUCH ULTRASOFT 2 LANCET                                                     | T3                    |                                   |
| ON-THE-GO                                                                       | T3                    |                                   |
| PERFECT POINT SAFETY LANCETS                                                    | T3                    |                                   |
| PIP LANCET                                                                      | T3                    |                                   |
| PRESSURE ACTIVATED LANCETS                                                      | T3                    |                                   |
| PRO COMFORT LANCET                                                              | T3                    |                                   |
| PRO COMFORT LANCETS                                                             | T3                    |                                   |
| PRO COMFORT SAFETY LANCET                                                       | T3                    |                                   |
| PRODIGY LANCETS                                                                 | T3                    |                                   |
| PRODIGY TWIST TOP LANCET                                                        | T3                    |                                   |
| PURE COMFORT LANCETS                                                            | T3                    |                                   |
| PURE COMFORT SAFETY LANCETS                                                     | T3                    |                                   |
| PUSH BUTTON SAFETY LANCETS                                                      | T3                    |                                   |
| READYLANCE SAFETY LANCETS                                                       | T3                    |                                   |
| RELIAMED                                                                        | T3                    |                                   |
| RELIAMED SAFETY SEAL LANCETS                                                    | T3                    |                                   |
| RIGHTEST GL300 LANCETS                                                          | T3                    |                                   |
| SAFETY LANCETS                                                                  | T3                    |                                   |
| SAFETY SEAL LANCETS                                                             | T3                    |                                   |
| SAFETY-LET                                                                      | T3                    |                                   |

T1 – Genéricos preferidos  
T2 – Genéricos no preferidos  
T3 – Marcas preferidas  
T4 – Marcas no preferidas

T5 – Medicamentos de especialidad de marca  
PA – Autorización previa  
QL – Límite a la cantidad

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

HD – Puede requerir entrega a 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 |
| <b>EQUIPOS MÉDICOS DURADEROS, VARIOS (GRUPO I) (cont.)</b>                      |                       |                                   |
| SINGLE-LET                                                                      | T3                    |                                   |
| SMART SENSE                                                                     | T3                    |                                   |
| SMART SENSE LANCETS                                                             | T3                    |                                   |
| SMARTTEST LANCET                                                                | T3                    |                                   |
| SOLUS V2                                                                        | T3                    |                                   |
| SOLUS V2 LANCETS                                                                | T3                    |                                   |
| STERILANCE TL                                                                   | T3                    |                                   |
| STERILE LANCETS                                                                 | T3                    |                                   |
| SUPER THIN LANCETS                                                              | T3                    |                                   |
| SURE COMFORT LANCETS                                                            | T3                    |                                   |
| SURE-LANCE                                                                      | T3                    |                                   |
| SURE-TOUCH                                                                      | T3                    |                                   |
| TECHLITE LANCETS                                                                | T3                    |                                   |
| TELCARE ULTRA THIN 30G LANCETS                                                  | T3                    |                                   |
| THIN LANCETS                                                                    | T3                    |                                   |
| TOPCARE UNIVERSAL1 LANCET                                                       | T3                    |                                   |
| TOPCARE UNIVERSAL1 THIN LANCET                                                  | T3                    |                                   |
| TRUE COMFORT LANCET                                                             | T3                    |                                   |
| TRUE COMFORT SAFETY LANCET                                                      | T3                    |                                   |
| TRUEPLUS LANCET                                                                 | T3                    |                                   |
| TRUEPLUS LANCETS                                                                | T3                    |                                   |
| TWIST LANCETS                                                                   | T3                    |                                   |
| TWIST TOP LANCET                                                                | T3                    |                                   |
| ULTILET BASIC                                                                   | T3                    |                                   |
| ULTILET CLASSIC                                                                 | T3                    |                                   |
| ULTILET LANCETS                                                                 | T3                    |                                   |
| ULTILET SAFETY                                                                  | T3                    |                                   |
| ULTRA THIN LANCET                                                               | T3                    |                                   |
| ULTRA THIN LANCETS                                                              | T3                    |                                   |
| ULTRA THIN PLUS LANCETS                                                         | T3                    |                                   |
| ULTRA-CARE LANCETS                                                              | T3                    |                                   |
| ULTRALANCE                                                                      | T3                    |                                   |
| ULTRA-THIN II 28G LANCETS                                                       | T3                    |                                   |
| ULTRA-THIN II 30G LANCETS                                                       | T3                    |                                   |

T1 – Genéricos preferidos  
T2 – Genéricos no preferidos  
T3 – Marcas preferidas  
T4 – Marcas no preferidas

T5 – Medicamentos de especialidad de marca  
PA – Autorización previa  
QL – Límite a la cantidad

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

HD – Puede requerir entrega a 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 |
|------------------------------------------------------------|-----------------------|-----------------------------------|
| <b>EQUIPOS MÉDICOS DURADEROS, VARIOS (GRUPO I) (cont.)</b> |                       |                                   |
| ULTRATLC LANCETS                                           | T3                    |                                   |
| UNILET COMFORTOUCH                                         | T3                    |                                   |
| UNILET EXCELITE                                            | T3                    |                                   |
| UNILET EXCELITE II                                         | T3                    |                                   |
| UNILET GP LANCET                                           | T3                    |                                   |
| UNILET LANCET                                              | T3                    |                                   |
| UNILET LANCETS                                             | T3                    |                                   |
| UNISTIK 2 COMFORT                                          | T3                    |                                   |
| UNISTIK 2 EXTRA                                            | T3                    |                                   |
| UNISTIK 2 NORMAL                                           | T3                    |                                   |
| UNISTIK 3                                                  | T3                    |                                   |
| UNISTIK 3 COMFORT                                          | T3                    |                                   |
| UNISTIK 3 DUAL                                             | T3                    |                                   |
| UNISTIK 3 EXTRA                                            | T3                    |                                   |
| UNISTIK 3 NORMAL                                           | T3                    |                                   |
| UNISTIK COMFORT                                            | T3                    |                                   |
| UNISTIK CZT                                                | T3                    |                                   |
| UNISTIK EXTRA                                              | T3                    |                                   |
| UNISTIK NORMAL                                             | T3                    |                                   |
| UNISTIK PRO                                                | T3                    |                                   |
| UNISTIK SAFETY                                             | T3                    |                                   |
| UNISTIK TOUCH                                              | T3                    |                                   |
| UNIVERSAL 1                                                | T3                    |                                   |
| VERIFINE SAFETY LANCET MINI                                | T3                    |                                   |
| VERIFINE UNIVERSAL LANCET                                  | T3                    |                                   |
| VIVAGUARD LANCET                                           | T3                    |                                   |
| VIVAGUARD SAFETY LANCET                                    | T3                    |                                   |
| <b>AGUJAS/DISPOSITIVOS SIN AGUJA</b>                       |                       |                                   |
| AUTOSHIELD DUO PEN NEEDLE                                  | T3                    |                                   |
| BD ECLIPSE NEEDLE 18G 40MM                                 | T4                    |                                   |
| BD ECLIPSE NEEDLE 21GX1"                                   | T3                    |                                   |
| BD ECLIPSE NEEDLE 22GX1"                                   | T3                    |                                   |
| BD ECLIPSE NEEDLE 23GX1"                                   | T4                    |                                   |
| BD ECLIPSE NEEDLE 25G 16MM                                 | T4                    |                                   |

T1 – Genéricos preferidos

T2 – Genéricos no preferidos

T3 – Marcas preferidas

T4 – Marcas no preferidas

T5 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a 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 |
| <b>AGUJAS/DISPOSITIVOS SIN AGUJA (cont.)</b>                                    |                       |                                   |
| BD ECLIPSE NEEDLE 25G 25MM                                                      | T4                    |                                   |
| BD ECLIPSE NEEDLE 25GX1"                                                        | T3                    |                                   |
| BD ECLIPSE NEEDLE 25GX1.5"                                                      | T3                    |                                   |
| BD ECLIPSE NEEDLES 21GX1.5"                                                     | T3                    |                                   |
| BD SAFETYGLIDE NEEDLE                                                           | T3                    |                                   |
| BD SAFETYGLIDE NEEDLE 18GX1.5"                                                  | T3                    |                                   |
| BD SAFETYGLIDE NEEDLE 21GX1"                                                    | T3                    |                                   |
| BD SAFETYGLIDE NEEDLE 21GX1.5"                                                  | T3                    |                                   |
| BD SAFETYGLIDE NEEDLE 22GX1.5"                                                  | T3                    |                                   |
| BD SAFETYGLIDE NEEDLE 23G 40MM                                                  | T4                    |                                   |
| BD SAFETYGLIDE NEEDLE 25GX1"                                                    | T3                    |                                   |
| BD SAFETYGLIDE NEEDLE 27GX5/8"                                                  | T3                    |                                   |
| BLUNT NEEDLE                                                                    | T3                    |                                   |
| CAREPOINT PRECISION NEEDLE                                                      | T4                    |                                   |
| CARETOUCH HYPODERMIC NEEDLE                                                     | T4                    |                                   |
| CHEMO TRANSFER PIN                                                              | T3                    |                                   |
| DROPSAFE SICURA SAFETY NEEDLE                                                   | T4                    |                                   |
| EASY TOUCH FLIPLOCK NEEDLE                                                      | T4                    |                                   |
| EASY TOUCH FLIPLOCK NEEDLES                                                     | T4                    |                                   |
| EASY TOUCH HYPODERMIC NEEDLE                                                    | T4                    |                                   |
| EASYPPOINT NEEDLE                                                               | T4                    |                                   |
| EXEL HUBER NEEDLE                                                               | T3                    |                                   |
| EXEL HYPODERMIC NEEDLE                                                          | T3                    |                                   |
| EXEL MTI DRAWING NEEDLE                                                         | T3                    |                                   |
| FILTER ASPIRATOR NEEDLE                                                         | T3                    |                                   |
| FILTER NEEDLE                                                                   | T3                    |                                   |
| FLOW-EZE                                                                        | T3                    |                                   |
| HURRICANE LUER-LOCK                                                             | T3                    |                                   |
| HYPODERMIC NEEDLE                                                               | T3                    |                                   |
| INTEGRA NEEDLE                                                                  | T3                    |                                   |
| INTEGRA PRECISIONGLIDE NEEDLE                                                   | T4                    |                                   |
| LIFESHIELD BLUNT CANNULA                                                        | T3                    |                                   |
| MINI TRANSFER PIN                                                               | T3                    |                                   |
| MONOJECT BLOOD COLLECTION                                                       | T3                    |                                   |

T1 – Genéricos preferidos

T2 – Genéricos no preferidos

T3 – Marcas preferidas

T4 – Marcas no preferidas

T5 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a 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 |
| <b>AGUJAS/DISPOSITIVOS SIN AGUJA (cont.)</b>                                    |                       |                                   |
| MONOJECT FILTER NEEDLE                                                          | T4                    |                                   |
| NANO 2ND GEN PEN NEEDLE                                                         | T3                    |                                   |
| NANO PEN NEEDLE                                                                 | T3                    |                                   |
| NEEDLES                                                                         | T3                    |                                   |
| <i>needles,safety huber,disposabl</i>                                           | T2                    |                                   |
| NOKOR ADMIX NEEDLE                                                              | T3                    |                                   |
| NOKOR NEEDLE                                                                    | T3                    |                                   |
| PEN NEEDLE 30G X 8MM                                                            | T4                    |                                   |
| PERFECT POINT SAFETY NEEDLE                                                     | T4                    |                                   |
| PHASEAL PROTECTOR                                                               | T4                    |                                   |
| POLY HUB NEEDLE                                                                 | T3                    |                                   |
| PRECISIONGLIDE                                                                  | T3                    |                                   |
| PRECISIONGLIDE NEEDLE                                                           | T3                    |                                   |
| QUINCE SPINAL NEEDLE                                                            | T3                    |                                   |
| RAYA SURE PEN NEEDLE 29G 12MM                                                   | T4                    |                                   |
| RAYA SURE PEN NEEDLE 31G 5MM                                                    | T4                    |                                   |
| RAYA SURE PEN NEEDLE 31G 6MM                                                    | T4                    |                                   |
| REGULAR BEVEL NEEDLES                                                           | T3                    |                                   |
| SHORT BEVEL NEEDLES                                                             | T3                    |                                   |
| SPECIALTY USE NEEDLES                                                           | T3                    |                                   |
| TERUMO SURGUARD2                                                                | T3                    |                                   |
| THIN WALL NEEDLES                                                               | T3                    |                                   |
| TRANSFER NEEDLE                                                                 | T3                    |                                   |
| TRANSFER PIN                                                                    | T3                    |                                   |
| ULTRA-FINE MICRO PEN NEEDLE                                                     | T3                    |                                   |
| ULTRA-FINE MINI PEN NEEDLE                                                      | T3                    |                                   |
| ULTRA-FINE NANO PEN NEEDLE                                                      | T3                    |                                   |
| ULTRA-FINE PEN NEEDLE                                                           | T3                    |                                   |
| ULTRA-FINE ORIGINAL PEN NEEDLE                                                  | T3                    |                                   |
| ULTRA-FINE SHORT PEN NEEDLE                                                     | T3                    |                                   |
| YALE NEEDLES                                                                    | T3                    |                                   |
| <b>JERINGAS Y ACCESORIOS</b>                                                    |                       |                                   |
| ALLERGIST TRAY                                                                  | T4                    |                                   |
| ALLERGIST TRAY SYR-DETACH NDL                                                   | T3                    |                                   |

T1 – Genéricos preferidos

T2 – Genéricos no preferidos

T3 – Marcas preferidas

T4 – Marcas no preferidas

T5 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a 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 |
| <b>JERINGAS Y ACCESORIOS (cont.)</b>                                            |                       |                                   |
| ALLERGIST TRAY SYR-PERM NEEDLE                                                  | T3                    |                                   |
| ALLERGY SYRINGE 1 ML 27GX1/2"                                                   | T4                    |                                   |
| ALLERGY SYRINGE 1 ML 27GX3/8"                                                   | T4                    |                                   |
| BD ALLERGY SYRINGE-NEEDLE 1 ML                                                  | T3                    |                                   |
| BD ECLIPSE LUER-LOK SYR 1 ML                                                    | T3                    |                                   |
| BD ECLIPSE LUER-LOK SYR 3 ML                                                    | T3                    |                                   |
| BD ECLIPSE SYR 3 ML 22GX1-1/2"                                                  | T4                    |                                   |
| BD INS SYR 0.3 ML 8MMX31G(1/2)                                                  | T3                    |                                   |
| BD INS SYR UF 0.3ML 12.7MMX30G                                                  | T3                    |                                   |
| BD INS SYR UF 0.5ML 12.7MMX30G                                                  | T3                    |                                   |
| BD INS SYRN UF 1 ML 12.7MMX30G                                                  | T3                    |                                   |
| BD INS SYRNG 0.3 ML 29GX12.7MM                                                  | T3                    |                                   |
| BD INS SYRNG 0.5 ML 29GX12.7MM                                                  | T3                    |                                   |
| BD INS SYRNG UF 0.3 ML 8MMX31G                                                  | T3                    |                                   |
| BD INS SYRNG UF 0.5 ML 8MMX31G                                                  | T3                    |                                   |
| BD INSULIN SYR 0.5 ML 28GX1/2"                                                  | T3                    |                                   |
| BD INSULIN SYR 1 ML 27GX12.7MM                                                  | T3                    |                                   |
| BD INSULIN SYR 1 ML 27GX5/8"                                                    | T3                    |                                   |
| BD INSULIN SYR 1 ML 28GX1/2"                                                    | T3                    |                                   |
| BD INSULIN SYR 1 ML 29GX1/2"                                                    | T3                    |                                   |
| BD INSULIN SYR 1 ML 29GX12.7MM                                                  | T3                    |                                   |
| BD INSULIN SYR UF 1 ML 8MMX31G                                                  | T3                    |                                   |
| BD SAFETYGLIDE 3 ML SYRINGE                                                     | T3                    |                                   |
| BD SAFETYGLIDE SYR 22GX1.5"                                                     | T3                    |                                   |
| BD SAFETYGLIDE SYR 3 ML 25GX1"                                                  | T4                    |                                   |
| BD SAFETYGLIDE SYRINGE 27GX5/8                                                  | T3                    |                                   |
| BD SAFETYGLIDE TB 1 ML SYR                                                      | T3                    |                                   |
| BD SAFETYGLIDE TB 1ML 27G 10MM                                                  | T4                    |                                   |
| BD SAFETYGLIDE TUBERCULIN SYR                                                   | T3                    |                                   |
| BD SYRINGE-SAFETY GLIDE                                                         | T3                    |                                   |
| BD UF INS SYR 1 ML 30GX1/2"                                                     | T3                    |                                   |
| BULK SYRINGE                                                                    | T3                    |                                   |
| CANNULA                                                                         | T3                    |                                   |
| CAREPOINT LUER LOCK SYRINGE                                                     | T4                    |                                   |

T1 – Genéricos preferidos

T2 – Genéricos no preferidos

T3 – Marcas preferidas

T4 – Marcas no preferidas

T5 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a 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 |
| <b>JERINGAS Y ACCESORIOS (cont.)</b>                                            |                       |                                   |
| CAREPOINT LUER LOCK SYRING-NDL                                                  | T3                    |                                   |
| CAREPOINT LUER SLIP SYRINGE                                                     | T4                    |                                   |
| CAREPOINT LUER SLIP SYRING-NDL                                                  | T4                    |                                   |
| CARETOUCH LUER LOCK                                                             | T3                    |                                   |
| CARETOUCH LUER LOCK SYRINGE                                                     | T4                    |                                   |
| CARETOUCH LUER SLIP SYRINGE                                                     | T4                    |                                   |
| CAREPOINT PRECISION LUER LOCK                                                   | T4                    |                                   |
| CAREPOINT PRECISION SAFETY                                                      | T3                    |                                   |
| CAREPOINT SAFETY LUER LOCK SYR                                                  | T3                    |                                   |
| CORNWALL SYRINGE TIP CONNECTOR                                                  | T3                    |                                   |
| DAVOL IRRIGATION SYRINGE                                                        | T3                    |                                   |
| DOVER BULB SYRINGE                                                              | T4                    |                                   |
| EASY GLIDE CATHETER TIP SYRING                                                  | T4                    |                                   |
| EASY GLIDE LUER LOCK SYRINGE                                                    | T4                    |                                   |
| EASY GLIDE LUER SLIP TB SYRING                                                  | T4                    |                                   |
| EASY TOUCH FLIPLK 10ML 20GX1.5                                                  | T4                    |                                   |
| EASY TOUCH FLIPLK 10ML 21GX1.5                                                  | T4                    |                                   |
| EASY TOUCH FLIPLK 10ML 22GX1.5                                                  | T4                    |                                   |
| EASY TOUCH FLIPLK 5 ML 20GX1.5                                                  | T4                    |                                   |
| EASY TOUCH FLIPLK 5 ML 21GX1.5                                                  | T4                    |                                   |
| EASY TOUCH FLIPLK 5 ML 22GX1.5                                                  | T4                    |                                   |
| EASY TOUCH FLIPLOCK                                                             | T4                    |                                   |
| EASY TOUCH FLIPLOCK 1 ML 25GX1                                                  | T3                    |                                   |
| EASY TOUCH FLIPLOCK 10ML 21GX1                                                  | T4                    |                                   |
| EASY TOUCH FLIPLOCK 3 ML 18GX1                                                  | T4                    |                                   |
| EASY TOUCH FLIPLOCK 3 ML 20GX1                                                  | T4                    |                                   |
| EASY TOUCH FLIPLOCK 3 ML 21GX1                                                  | T4                    |                                   |
| EASY TOUCH FLIPLOCK 5 ML 18GX1                                                  | T4                    |                                   |
| EASY TOUCH FLIPLOCK 5 ML 21GX1                                                  | T4                    |                                   |
| EASY TOUCH FLIPLOCK SYRINGE                                                     | T4                    |                                   |
| EASY TOUCH FLIPLOK 10 ML 20GX1                                                  | T4                    |                                   |
| EASY TOUCH FLIPLOK 10 ML 25GX1                                                  | T4                    |                                   |
| EASY TOUCH FLIPLOK 1ML 26GX3/8                                                  | T3                    |                                   |
| EASY TOUCH FLIPLOK 1ML 27GX0.5                                                  | T3                    |                                   |

T1 – Genéricos preferidos

T2 – Genéricos no preferidos

T3 – Marcas preferidas

T4 – Marcas no preferidas

T5 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a 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 |
| <b>JERINGAS Y ACCESORIOS (cont.)</b>                                            |                       |                                   |
| EASY TOUCH FLIPLOK 3ML 18GX1.5                                                  | T4                    |                                   |
| EASY TOUCH FLIPLOK 3ML 20GX1.5                                                  | T4                    |                                   |
| EASY TOUCH FLIPLOK 3ML 21GX1.5                                                  | T4                    |                                   |
| EASY TOUCH FLURINGE                                                             | T3                    |                                   |
| EASY TOUCH FLURINGE FLIPLOCK                                                    | T3                    |                                   |
| EASY TOUCH FLURINGE FLU TRAY                                                    | T4                    |                                   |
| EASY TOUCH FLURINGE SHEATHLOCK                                                  | T3                    |                                   |
| EASY TOUCH LUER LOCK INSULIN                                                    | T4                    |                                   |
| EASY TOUCH LUER LOCK SYRINGE                                                    | T4                    |                                   |
| EASY TOUCH SHEATHLOCK SYRG-NDL                                                  | T4                    |                                   |
| EASY TOUCH SHEATHLOCK SYRINGE                                                   | T4                    |                                   |
| EASY TOUCH SYR 1 ML 25GX5/8"                                                    | T3                    |                                   |
| EASY TOUCH SYR 3 ML 22GX1-1/2"                                                  | T3                    |                                   |
| EASY TOUCH SYR 3 ML 25GX5/8"                                                    | T3                    |                                   |
| EASY TOUCH SYR ALLERGY TRAY                                                     | T4                    |                                   |
| EASY TOUCH SYRINGE 1 ML 25GX1"                                                  | T3                    |                                   |
| EASY TOUCH SYRINGE 3 ML 20GX1"                                                  | T3                    |                                   |
| EASY TOUCH SYRINGE 3 ML 21GX1"                                                  | T3                    |                                   |
| EASY TOUCH SYRINGE 3 ML 22GX1"                                                  | T3                    |                                   |
| EASY TOUCH SYRINGE 3 ML 23GX1"                                                  | T3                    |                                   |
| EASY TOUCH SYRINGE 3 ML 25GX1"                                                  | T3                    |                                   |
| EASY TOUCH TUBERCULIN FLIPLOCK                                                  | T3                    |                                   |
| EASY TOUCH TUBERCULIN SHEATHLK                                                  | T3                    |                                   |
| EASY TOUCH UNI-SLIP                                                             | T4                    |                                   |
| ECLIPSE SYRINGE                                                                 | T3                    |                                   |
| ECLIPSE SYRINGE-NEEDLE                                                          | T3                    |                                   |
| ENFIT CAP                                                                       | T4                    |                                   |
| ENFIT MULTIFIL SYRINGE                                                          | T4                    |                                   |
| ENFIT POP ON CAP                                                                | T4                    |                                   |
| ENFIT SCREW-ON CAP                                                              | T4                    |                                   |
| ENFIT SYRINGE                                                                   | T4                    |                                   |
| ENFIT SYRINGE STERILE                                                           | T4                    |                                   |
| ENFIT THUMB CONTROL RING SYRIN                                                  | T4                    |                                   |
| EXEL SYRINGE                                                                    | T3                    |                                   |

T1 – Genéricos preferidos

T2 – Genéricos no preferidos

T3 – Marcas preferidas

T4 – Marcas no preferidas

T5 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a 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 |
| <b>JERINGAS Y ACCESORIOS (cont.)</b>                                            |                       |                                   |
| EXEL TB WITH NEEDLE                                                             | T3                    |                                   |
| EXEL TUBERCULIN SYRINGE                                                         | T3                    |                                   |
| EXTENDED RESERVOIR                                                              | T4                    |                                   |
| FILTER, MILLEX-OR SYRINGE                                                       | T4                    |                                   |
| FINGER GRIP EXTENDER                                                            | T4                    |                                   |
| INJECT-EASE                                                                     | T3                    |                                   |
| INSULIN SYR 0.5 ML 28G 12.7MM                                                   | T3                    |                                   |
| INSULIN SYR 0.5 ML 28G 12.7MM                                                   | T4                    |                                   |
| INSULIN SYRINGE 1 ML 27G 16MM                                                   | T3                    |                                   |
| INSULIN SYRINGE 1ML 28G 12.7MM                                                  | T3                    |                                   |
| INTEGRA SYRINGE                                                                 | T3                    |                                   |
| INTERLINK SYRINGE                                                               | T3                    |                                   |
| INTERLINK SYRINGE W-CANNULA                                                     | T4                    |                                   |
| KENDALL DISINFECTANT CAP                                                        | T4                    |                                   |
| LEVER LOCK CANNULA                                                              | T4                    |                                   |
| LIFESHIELD BLUNT CANNULA                                                        | T3                    |                                   |
| LUER LOCK SYRINGE                                                               | T3                    |                                   |
| LUER LOCK SYRINGE-NEEDLE                                                        | T4                    | PA SP HD                          |
| LUER-LOK SYRINGE                                                                | T3                    |                                   |
| LUER-LOK SYRINGE-NEEDLE                                                         | T3                    |                                   |
| LUER-LOK TIP SYRINGE                                                            | T3                    |                                   |
| LUER SLIP TIP SYRINGE TRAY                                                      | T4                    |                                   |
| LUER TIP CAP TRAY                                                               | T4                    |                                   |
| LUERSLIP SYRINGE                                                                | T3                    |                                   |
| MAD NASAL ATOMIZER-SYRG-ADAPTR                                                  | T4                    |                                   |
| MAGELLAN SAFETY SYRINGE                                                         | T3                    |                                   |
| MAGELLAN TB SAFETY SYRINGE                                                      | T3                    |                                   |
| MAGELLAN TUBERCULIN SYRINGE                                                     | T3                    |                                   |
| MINIMED RESERVOIR 1.8 ML                                                        | T4                    |                                   |
| MINIMED RESERVOIR 3 ML                                                          | T3                    |                                   |
| MONOJECT 3 ML SYRINGE 25GX1"                                                    | T3                    |                                   |
| MONOJECT 6CC SAFETY SYRINGE                                                     | T3                    |                                   |
| MONOJECT ALLERGY TRAY-NEEDLE                                                    | T3                    |                                   |
| MONOJECT CONTROL SYRINGE                                                        | T3                    |                                   |

T1 – Genéricos preferidos

T2 – Genéricos no preferidos

T3 – Marcas preferidas

T4 – Marcas no preferidas

T5 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a 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 |
| <b>JERINGAS Y ACCESORIOS (cont.)</b>                                            |                       |                                   |
| MONOJECT ENFIT SYRINGE                                                          | T4                    |                                   |
| MONOJECT ENFIT SYRINGE CAP                                                      | T4                    |                                   |
| MONOJECT LUER LOCK TB SYRINGE                                                   | T3                    |                                   |
| MONOJECT MAGELLAN                                                               | T3                    |                                   |
| MONOJECT PHARMACY TRAY                                                          | T3                    |                                   |
| MONOJECT SAFETY SYR TIP CAP                                                     | T4                    |                                   |
| MONOJECT SAFETY SYRINGE                                                         | T3                    |                                   |
| MONOJECT SMARTIP CANNULA                                                        | T4                    |                                   |
| MONOJECT SYRINGE                                                                | T3                    |                                   |
| MONOJECT SYRINGE 140 ML                                                         | T4                    |                                   |
| MONOJECT SYRINGE 35 ML                                                          | T3                    |                                   |
| MONOJECT SYRINGE PHARMACY TRAY                                                  | T3                    |                                   |
| MONOJECT TB                                                                     | T3                    |                                   |
| MONOJECT TB SYRINGE                                                             | T3                    |                                   |
| MONOJECT TUBERCULIN SAFETY SYRINGE                                              | T3                    |                                   |
| MONOJECT TUBERCULIN SYRINGE                                                     | T3                    |                                   |
| NORM-JECT SYRINGE                                                               | T4                    |                                   |
| NORM-JECT TUBERKULIN SYRINGE                                                    | T4                    |                                   |
| PARADIGM                                                                        | T3                    |                                   |
| PISTON ENFIT SYRINGE                                                            | T4                    |                                   |
| PRECISIONGLIDE                                                                  | T3                    |                                   |
| PRODIGY COUNT-A-DOSE                                                            | T3                    |                                   |
| SAFESNAP ALLERGY SYRINGE                                                        | T4                    |                                   |
| SAFESNAP SYRINGE 10 ML                                                          | T3                    |                                   |
| SAFESNAP SYRINGE 10 ML                                                          | T4                    |                                   |
| SAFESNAP SYRINGE 3 ML                                                           | T3                    |                                   |
| SAFESNAP SYRINGE 5 ML                                                           | T3                    |                                   |
| SAFESNAP SYRINGE 5 ML                                                           | T4                    |                                   |
| SAFESNAP TUBERCULIN SYRINGE                                                     | T4                    |                                   |
| SAFETY SYRINGE WITH SHIELD                                                      | T3                    |                                   |
| SAFETY SYRINGE-NEEDLE                                                           | T4                    |                                   |
| SAFETYGLIDE ALLERGY                                                             | T3                    |                                   |
| SAFETYGLIDE ALLERGY SYRINGE                                                     | T4                    |                                   |
| SAFETYGLIDE INSULIN SYRINGE                                                     | T3                    |                                   |

T1 – Genéricos preferidos

T2 – Genéricos no preferidos

T3 – Marcas preferidas

T4 – Marcas no preferidas

T5 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a 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 |
| <b>JERINGAS Y ACCESORIOS (cont.)</b>                                            |                       |                                   |
| SLIP-TIP SYRINGE                                                                | T4                    |                                   |
| SUPOR                                                                           | T4                    |                                   |
| SYRINGE                                                                         | T3                    |                                   |
| SYRINGE BULK                                                                    | T3                    |                                   |
| SYRINGE CATHETER TIP                                                            | T3                    |                                   |
| SYRINGE CATHETER TIP NON-STER                                                   | T3                    |                                   |
| SYRINGE FILTER, MILLEX-GP                                                       | T4                    |                                   |
| SYRINGE FILTER, MILLEX-GS                                                       | T4                    |                                   |
| SYRINGE LUER LOCK                                                               | T3                    | PA SP HD                          |
| SYRINGE LUER-LOK                                                                | T3                    |                                   |
| SYRINGE LUER-LOK NON-STERILE                                                    | T3                    |                                   |
| SYRINGE LUER-LOK STERILE                                                        | T3                    |                                   |
| SYRINGE SLIP TIP                                                                | T3                    |                                   |
| SYRINGE SLIP TIP NON-STERILE                                                    | T3                    |                                   |
| SYRINGE TIP CAP                                                                 | T3                    |                                   |
| SYRINGE WITH NEEDLE DISP                                                        | T3                    |                                   |
| SYRINGE WITHOUT NEEDLE                                                          | T3                    |                                   |
| SYRINGE-LUER TIP CAP                                                            | T3                    |                                   |
| SYRINGE WITH NEEDLE                                                             | T3                    |                                   |
| SYRINGE-PRECISIONGLIDE NEEDLE                                                   | T3                    |                                   |
| TB SYRINGE                                                                      | T3                    |                                   |
| TERUMO ALLERGY SYRINGE                                                          | T3                    |                                   |
| TERUMO HYPODERMIC NEEDLE-SYRIN                                                  | T3                    |                                   |
| TERUMO SURGUARD2                                                                | T3                    |                                   |
| TERUMO SYRINGE                                                                  | T3                    |                                   |
| TOOMEY SYRINGE                                                                  | T3                    |                                   |
| TUBERCULIN SLIP-TIP SYRINGE                                                     | T4                    |                                   |
| TUBERCULIN SYRINGE                                                              | T3                    |                                   |
| TUBERCULIN SYRINGE-NEEDLE                                                       | T3                    |                                   |
| TWINPAK DUAL CANNULA                                                            | T3                    |                                   |
| ULTICARE LDS SYR 1 ML 22G 1.5"                                                  | T4                    |                                   |
| ULTICARE LDS SYR 3 ML 22GX1.5"                                                  | T3                    |                                   |
| ULTICARE SAFETY SYRINGE                                                         | T4                    |                                   |
| ULTICARE SYRINGE                                                                | T4                    |                                   |

T1 – Genéricos preferidos

T2 – Genéricos no preferidos

T3 – Marcas preferidas

T4 – Marcas no preferidas

T5 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a 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 |
|--------------------------------------|-----------------------|-----------------------------------|
| <b>JERINGAS Y ACCESORIOS (cont.)</b> |                       |                                   |
| ULTICARE TB SAFETY 1 ML 25GX1"       | T3                    |                                   |
| ULTICARE TB SAFETY 1ML 25GX5/8       | T3                    |                                   |
| ULTICARE TB SAFETY SYRINGE           | T3                    |                                   |
| ULTIGUARD SAFE 1ML 30G 12.7MM        | T4                    |                                   |
| ULTIGUARD SAFE PACK 1ML 31G 8MM      | T4                    |                                   |
| ULTRA-FINE INSULIN SYRINGE           | T3                    |                                   |
| UNIVERSAL SYRINGE TIP ADAPTOR        | T4                    |                                   |
| VANISHPOINT 1 ML TB SYR 25X5/8       | T3                    |                                   |
| VANISHPOINT 1 ML TB SYR 27X1/2       | T3                    |                                   |
| VANISHPOINT 20GX1" 3 ML SYRING       | T3                    |                                   |
| VANISHPOINT 21GX1" 5 ML SYRING       | T3                    |                                   |
| VANISHPOINT 21GX1.5" 3 ML SYR        | T3                    |                                   |
| VANISHPOINT 22GX1" 3 ML SYR          | T3                    |                                   |
| VANISHPOINT 22GX1-1/2" 5 ML SY       | T3                    |                                   |
| VANISHPOINT 23GX1" 3 ML SYRING       | T3                    |                                   |
| VANISHPOINT 23GX1-1/2 3 ML SYR       | T3                    |                                   |
| VANISHPOINT 25GX1" 3 ML SYRING       | T3                    |                                   |
| VANISHPOINT 25GX5/8" 3 ML SYR        | T3                    |                                   |
| VANISHPOINT 3 ML 21GX1" SYRING       | T3                    |                                   |
| VANISHPOINT 3 ML 22GX1.5" SYRG       | T3                    |                                   |
| VANISHPOINT SYRINGE                  | T4                    |                                   |
| VANISHPOINT SYRINGE 1 ML 25X1"       | T3                    |                                   |
| VEO INSULIN SYRINGE                  | T3                    |                                   |

### DISPOSITIVOS Y SUMINISTROS MÉDICOS VARIOS, NO FARMACOLÓGICOS (Varios)

#### VENDAJES Y SUMINISTROS RELACIONADOS

|                               |    |  |
|-------------------------------|----|--|
| ARGLAES FILM                  | T4 |  |
| CONFORMANT 2                  | T4 |  |
| DERMAVIEW                     | T3 |  |
| DERMAVIEW II                  | T3 |  |
| IV 3000                       | T3 |  |
| IV3000 FRAME DELIVERY         | T4 |  |
| KENDALL                       | T3 |  |
| NEXCARE TEGADERM 2.375"X2.75" | T4 |  |

T1 – Genéricos preferidos

T2 – Genéricos no preferidos

T3 – Marcas preferidas

T4 – Marcas no preferidas

T5 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a 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 |
| <b>VENDAJES Y SUMINISTROS RELACIONADOS (cont.)</b>                            |                       |                                   |
| NEXCARE TEGADERM DRESSING                                                     | T3                    |                                   |
| OPSITE                                                                        | T4                    |                                   |
| OPSITE IV 3000                                                                | T3                    |                                   |
| POLYSKIN II                                                                   | T3                    |                                   |
| SURESITE MATRIX                                                               | T3                    |                                   |
| SURESITE WINDOW                                                               | T3                    |                                   |
| TEGADERM 1.75X1.75" DRSSNG                                                    | T4                    |                                   |
| TEGADERM 2"X2.75" DRESSING                                                    | T3                    |                                   |
| TEGADERM 2.375"X2.75" DRESSING                                                | T3                    |                                   |
| TEGADERM 2.375"X4" DRESSING                                                   | T3                    |                                   |
| TEGADERM 2.375X2.75" DRSSNG                                                   | T3                    |                                   |
| TEGADERM 3.5" X 4" DRESSING                                                   | T3                    |                                   |
| TEGADERM 3.5"X 10" DRESSING                                                   | T4                    |                                   |
| TEGADERM 3.5"X 6" DRESSING                                                    | T4                    |                                   |
| TEGADERM 3.5"X13.75" DRESS                                                    | T4                    |                                   |
| TEGADERM 3.5"X4.125" DRESS                                                    | T3                    |                                   |
| TEGADERM 3.5"X8" DRESSING                                                     | T4                    |                                   |
| TEGADERM 4" X 10" DRESSING                                                    | T3                    |                                   |
| TEGADERM 4" X 4-3/4" DRESSING                                                 | T3                    |                                   |
| TEGADERM 4"X4.75" DRESSING                                                    | T3                    |                                   |
| TEGADERM 6" X 8" DRESSING                                                     | T3                    |                                   |
| TEGADERM 8" X 12" DRESSING                                                    | T3                    |                                   |
| TEGADERM ABSORBENT                                                            | T4                    |                                   |
| TEGADERM HP 4" X 4.5 " DRSSN                                                  | T3                    |                                   |
| TEGADERM HP 4.5"X4.75" DRSS                                                   | T3                    |                                   |
| TEGADERM HP DRESSING                                                          | T3                    |                                   |
| TEGADERM HP DRESSING                                                          | T4                    |                                   |
| TEGADERM I.V.                                                                 | T4                    |                                   |
| TEGADERM I.V. 2.5"X2.75" DRSSN                                                | T4                    |                                   |
| TEGADERM I.V. 4"X4.75" DRSSN                                                  | T3                    |                                   |
| TRANSPARENT DRESSING                                                          | T4                    |                                   |
| TRANSPARENT FILM DRESSING                                                     | T4                    |                                   |
| TRANSPARENT I.V. SITE DRESSING                                                | T3                    |                                   |
| TRANSPARENT MEPITEL FILM DRESS                                                | T4                    |                                   |

T1 – Genéricos preferidos

T2 – Genéricos no preferidos

T3 – Marcas preferidas

T4 – Marcas no preferidas

T5 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a 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 |
| <b>VENDAJES Y SUMINISTROS RELACIONADOS (cont.)</b>                            |                       |                                   |
| TRANSPARENT THIN FILM DRESSING                                                | T3                    |                                   |
| WINDOW BANDAGES                                                               | T4                    |                                   |
| <b>EQUIPOS MÉDICOS DURADEROS, VARIOS (GRUPO I)</b>                            |                       |                                   |
| 1ST TIER UNILET COMFORTOUCH                                                   | T3                    |                                   |
| 2-IN-1 LANCET DEVICE                                                          | T3                    |                                   |
| ACCU-CHEK FASTCLIX LANCET DRUM                                                | T3                    |                                   |
| ACCU-CHEK SAFE-T-PRO                                                          | T3                    |                                   |
| ACCU-CHEK SAFE-T-PRO PLUS                                                     | T3                    |                                   |
| ACCU-CHEK SOFTCLIX                                                            | T3                    |                                   |
| <i>acti-lance lite 28g lancets</i>                                            | T2                    |                                   |
| <i>acti-lance special 17g lancets</i>                                         | T2                    |                                   |
| ACTI-LANCE UNIVERS 23G LANCETS                                                | T3                    |                                   |
| <i>acti-lance univers 23g lancets</i>                                         | T2                    |                                   |
| ADVANCED TRAVEL LANCETS                                                       | T3                    |                                   |
| ADVOCATE LANCET                                                               | T3                    |                                   |
| ADVOCATE LANCETS                                                              | T3                    |                                   |
| ADVOCATE SAFETY LANCET                                                        | T3                    |                                   |
| AGAMATRIX ULTRA-THIN LANCET                                                   | T3                    | PA SP HD                          |
| ALTERNATE SITE LANCETS                                                        | T3                    |                                   |
| ASSURE HAEMOLANCE PLUS                                                        | T3                    |                                   |
| ASSURE LANCE                                                                  | T3                    |                                   |
| ASSURE LANCE PLUS                                                             | T3                    |                                   |
| BD MICROTAINER LANCETS                                                        | T3                    |                                   |
| BLOOD LANCETS                                                                 | T3                    |                                   |
| BULLSEYE MINI SAFETY LANCETS                                                  | T3                    |                                   |
| BUTTERFLY TOUCH LANCET                                                        | T3                    |                                   |
| CAREONE                                                                       | T3                    |                                   |
| CARESENS LANCET                                                               | T3                    |                                   |
| CARETOUCH SAFETY LANCETS                                                      | T3                    |                                   |
| CARETOUCH TWIST LANCET                                                        | T3                    |                                   |
| CLEVER CHEK LANCETS                                                           | T3                    |                                   |
| CHOSEN LANCET                                                                 | T3                    |                                   |
| CHOSEN SAFETY LANCET                                                          | T3                    |                                   |
| COAGUCHEK                                                                     | T3                    |                                   |

T1 – Genéricos preferidos

T2 – Genéricos no preferidos

T3 – Marcas preferidas

T4 – Marcas no preferidas

T5 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a 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 |
| <b>EQUIPOS MÉDICOS DURADEROS, VARIOS (GRUPO I) (cont.)</b>                    |                       |                                   |
| COLOR LANCETS                                                                 | T3                    |                                   |
| COMFORT EZ                                                                    | T3                    |                                   |
| COMFORT LANCETS                                                               | T3                    |                                   |
| DROPLET LANCETS                                                               | T3                    |                                   |
| DROPSAFE ACTI-LANCE                                                           | T3                    |                                   |
| EASY COMFORT LANCETS                                                          | T3                    |                                   |
| EASY TOUCH BUTTON 30G LANCETS                                                 | T3                    |                                   |
| EASY TOUCH PULL-TOP 26G LANCET                                                | T3                    |                                   |
| EASY TOUCH PULL-TOP 28G LANCET                                                | T3                    |                                   |
| EASY TOUCH PULL-TOP 30G LANCET                                                | T3                    |                                   |
| EASY TOUCH PULL-TOP 32G LANCET                                                | T3                    |                                   |
| EASY TOUCH SAFETY 21G LANCETS                                                 | T3                    |                                   |
| EASY TOUCH SAFETY 23G LANCETS                                                 | T3                    |                                   |
| EASY TOUCH SAFETY 26G LANCETS                                                 | T3                    |                                   |
| EASY TOUCH SAFETY 28G LANCETS                                                 | T3                    |                                   |
| EASY TOUCH SAFETY 30G LANCETS                                                 | T3                    |                                   |
| EASY TOUCH SAFETY 32G LANCETS                                                 | T3                    |                                   |
| EASY TOUCH TWIST 26G LANCETS                                                  | T3                    |                                   |
| EASY TOUCH TWIST 28G LANCETS                                                  | T3                    |                                   |
| EASY TOUCH TWIST 30G LANCETS                                                  | T3                    |                                   |
| EASY TOUCH TWIST 32G LANCETS                                                  | T3                    |                                   |
| EASY TOUCH TWIST 33G LANCETS                                                  | T3                    |                                   |
| EASY TWIST CAP LANCETS                                                        | T3                    |                                   |
| EMBRACE 30G LANCETS                                                           | T3                    |                                   |
| EMBRACE SAFETY LANCET                                                         | T3                    |                                   |
| EZ SMART LANCETS                                                              | T3                    |                                   |
| EZ-LETS                                                                       | T3                    |                                   |
| FIFTY50 SAFETY SEAL LANCETS                                                   | T3                    |                                   |
| FINGERSTIX                                                                    | T3                    |                                   |
| FORA LANCETS                                                                  | T3                    |                                   |
| FORACARE LANCETS                                                              | T3                    |                                   |
| FREESTYLE LANCETS                                                             | T3                    |                                   |
| FREESTYLE UNISTIK 2                                                           | T3                    |                                   |
| GLUCOCOM                                                                      | T3                    |                                   |

T1 – Genéricos preferidos  
T2 – Genéricos no preferidos  
T3 – Marcas preferidas  
T4 – Marcas no preferidas

T5 – Medicamentos de especialidad de marca  
PA – Autorización previa  
QL – Límite a la cantidad

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

HD – Puede requerir entrega a 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 |
| <b>EQUIPOS MÉDICOS DURADEROS, VARIOS (GRUPO I) (cont.)</b>                    |                       |                                   |
| GLUCOCOM LANCETS                                                              | T3                    |                                   |
| GOJJI LANCETS                                                                 | T3                    |                                   |
| HEALTHY ACCENTS UNILET LANCET                                                 | T3                    |                                   |
| INCONTROL SUPER THIN LANCETS                                                  | T3                    |                                   |
| INCONTROL ULTRA THIN LANCETS                                                  | T3                    |                                   |
| INJECT EASE LANCETS                                                           | T3                    |                                   |
| INVACARE LANCETS                                                              | T3                    |                                   |
| <i>lancets</i>                                                                | T2                    |                                   |
| LANCETS                                                                       | T3                    |                                   |
| LITE TOUCH 28G LANCETS                                                        | T3                    |                                   |
| LITE TOUCH 30G LANCETS                                                        | T3                    |                                   |
| LITE TOUCH 33G LANCETS                                                        | T3                    |                                   |
| MEDISENSE THIN LANCETS                                                        | T3                    |                                   |
| MEDLANCE PLUS 21G LANCETS                                                     | T3                    |                                   |
| <i>medlance plus 21g lancets</i>                                              | T2                    |                                   |
| MEDLANCE PLUS 30G LANCETS                                                     | T3                    |                                   |
| <i>medlance plus 30g lancets</i>                                              | T2                    |                                   |
| MEDLANCE PLUS EXTRA 21G LANCET                                                | T3                    |                                   |
| MEDLANCE PLUS LITE 25G LANCETS                                                | T3                    |                                   |
| <i>medlance plus lite 25g lancets</i>                                         | T2                    |                                   |
| MEDLANCE PLUS SPECIAL BLADE                                                   | T3                    |                                   |
| MICRO THIN LANCET                                                             | T3                    |                                   |
| MICRO THIN LANCETS                                                            | T3                    |                                   |
| MICROLET                                                                      | T3                    |                                   |
| MICROTAINER LANCETS                                                           | T3                    |                                   |
| MONOLET LANCETS                                                               | T3                    |                                   |
| MONOLET THIN LANCETS                                                          | T3                    |                                   |
| MYGLUCOHEALTH LANCETS                                                         | T3                    |                                   |
| NOVA SAFETY LANCETS                                                           | T3                    |                                   |
| NOVA SUREFLEX                                                                 | T3                    |                                   |
| ON CALL LANCET                                                                | T3                    |                                   |
| ON CALL PLUS LANCET                                                           | T3                    |                                   |
| ONETOUCH DELICA                                                               | T3                    |                                   |
| ONETOUCH DELICA PLUS LANCET                                                   | T3                    |                                   |

T1 – Genéricos preferidos

T2 – Genéricos no preferidos

T3 – Marcas preferidas

T4 – Marcas no preferidas

T5 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a 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 |
| <b>EQUIPOS MÉDICOS DURADEROS, VARIOS (GRUPO I) (cont.)</b>                    |                       |                                   |
| ONETOUCH DELICA SAFETY LANCET                                                 | T3                    |                                   |
| ONETOUCH LANCETS                                                              | T3                    |                                   |
| ONETOUCH SURESOFT                                                             | T3                    |                                   |
| ON-THE-GO                                                                     | T3                    |                                   |
| PERFECT POINT SAFETY LANCETS                                                  | T3                    |                                   |
| PIP LANCET                                                                    | T3                    |                                   |
| PRESSURE ACTIVATED LANCETS                                                    | T3                    |                                   |
| PRO COMFORT LANCET                                                            | T3                    |                                   |
| PRO COMFORT LANCETS                                                           | T3                    |                                   |
| PRODIGY LANCETS                                                               | T3                    |                                   |
| PRODIGY TWIST TOP LANCET                                                      | T3                    |                                   |
| PURE COMFORT LANCETS                                                          | T3                    |                                   |
| PURE COMFORT SAFETY LANCETS                                                   | T3                    |                                   |
| PUSH BUTTON SAFETY LANCETS                                                    | T3                    |                                   |
| READYLANCER SAFETY LANCETS                                                    | T3                    |                                   |
| RELIAMED                                                                      | T3                    |                                   |
| RELIAMED SAFETY SEAL LANCETS                                                  | T3                    |                                   |
| RIGHTTEST GL300 LANCETS                                                       | T3                    |                                   |
| SAFETY LANCETS                                                                | T3                    |                                   |
| SAFETY SEAL LANCETS                                                           | T3                    |                                   |
| SAFETY-LET                                                                    | T3                    |                                   |
| SINGLE-LET                                                                    | T3                    |                                   |
| SMART SENSE                                                                   | T3                    |                                   |
| SMART SENSE LANCETS                                                           | T3                    |                                   |
| SMARTEST LANCET                                                               | T3                    |                                   |
| SOLUS V2                                                                      | T3                    |                                   |
| SOLUS V2 LANCETS                                                              | T3                    |                                   |
| STERILANCE TL                                                                 | T3                    |                                   |
| STERILE LANCETS                                                               | T3                    |                                   |
| SUPER THIN LANCETS                                                            | T3                    |                                   |
| SURE COMFORT LANCETS                                                          | T3                    |                                   |
| SURE-LANCE                                                                    | T3                    |                                   |
| SURE-TOUCH                                                                    | T3                    |                                   |
| TECHLITE LANCETS                                                              | T3                    |                                   |

T1 – Genéricos preferidos  
T2 – Genéricos no preferidos  
T3 – Marcas preferidas  
T4 – Marcas no preferidas

T5 – Medicamentos de especialidad de marca  
PA – Autorización previa  
QL – Límite a la cantidad

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

HD – Puede requerir entrega a 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 |
| <b>EQUIPOS MÉDICOS DURADEROS, VARIOS (GRUPO I) (cont.)</b>                    |                       |                                   |
| TELCARE ULTRA THIN 30G LANCETS                                                | T3                    |                                   |
| THIN LANCETS                                                                  | T3                    |                                   |
| TOPCARE UNIVERSAL1 LANCET                                                     | T3                    |                                   |
| TOPCARE UNIVERSAL1 THIN LANCET                                                | T3                    |                                   |
| TRUE COMFORT LANCET                                                           | T3                    |                                   |
| TRUEPLUS LANCET                                                               | T3                    |                                   |
| TRUEPLUS LANCETS                                                              | T3                    |                                   |
| TWIST LANCETS                                                                 | T3                    |                                   |
| TWIST TOP LANCET                                                              | T3                    |                                   |
| ULTILET BASIC                                                                 | T3                    |                                   |
| ULTILET CLASSIC                                                               | T3                    |                                   |
| ULTILET LANCETS                                                               | T3                    |                                   |
| ULTILET SAFETY                                                                | T3                    |                                   |
| ULTRA THIN LANCET                                                             | T3                    |                                   |
| ULTRA THIN LANCETS                                                            | T3                    |                                   |
| ULTRA THIN PLUS LANCETS                                                       | T3                    |                                   |
| ULTRA-CARE LANCETS                                                            | T3                    |                                   |
| ULTRALANCE                                                                    | T3                    |                                   |
| ULTRA-THIN II 28G LANCETS                                                     | T3                    |                                   |
| ULTRA-THIN II 30G LANCETS                                                     | T3                    |                                   |
| ULTRATLC LANCETS                                                              | T3                    |                                   |
| UNILET COMFORTOUCH                                                            | T3                    |                                   |
| UNILET EXCELITE                                                               | T3                    |                                   |
| UNILET EXCELITE II                                                            | T3                    |                                   |
| UNILET GP LANCET                                                              | T3                    |                                   |
| UNILET LANCETS                                                                | T3                    |                                   |
| UNISTIK 2 COMFORT                                                             | T3                    |                                   |
| UNISTIK 2 EXTRA                                                               | T3                    |                                   |
| UNISTIK 2 NORMAL                                                              | T3                    |                                   |
| UNISTIK 3                                                                     | T3                    |                                   |
| UNISTIK 3 COMFORT                                                             | T3                    |                                   |
| UNISTIK 3 DUAL                                                                | T3                    |                                   |
| UNISTIK 3 EXTRA                                                               | T3                    |                                   |
| UNISTIK COMFORT                                                               | T3                    |                                   |

T1 – Genéricos preferidos  
T2 – Genéricos no preferidos  
T3 – Marcas preferidas  
T4 – Marcas no preferidas

T5 – Medicamentos de especialidad de marca  
PA – Autorización previa  
QL – Límite a la cantidad

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

HD – Puede requerir entrega a 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 |
| <b>EQUIPOS MÉDICOS DURADEROS, VARIOS (GRUPO I) (cont.)</b>                    |                       |                                   |
| UNISTIK CZT                                                                   | T3                    |                                   |
| UNISTIK EXTRA                                                                 | T3                    |                                   |
| UNISTIK NORMAL                                                                | T3                    |                                   |
| UNISTIK PRO                                                                   | T3                    |                                   |
| UNISTIK SAFETY                                                                | T3                    |                                   |
| UNISTIK TOUCH                                                                 | T3                    |                                   |
| UNIVERSAL 1                                                                   | T3                    |                                   |
| VIVAGUARD LANCET                                                              | T3                    |                                   |
| VIVAGUARD SAFETY LANCET                                                       | T3                    |                                   |
| <b>SUMINISTROS MÉDICOS, VARIOS</b>                                            |                       |                                   |
| ALCOH-GLOVE                                                                   | T4                    |                                   |
| ALCOH-WIPE                                                                    | T4                    |                                   |
| <b>EQUIPOS DE ADMINISTRACIÓN PARENTERAL</b>                                   |                       |                                   |
| 1.5 VOLT BATTERIES #357                                                       | T3                    |                                   |
| ACCU-CHEK                                                                     | T4                    |                                   |
| ACCU-CHEK RAPID D 10-100                                                      | T4                    |                                   |
| ACCU-CHEK RAPID D 10-50                                                       | T4                    |                                   |
| ACCU-CHEK RAPID D 10-70                                                       | T3                    |                                   |
| ACCU-CHEK RAPID D 6-100                                                       | T4                    |                                   |
| ACCU-CHEK RAPID D 6-50                                                        | T3                    |                                   |
| ACCU-CHEK RAPID D 6-70                                                        | T4                    |                                   |
| ACCU-CHEK RAPID D 8-100                                                       | T4                    |                                   |
| ACCU-CHEK RAPID D 8-50                                                        | T3                    |                                   |
| ACCU-CHEK RAPID D 8-70                                                        | T3                    |                                   |
| ACCU-CHEK SPIRIT                                                              | T3                    |                                   |
| ACCU-CHEK TENDER                                                              | T3                    |                                   |
| ACCU-CHEK ULTRAFLEX                                                           | T3                    |                                   |
| IVENIX PRIMARY ADMINISTRATION SET                                             | T4                    |                                   |
| IV ADMINISTRATION SET                                                         | T3                    |                                   |
| NERIA                                                                         | T4                    |                                   |
| PARADIGM INFUSION                                                             | T3                    |                                   |
| POLYFIN QR                                                                    | T3                    |                                   |
| PSV SET                                                                       | T4                    |                                   |

T1 – Genéricos preferidos  
T2 – Genéricos no preferidos  
T3 – Marcas preferidas  
T4 – Marcas no preferidas

T5 – Medicamentos de especialidad de marca  
PA – Autorización previa  
QL – Límite a la cantidad

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

HD – Puede requerir entrega a 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 |
| <b>EQUIPOS DE ADMINISTRACIÓN PARENTERAL (cont.)</b>                           |                       |                                   |
| Q-SYTE                                                                        | T3                    |                                   |
| SILHOUETTE                                                                    | T3                    |                                   |
| SURE-T                                                                        | T3                    |                                   |
| <b>AYUDAS, DISPOSITIVOS, EQUIPOS RESPIRATORIOS</b>                            |                       |                                   |
| ACE AEROSOL CLOUD ENHANCER                                                    | T3                    |                                   |
| AEROCHAMBER MECHANICAL VENT                                                   | T3                    |                                   |
| AEROCHAMBER MINI                                                              | T3                    |                                   |
| AEROCHAMBER MV                                                                | T3                    |                                   |
| AEROCHAMBER PLUS FLOW-VU                                                      | T3                    |                                   |
| AEROCHAMBER Z-STAT PLUS                                                       | T3                    |                                   |
| AEROCHAMBER2GO                                                                | T3                    | PA SP HD                          |
| AEROTRACH PLUS                                                                | T3                    |                                   |
| AEROVENT PLUS                                                                 | T3                    |                                   |
| BREATHERITE                                                                   | T3                    |                                   |
| BREATHERITE SPACER-ADULT MASK                                                 | T3                    |                                   |
| BREATHERITE SPACER-INFANT MASK                                                | T3                    |                                   |
| BREATHERITE SPACER-LG CHLD MSK                                                | T3                    |                                   |
| BREATHERITE SPACER-NEONATE MSK                                                | T3                    |                                   |
| BREATHERITE SPACER-SM CHLD MSK                                                | T3                    |                                   |
| BREATHRITE                                                                    | T3                    |                                   |
| CLEVER CHOICE HOLDING CHAMBER                                                 | T3                    |                                   |
| COMFORTSEAL                                                                   | T3                    |                                   |
| COMPACT SPACE CHAMBER                                                         | T3                    |                                   |
| EASIVENT                                                                      | T3                    |                                   |
| FLEXICHAMBER                                                                  | T3                    |                                   |
| FLEXICHAMBER MASK                                                             | T3                    |                                   |
| INSPIRACHAMBER                                                                | T3                    |                                   |
| LITEAIRE                                                                      | T3                    |                                   |
| LITETOUCH                                                                     | T3                    |                                   |
| MICROCHAMBER                                                                  | T3                    |                                   |
| MICROSPACER                                                                   | T3                    |                                   |
| MOUTHPIECE                                                                    | T3                    |                                   |
| ONE WAY MOUTHPIECE                                                            | T3                    |                                   |
| OPTICHAMBER                                                                   | T3                    |                                   |

T1 – Genéricos preferidos  
T2 – Genéricos no preferidos  
T3 – Marcas preferidas  
T4 – Marcas no preferidas

T5 – Medicamentos de especialidad de marca  
PA – Autorización previa  
QL – Límite a la cantidad

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

HD – Puede requerir entrega a 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 |
|------------------------------------------------------------|-----------------------|-----------------------------------|
| <b>AYUDAS, DISPOSITIVOS, EQUIPOS RESPIRATORIOS (cont.)</b> |                       |                                   |
| OPTICHAMBER DIAMOND                                        | T3                    |                                   |
| PANDA MASK                                                 | T3                    |                                   |
| PEDIATRIC MASK                                             | T3                    |                                   |
| PEDIATRIC PANDA MASK                                       | T3                    |                                   |
| POCKET CHAMBER                                             | T3                    |                                   |
| PRIMEAIRE                                                  | T3                    |                                   |
| PRO COMFORT SPACER-ADULT MASK                              | T3                    |                                   |
| PRO COMFORT SPACER-CHILD MASK                              | T4                    |                                   |
| PRO COMFORT SPACER-INFANT MASK                             | T4                    |                                   |
| PROCARE SPACER WITH ADULT MASK                             | T3                    |                                   |
| PROCARE SPACER WITH CHILD MASK                             | T3                    |                                   |
| PROCHAMBER                                                 | T3                    |                                   |
| PURECOMFORT PEAK FLOW MOUTHPIECE                           | T3                    |                                   |
| PURE COMFORT SPACER WITH MASK                              | T4                    |                                   |
| RITEFLO                                                    | T3                    |                                   |
| SIDESTREAM PEDIATRIC                                       | T3                    |                                   |
| SILICONE MASK                                              | T3                    |                                   |
| SPACE CHAMBER                                              | T3                    |                                   |
| SPACE CHAMBER-LARGE MASK                                   | T3                    |                                   |
| SPACE CHAMBER-MEDIUM MASK                                  | T3                    |                                   |
| SPACE CHAMBER-SMALL MASK                                   | T3                    |                                   |
| VORTEX                                                     | T3                    |                                   |
| VORTEX VHC FROG MASK                                       | T3                    |                                   |
| VORTEX VHC LADYBUG MASK                                    | T3                    |                                   |
| VORTEX VHC PEDIATRIC MASK                                  | T3                    |                                   |

### RELAJANTES MUSCULARES (Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)

#### RELAJANTES DE LOS MÚSCULOS ESQUELÉTICOS-CONTRAIRRITANTE RUBEFACIENTE TÓPICO

|                             |    |  |
|-----------------------------|----|--|
| COMFORT PAC-CYCLOBENZAPRINE | T4 |  |
| COMFORT PAC-TIZANIDINE      | T4 |  |

#### RELAJANTES DE LOS MÚSCULOS ESQUELÉTICOS

|                              |    |    |
|------------------------------|----|----|
| <i>baclofen 5 mg tablet</i>  | T2 | HD |
| <i>baclofen 10 mg tablet</i> | T2 | HD |
| <i>baclofen 15 mg tablet</i> | T2 | HD |

T1 – Genéricos preferidos

T2 – Genéricos no preferidos

T3 – Marcas preferidas

T4 – Marcas no preferidas

T5 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a 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 |
| <b>RELAJANTES DE LOS MÚSCULOS ESQUELÉTICOS (cont.)</b>                     |                       |                                   |
| <i>baclofen 20 mg tablet</i>                                               | T2                    | HD                                |
| <i>baclofen 10 mg/5 ml solution</i>                                        | T2                    | PA HD                             |
| <i>baclofen 25 mg/5 ml suspension</i> (Fleqsuvy)                           | T2                    | HD                                |
| <i>baclofen 5 mg/5 ml solution</i>                                         | T2                    | PA HD                             |
| <i>carisoprodol</i> (Soma)                                                 | T2                    |                                   |
| <i>carisoprodol/aspirin</i>                                                | T2                    |                                   |
| <i>chlorzoxazone</i>                                                       | T2                    |                                   |
| <i>chlorzoxazone</i> (Lorzone)                                             | T2                    |                                   |
| <i>cyclobenzaprine hcl</i>                                                 | T2                    |                                   |
| <i>cyclobenzaprine hcl</i> (Amrix)                                         | T2                    | PA                                |
| <i>cyclobenzaprine hcl</i> (Fexmid)                                        | T2                    |                                   |
| DANTRIUM ( <i>dantrolene sodium</i> )                                      | T4                    |                                   |
| <i>dantrolene sodium</i>                                                   | T2                    |                                   |
| <i>dantrolene sodium</i> (Dantrium)                                        | T2                    |                                   |
| FEXMID ( <i>cyclobenzaprine hcl</i> )                                      | T4                    | PA                                |
| LORZONE ( <i>chlorzoxazone</i> )                                           | T4                    | PA                                |
| <i>metaxalone 400 mg tablet</i>                                            | T2                    |                                   |
| <i>metaxalone 800 mg tablet</i>                                            | T2                    |                                   |
| <i>methocarbamol</i>                                                       | T2                    |                                   |
| <i>methocarbamol 500 mg tablet</i>                                         | T2                    |                                   |
| <i>methocarbamol 750 mg tablet</i>                                         | T2                    |                                   |
| <i>methocarbamol 1,000 mg tablet</i>                                       | T2                    |                                   |
| NORGESIC ( <i>orphenadrine/aspirin/caffeine</i> )                          | T4                    |                                   |
| NORGESIC FORTE ( <i>orphenadrine/aspirin/caffeine</i> )                    | T4                    |                                   |
| <i>orphenadrine citrate</i>                                                | T2                    |                                   |
| <i>orphenadrine/aspirin/caffeine</i> (Norgesic Forte)                      | T2                    |                                   |
| <i>orphenadrine/aspirin/caffeine</i> (Norgesic)                            | T2                    |                                   |
| SOMA ( <i>carisoprodol</i> )                                               | T4                    |                                   |
| <i>tizanidine hcl</i>                                                      | T2                    |                                   |
| <i>tizanidine hcl</i> (Zanaflex)                                           | T2                    |                                   |
| ZANAFLEX 2 MG CAPSULE ( <i>tizanidine hcl</i> )                            | T4                    |                                   |
| ZANAFLEX 4 MG CAPSULE ( <i>tizanidine hcl</i> )                            | T4                    |                                   |
| ZANAFLEX 4 MG TABLET ( <i>tizanidine hcl</i> )                             | T4                    |                                   |
| ZANAFLEX 6 MG CAPSULE ( <i>tizanidine hcl</i> )                            | T4                    |                                   |

T1 – Genéricos preferidos

T2 – Genéricos no preferidos

T3 – Marcas preferidas

T4 – Marcas no preferidas

T5 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a 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) |                       |                                   |
|------------------------------------------------|-----------------------|-----------------------------------|
| Nombre del medicamento con receta              | Nivel del medicamento | Requisitos y límites de cobertura |
| <b>PREPARACIONES DE VITAMINAS PRENATALES</b>   |                       |                                   |
| BAL-CARE DHA ESSENTIAL                         | T4                    |                                   |
| CADEAU DHA                                     | T4                    |                                   |
| CITRANATAL 90 DHA                              | T4                    |                                   |
| CITRANATAL ASSURE                              | T4                    |                                   |
| CITRANATAL DHA                                 | T4                    |                                   |
| CITRANATAL HARMONY                             | T4                    |                                   |
| CITRANATAL RX                                  | T4                    |                                   |
| <i>cvs prenatal multi-dha softgel</i>          | T2                    | PPACA                             |
| <i>cvs prenatal multivit-dha sfgl</i>          | T2                    | PPACA                             |
| <i>cvs prenatal vitamins tablet</i>            | T2                    | PPACA                             |
| DUET DHA BALANCED                              | T4                    |                                   |
| EXPECTA PRENATAL                               | T3                    |                                   |
| <i>ft prenatal tablet</i>                      | T2                    | PPACA                             |
| <i>gnp prenatal tablet</i>                     | T2                    | PPACA                             |
| GS PRENATAL VITAMINS TABLET                    | T4                    |                                   |
| HM ONE DAILY PRENATAL COMBO PK                 | T3                    |                                   |
| <i>hm prenatal tablet</i>                      | T2                    | PPACA                             |
| KOSHER PRENATAL PLUS IRON                      | T4                    |                                   |
| KPN                                            | T3                    |                                   |
| MARNATAL-F                                     | T4                    |                                   |
| MASONATAL PRENATAL                             | T4                    |                                   |
| MINI PRENATAL                                  | T4                    |                                   |
| MTERYTI                                        | T4                    |                                   |
| MTERYTI FOLIC 5                                | T4                    |                                   |
| NATACHEW                                       | T4                    |                                   |
| NEONATAL COMPLETE                              | T4                    |                                   |
| NEONATAL PLUS                                  | T4                    |                                   |
| NEONATAL-DHA                                   | T4                    |                                   |
| NESTABS                                        | T4                    |                                   |
| NESTABS ABC                                    | T4                    |                                   |
| NESTABS DHA                                    | T4                    |                                   |
| OB COMPLETE ONE                                | T4                    |                                   |
| OB COMPLETE PETITE                             | T4                    |                                   |
| OB COMPLETE PREMIER                            | T4                    |                                   |

T1 – Genéricos preferidos  
T2 – Genéricos no preferidos  
T3 – Marcas preferidas  
T4 – Marcas no preferidas

T5 – Medicamentos de especialidad de marca  
PA – Autorización previa  
QL – Límite a la cantidad

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

HD – Puede requerir entrega a 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 |
| <b>PREPARACIONES DE VITAMINAS PRENATALES (cont.)</b>         |                       |                                   |
| OB COMPLETE WITH DHA                                         | T4                    |                                   |
| OBSTETRIX EC                                                 | T4                    |                                   |
| OBTREX DHA                                                   | T4                    |                                   |
| ONE A DAY WOMEN'S PRENATAL DHA                               | T4                    |                                   |
| ONE-A-DAY PRENATAL-1                                         | T4                    |                                   |
| <i>pnv 11/iron fum/folic acid/om3</i>                        | T2                    |                                   |
| <i>pnv19/iron bg,s.p/folic ac/om3</i>                        | T2                    |                                   |
| <i>pnv 119/iron fum/folic acid</i>                           | T2                    |                                   |
| <i>pnv 154/iron fum/folic acid</i>                           | T2                    |                                   |
| <i>pnv 66/iron/folic/docusate/dha</i>                        | T2                    |                                   |
| <i>pnv 69/iron/folic/docusate/dha</i>                        | T2                    |                                   |
| <i>pnv 80/iron fum/folic/dss/dha</i>                         | T2                    |                                   |
| <i>pnv 81/iron ps,edta/folic/omeg3</i>                       | T2                    | PA SP HD                          |
| <i>pnv no.52/iron/fa/omega-3/dha</i>                         | T2                    | PA SP HD                          |
| <i>pnv no.118/iron fumarate/fa</i>                           | T2                    |                                   |
| <i>pnv,calcium 72/iron,carb/folic</i>                        | T2                    |                                   |
| <i>pnv,calcium 72/iron/folic acid</i>                        | T2                    |                                   |
| <i>pnv/iron,carb/docusat/folic ac</i>                        | T2                    |                                   |
| PRENATA                                                      | T4                    |                                   |
| <i>prenatal 105/iron/folic ac/dha</i>                        | T2                    |                                   |
| <i>prenatal 12/iron/folic/dss/om3</i>                        | T2                    |                                   |
| PRENATAL 19 CHEWABLE TABLET                                  | T4                    |                                   |
| <i>prenatal 19 chewable tablet</i>                           | T2                    |                                   |
| PRENATAL 19 TABLET                                           | T4                    |                                   |
| <i>prenatal 19 tablet</i>                                    | T2                    |                                   |
| <i>prenatal 21/iron fu/folic acid</i>                        | T2                    | PPACA                             |
| <i>prenatal 53/iron/folic ac/omg3</i>                        | T2                    |                                   |
| <i>prenatal 54/iron/folic ac/omg3</i>                        | T2                    |                                   |
| <i>prenatal 93/iron/folate 9/dha</i>                         | T2                    |                                   |
| <i>prenatal caplet</i>                                       | T2                    | PPACA                             |
| PRENATAL FORMULA                                             | T3                    |                                   |
| PRENATAL FORMULA-DHA ( <i>prenatal vit 116/iron/fa/dha</i> ) | T4                    | PA SP HD                          |
| PRENATAL GUMMIES                                             | T4                    |                                   |
| PRENATAL MULTI                                               | T4                    |                                   |

T1 – Genéricos preferidos

T2 – Genéricos no preferidos

T3 – Marcas preferidas

T4 – Marcas no preferidas

T5 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a 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 |
| <b>PREPARACIONES DE VITAMINAS PRENATALES (cont.)</b>              |                       |                                   |
| <i>prenatal multi-dha softgel</i>                                 | T2                    | PPACA                             |
| PRENATAL MULTI-DHA SOFTGEL                                        | T3                    |                                   |
| PRENATAL MULTI-DHA SOFTGEL                                        | T4                    |                                   |
| <i>prenatal multivitamin tablet</i>                               | T2                    | PPACA                             |
| PRENATAL MULTIVITAMIN TABLET                                      | T4                    |                                   |
| PRENATAL MULTIVITAMIN-DHA SFG                                     | T3                    |                                   |
| PRENATAL PLUS VITAMIN-MINERAL                                     | T4                    |                                   |
| PRENATAL PLUS-DHA                                                 | T4                    |                                   |
| <i>prenatal tablet</i>                                            | T2                    | PPACA                             |
| PRENATAL TABLET                                                   | T4                    |                                   |
| <i>prenatal vit 14/iron/fum/folic</i>                             | T2                    |                                   |
| <i>prenatal vit 55/iron/folic/om3</i>                             | T2                    |                                   |
| <i>prenatal vit 91/iron/folic/dha</i>                             | T2                    |                                   |
| <i>prenatal vit no.126/iron/folic</i>                             | T2                    | PPACA                             |
| <i>prenatal vit no.129/iron/folic</i>                             | T2                    | PPACA                             |
| <i>prenatal vit,cal 73/iron/folic</i>                             | T2                    |                                   |
| <i>prenatal vit,cal 76/iron/folic</i>                             | T2                    | PA SP HD                          |
| <i>prenatal vit,cal 78/iron/folic</i>                             | T2                    | PA SP HD                          |
| <i>prenatal no.42/folic acid (Vitamedmd Redichew Rx)</i>          | T2                    | PA SP HD                          |
| <i>prenatal vit 27,calc/iron/fa</i>                               | T2                    | PA SP HD                          |
| <i>prenatal,calc 40/iron/folate 1</i>                             | T2                    | PA SP HD                          |
| <i>prenatal vit/iron fum/folic ac</i>                             | T2                    |                                   |
| PRENATAL VITAMIN + DHA                                            | T3                    |                                   |
| <i>prenatal vitamin tablet</i>                                    | T2                    | PPACA                             |
| PRENATAL VITAMIN TABLET ( <i>prenatal vit no.124/iron/folic</i> ) | T4                    |                                   |
| <i>prenatal vitamins tablet</i>                                   | T2                    | PPACA                             |
| <i>prenatal vits 86/iron/folic ac</i>                             | T2                    | PA SP HD                          |
| <i>prenatal vits calc.36/iron/fa</i>                              | T2                    | PPACA                             |
| <i>prenatal 71/iron/folic ac/dha</i>                              | T2                    |                                   |
| PRENATE ENHANCE                                                   | T4                    |                                   |
| PRENATE RESTORE                                                   | T4                    |                                   |
| PRIMACARE                                                         | T4                    |                                   |
| PROVIDA OB                                                        | T4                    |                                   |
| <i>ra one daily prenatal dha pack</i>                             | T2                    | PPACA                             |

T1 – Genéricos preferidos  
T2 – Genéricos no preferidos  
T3 – Marcas preferidas  
T4 – Marcas no preferidas

T5 – Medicamentos de especialidad de marca  
PA – Autorización previa  
QL – Límite a la cantidad

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

HD – Puede requerir entrega a 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 |
| <b>PREPARACIONES DE VITAMINAS PRENATALES (cont.)</b>                  |                       |                                   |
| <i>ra prenatal tablet</i>                                             | T2                    | PPACA                             |
| SELECT-OB                                                             | T4                    |                                   |
| SELECT-OB ( <i>prenatal vit 128/iron/folic ac</i> )                   | T4                    |                                   |
| SELECT-OB + DHA                                                       | T4                    |                                   |
| SIMILAC PRENATAL                                                      | T4                    |                                   |
| <i>sm prenatal vitamins tablet</i>                                    | T2                    | PPACA                             |
| STUART ONE ( <i>pnv no.63/iron,carb/folic/dha</i> )                   | T4                    |                                   |
| <i>sv prenatal tablet</i>                                             | T2                    | PPACA                             |
| SV PRENATAL VITAMINS TABLET                                           | T4                    |                                   |
| THERANATAL                                                            | T4                    |                                   |
| THERANATAL COMPLETE                                                   | T4                    |                                   |
| THERANATAL ONE                                                        | T4                    |                                   |
| THERANATAL PLUS                                                       | T4                    |                                   |
| THRIVITE RX                                                           | T4                    |                                   |
| TRICARE                                                               | T4                    |                                   |
| TRICARE PRENATAL DHA ONE                                              | T4                    |                                   |
| TRISTART DHA                                                          | T4                    |                                   |
| ULTRA PRENATAL PLUS DHA                                               | T4                    |                                   |
| VITAFOL FE PLUS                                                       | T4                    |                                   |
| VITAFOL NANO                                                          | T4                    |                                   |
| VITAFOL ULTRA                                                         | T4                    |                                   |
| VITAFOL-OB                                                            | T4                    |                                   |
| VITAFOL-OB+DHA                                                        | T4                    |                                   |
| VITAFOL-ONE                                                           | T4                    |                                   |
| VITAMEDMD ONE RX                                                      | T4                    |                                   |
| VITAMEDMD REDICHEW RX ( <i>prenatal no.42/folic acid</i> )            | T4                    | PA SP HD                          |
| VITAPEARL                                                             | T4                    |                                   |
| VITATRUE                                                              | T4                    |                                   |
| WOMEN'S PRENATAL PLUS DHA                                             | T3                    |                                   |
| <b>VITAMINAS PRENATALES CON BAJO CONTENIDO DE HIERRO O SIN HIERRO</b> |                       |                                   |
| CITRANATAL B-CALM                                                     | T4                    | PA SP HD                          |
| CVS PRENATAL GUMMIES                                                  | T4                    |                                   |
| DUET DHA 400                                                          | T4                    | PA SP HD                          |

T1 – Genéricos preferidos  
T2 – Genéricos no preferidos  
T3 – Marcas preferidas  
T4 – Marcas no preferidas

T5 – Medicamentos de especialidad de marca  
PA – Autorización previa  
QL – Límite a la cantidad

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

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

## Lista de medicamentos con receta

### VITAMINAS PRENATALES (Nutritivas/alimenticias) (cont.)

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

#### VITAMINAS PRENATALES CON BAJO CONTENIDO DE HIERRO O SIN HIERRO (cont.)

|                           |    |          |
|---------------------------|----|----------|
| P2I PRENATAL WITH CHOLINE | T4 |          |
| PRENATAL GUMMIES          | T4 |          |
| PRENATE DHA               | T4 | PA SP HD |
| PRENATE ELITE             | T4 | PA SP HD |
| PRENATE MINI              | T4 | PA SP HD |
| PRENATE PIXIE             | T4 | PA SP HD |
| PRENATE STAR              | T4 | PA SP HD |
| R-NATAL OB                | T4 | PA SP HD |
| THERANATAL OVAVITE        | T4 | PA SP HD |
| TRINAZ                    | T4 |          |
| VITAFOL GUMMIES           | T4 | PA SP HD |

### MEDICAMENTOS PSICOTERAPÉUTICOS (Ansiedad/depresión/trastorno bipolar)<sup>9</sup>

#### ANTIDEPRESIVOS ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES ALFA 2

|                                |    |    |
|--------------------------------|----|----|
| <i>mirtazapine</i>             | T1 | HD |
| <i>mirtazapine</i> (Remeron)   | T2 | HD |
| REMERON ( <i>mirtazapine</i> ) | T4 | HD |

#### MEDICAMENTOS ANSIOLÍTICOS - BENZODIAZEPINAS

|                                       |    |  |
|---------------------------------------|----|--|
| <i>alprazolam</i>                     | T2 |  |
| <i>alprazolam</i> (Xanax Xr)          | T1 |  |
| <i>alprazolam</i> (Xanax)             | T1 |  |
| ATIVAN ( <i>lorazepam</i> )           | T4 |  |
| <i>chlordiazepoxide hcl</i>           | T2 |  |
| <i>clorazepate dipotassium</i>        | T2 |  |
| <i>diazepam 10 mg tablet</i> (Valium) | T2 |  |
| <i>diazepam 2 mg tablet</i> (Valium)  | T2 |  |
| <i>diazepam 25 mg/5 ml oral conc</i>  | T2 |  |
| <i>diazepam 5 mg tablet</i> (Valium)  | T2 |  |
| <i>diazepam 5 mg/5 ml oral soln</i>   | T2 |  |
| <i>diazepam 5 mg/5 ml solution</i>    | T2 |  |
| <i>diazepam 5 mg/ml oral conc</i>     | T2 |  |
| <i>lorazepam</i>                      | T2 |  |
| <i>lorazepam</i> (Ativan)             | T1 |  |
| <i>oxazepam</i>                       | T2 |  |

T1 – Genéricos preferidos

T2 – Genéricos no preferidos

T3 – Marcas preferidas

T4 – Marcas no preferidas

T5 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a 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) <sup>9</sup> (cont.) |                       |                                   |
|--------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|-----------------------------------|
| Nombre del medicamento con receta                                                          | Nivel del medicamento | Requisitos y límites de cobertura |
| <b>MEDICAMENTOS ANSIOLÍTICOS</b>                                                           |                       |                                   |
| <i>buspirone hcl</i>                                                                       | T1                    | HD                                |
| <i>meprobamate</i>                                                                         | T2                    |                                   |
| <b>ANTIDEPRESIVOS - DEPRESIÓN POSPARTO (PPD)</b>                                           |                       |                                   |
| ZURZUVAE 20 MG CAPSULE                                                                     | T5                    | QL (28 caps/365 days) SP HD       |
| ZURZUVAE 25 MG CAPSULE                                                                     | T5                    | QL (28 caps/365 days) SP HD       |
| ZURZUVAE 30 MG CAPSULE                                                                     | T5                    | QL (14 caps/365 days) SP HD       |
| <b>MEDICAMENTOS PARA TRASTORNO BIPOLAR</b>                                                 |                       |                                   |
| EQUETRO                                                                                    | T4                    | HD                                |
| <i>lithium carbonate</i>                                                                   | T1                    | HD                                |
| <i>lithium carbonate</i> (Lithobid)                                                        | T1                    | HD                                |
| LITHOBID ( <i>lithium carbonate</i> )                                                      | T4                    | HD                                |
| <b>MAOI - ANTIDEPRESIVOS NO SELECTIVOS E IRREVERSIBLES</b>                                 |                       |                                   |
| MARPLAN                                                                                    | T4                    |                                   |
| NARDIL ( <i>phenelzine sulfate</i> )                                                       | T4                    |                                   |
| PARNATE ( <i>tranylcypromine sulfate</i> )                                                 | T4                    |                                   |
| <i>phenelzine sulfate</i> (Nardil)                                                         | T2                    |                                   |
| <i>tranylcypromine sulfate</i> (Parnate)                                                   | T2                    |                                   |
| <b>ANTIDEPRESIVOS INHIBIDORES DE LA MONOAMINOOXIDASA (MAO)</b>                             |                       |                                   |
| EMSAM                                                                                      | T4                    |                                   |
| <b>COMB. DE ANTAGONISTA DE LOS RECEPTORES NMDA Y NDRI</b>                                  |                       |                                   |
| AUVELITY                                                                                   | T4                    | ST QL (60 tabs/30 days)           |
| <b>INHIB. DE LA RECAPT. DE NOREPINEFRINA Y DOPAMINA (NDRI)</b>                             |                       |                                   |
| <i>bupropion hcl</i>                                                                       | T1                    | HD                                |
| <b>AGONISTAS INVERSOS SELECTIVOS DE SEROTONINA 5-HT2A (SSIA)</b>                           |                       |                                   |
| NUPLAZID 10 MG TABLET                                                                      | T5                    | PA QL (30 tabs/fill) SP HD        |
| NUPLAZID 34 MG CAPSULE                                                                     | T5                    | PA QL (30 caps/fill) SP HD        |
| <b>INHIBIDOR SELECTIVO DE LA RECAPTACIÓN DE SEROTONINA (SSRI)</b>                          |                       |                                   |
| <i>citalopram hbr 10 mg/5 ml soln</i>                                                      | T2                    | HD                                |
| <i>citalopram hbr 20 mg/10 ml cup</i>                                                      | T2                    | PA SP HD                          |
| <i>escitalopram 10 mg/10 ml cup</i>                                                        | T1                    | PA SP HD                          |
| <i>escitalopram oxalate 5 mg/5 ml</i>                                                      | T1                    | ST HD                             |
| <i>fluoxetine 20 mg/5 ml solution cup</i>                                                  | T2                    | HD                                |
| <i>fluoxetine hcl</i>                                                                      | T2                    | ST QL (4 caps/fill) HD            |
| <i>fluoxetine hcl 10 mg tablet</i>                                                         | T2                    | ST QL (30 tabs/fill) HD           |

T1 – Genéricos preferidos  
T2 – Genéricos no preferidos  
T3 – Marcas preferidas  
T4 – Marcas no preferidas

T5 – Medicamentos de especialidad de marca  
PA – Autorización previa  
QL – Límite a la cantidad

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

HD – Puede requerir entrega a 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)<sup>9</sup> (cont.)

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

#### INHIBIDOR SELECTIVO DE LA RECAPTACIÓN DE SEROTONINA (SSRI) (cont.)

|                                                       |    |                            |
|-------------------------------------------------------|----|----------------------------|
| <i>fluoxetine hcl 20 mg capsule</i> (Prozac)          | T1 | HD                         |
| <i>fluoxetine hcl 20 mg, 60 mg tablet</i>             | T2 | ST HD                      |
| <i>fluvoxamine maleate</i>                            | T2 | ST QL (60 caps/fill) HD    |
| <i>fluvoxamine maleate 100 mg tab</i>                 | T2 | QL (90 tabs/fill) HD       |
| <i>fluvoxamine maleate 25 mg tab</i>                  | T2 | QL (30 tabs/fill) HD       |
| <i>fluvoxamine maleate 50 mg tab</i>                  | T2 | QL (60 tabs/fill) HD       |
| <i>paroxetine hcl</i> (Paxil Cr)                      | T2 | ST QL (60 tabs/fill) HD    |
| <i>paroxetine hcl 10 mg tablet</i> (Paxil)            | T1 | QL (30 tabs/fill) HD       |
| <i>paroxetine hcl 10 mg/5 ml susp</i> (Paxil)         | T2 | ST HD                      |
| <i>paroxetine hcl 20 mg tablet</i> (Paxil)            | T1 | QL (60 tabs/fill) HD       |
| <i>paroxetine hcl 30 mg tablet</i> (Paxil)            | T1 | QL (60 tabs/fill) HD       |
| <i>paroxetine hcl 40 mg tablet</i> (Paxil)            | T1 | QL (30 tabs/fill) HD       |
| PAXIL 10 MG TABLET ( <i>paroxetine hcl</i> )          | T4 | ST QL (30 tabs/fill) HD    |
| PAXIL 10 MG/5 ML SUSPENSION ( <i>paroxetine hcl</i> ) | T4 | ST HD                      |
| PAXIL 20 MG TABLET ( <i>paroxetine hcl</i> )          | T4 | ST QL (60 tabs/fill) HD    |
| PAXIL 30 MG TABLET ( <i>paroxetine hcl</i> )          | T4 | ST QL (60 tabs/fill) HD    |
| PAXIL 40 MG TABLET ( <i>paroxetine hcl</i> )          | T4 | ST QL (30 tabs/fill) HD    |
| PAXIL CR ( <i>paroxetine hcl</i> )                    | T4 | ST QL (60 tabs/fill) HD    |
| <i>sertraline 150 mg capsule</i>                      | T2 | QL (30 caps/30 days) HD    |
| <i>sertraline 150 mg capsule</i>                      | T2 | ST QL (30 caps/30 days) HD |
| <i>sertraline 200 mg capsule</i>                      | T2 | QL (30 caps/30 days) HD    |
| <i>sertraline 200 mg capsule</i>                      | T2 | ST QL (30 caps/30 days) HD |
| <i>sertraline 20 mg/ml oral conc</i> (Zoloft)         | T2 | HD                         |
| <i>sertraline hcl 25 mg tablet</i> (Zoloft)           | T1 | QL (45 tabs/fill) HD       |

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

|                       |    |    |
|-----------------------|----|----|
| <i>nefazodone hcl</i> | T2 | HD |
| <i>trazodone hcl</i>  | T1 | HD |

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

|                                               |    |                         |
|-----------------------------------------------|----|-------------------------|
| DESVENLAFAXINE ER                             | T4 | ST QL (30 tabs/fill) HD |
| <i>duloxetine hcl dr 20 mg cap</i> (Cymbalta) | T1 | QL (60 caps/fill) HD    |
| <i>duloxetine hcl dr 30 mg cap</i> (Cymbalta) | T1 | QL (30 caps/fill) HD    |
| <i>duloxetine hcl dr 40 mg cap</i>            | T1 | ST QL (30 caps/fill) HD |
| <i>duloxetine hcl dr 60 mg cap</i> (Cymbalta) | T1 | QL (60 caps/fill) HD    |
| FETZIMA 20-40 MG TITRATION PAK                | T3 | ST QL (28 caps/30 days) |

T1 – Genéricos preferidos

T2 – Genéricos no preferidos

T3 – Marcas preferidas

T4 – Marcas no preferidas

T5 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a 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)<sup>9</sup> (cont.)

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

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

|                                |    |                         |
|--------------------------------|----|-------------------------|
| FETZIMA ER 120 MG CAPSULE      | T3 | ST QL (30 caps/30 days) |
| FETZIMA ER 20 MG CAPSULE       | T3 | ST QL (30 caps/30 days) |
| FETZIMA ER 40 MG CAPSULE       | T3 | ST QL (30 caps/30 days) |
| FETZIMA ER 80 MG CAPSULE       | T3 | ST QL (30 caps/30 days) |
| venlafaxine hcl                | T1 | QL (90 tabs/fill) HD    |
| venlafaxine hcl er 150 mg tab  | T2 | ST QL (30 tabs/fill) HD |
| venlafaxine hcl er 225 mg tab  | T2 | ST QL (30 tabs/fill) HD |
| venlafaxine hcl er 37.5 mg tab | T2 | ST QL (30 tabs/fill) HD |
| venlafaxine hcl er 75 mg tab   | T2 | ST QL (30 tabs/fill) HD |

#### SSRI, ANTIDEPRESIVOS MODULADORES DE RECEPTORES DE SEROTONINA

|                         |    |                         |
|-------------------------|----|-------------------------|
| TRINTELLIX              | T4 | ST QL (30 tabs/30 days) |
| TRINTELLIX 10 MG TABLET | T4 | ST QL (30 tabs/fill) HD |

#### COMBINACIONES DE ANTIDEPRESIVOS TRICÍCLICOS-BENZODIAZEPINAS

|                                |    |    |
|--------------------------------|----|----|
| amitriptyline/chlordiazepoxide | T2 | HD |
| perphenazine/amitriptyline hcl | T2 | HD |

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

|                              |    |    |
|------------------------------|----|----|
| amitriptyline hcl            | T1 | HD |
| amoxapine                    | T2 | HD |
| ANAFRANIL (clomipramine hcl) | T4 | HD |
| clomipramine hcl (Anafanil)  | T2 | HD |
| desipramine hcl              | T2 | HD |
| doxepin 10 mg capsule        | T2 | HD |
| doxepin 10 mg/ml oral conc   | T2 | HD |
| doxepin 25 mg capsule        | T2 | HD |
| doxepin 50 mg capsule        | T2 | HD |
| doxepin 75 mg capsule        | T2 | HD |
| doxepin 100 mg capsule       | T2 | HD |
| doxepin 150 mg capsule       | T2 | HD |
| imipramine hcl (Tofranil)    | T1 | HD |
| imipramine pamoate           | T2 | HD |
| maprotiline hcl              | T2 | HD |
| nortriptyline hcl            | T2 | HD |
| nortriptyline hcl (Pamelor)  | T1 | HD |
| PAMELOR (nortriptyline hcl)  | T4 | HD |

T1 – Genéricos preferidos

T2 – Genéricos no preferidos

T3 – Marcas preferidas

T4 – Marcas no preferidas

T5 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a 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)<sup>9</sup> (cont.)

| Nombre del medicamento con receta                                                   | Nivel del medicamento | Requisitos y límites de cobertura |
|-------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|-----------------------------------|
| <b>ANTIDEPRESIVOS TRICÍCLICOS, INHIB. NO SELECT. DE LA RECAPTACIÓN REL.</b> (cont.) |                       |                                   |
| <i>protriptyline hcl</i>                                                            | T2                    | HD                                |
| SURMONTIL ( <i>trimipramine maleate</i> )                                           | T4                    | HD                                |
| TOFRANIL ( <i>imipramine hcl</i> )                                                  | T4                    | HD                                |
| <i>trimipramine maleate</i> (Surmontil)                                             | T2                    | HD                                |

### MEDICAMENTOS PSICOTERAPÉUTICOS (Trastorno de déficit de atención e hiperactividad)<sup>9</sup>

#### ADRENÉRGICOS, AROMÁTICOS, SIN CATECOLAMINAS

|                                                 |    |    |
|-------------------------------------------------|----|----|
| <i>lisdexamfetamine 10 mg capsule</i> (Vyvanse) | T2 |    |
| <i>lisdexamfetamine 10 mg tb chew</i> (Vyvanse) | T2 | ST |
| <i>lisdexamfetamine 20 mg capsule</i> (Vyvanse) | T2 |    |
| <i>lisdexamfetamine 20 mg tb chew</i> (Vyvanse) | T2 | ST |
| <i>lisdexamfetamine 30 mg capsule</i> (Vyvanse) | T2 |    |
| <i>lisdexamfetamine 30 mg tb chew</i> (Vyvanse) | T2 | ST |
| <i>lisdexamfetamine 40 mg capsule</i> (Vyvanse) | T2 |    |
| <i>lisdexamfetamine 40 mg tb chew</i> (Vyvanse) | T2 | ST |
| <i>lisdexamfetamine 50 mg capsule</i> (Vyvanse) | T2 |    |
| <i>lisdexamfetamine 50 mg tb chew</i> (Vyvanse) | T2 | ST |
| <i>lisdexamfetamine 60 mg capsule</i> (Vyvanse) | T2 |    |
| <i>lisdexamfetamine 60 mg tb chew</i> (Vyvanse) | T2 | ST |
| <i>lisdexamfetamine 70 mg capsule</i> (Vyvanse) | T2 |    |
| VYVANSE ( <i>lisdexamfetamine dimesylate</i> )  | T4 | ST |

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

|                                                |    |    |
|------------------------------------------------|----|----|
| <i>clonidine hcl er 0.1 mg tablet</i> (Kapvay) | T2 |    |
| <i>guanfacine hcl</i> (Intuniv)                | T2 | HD |
| KAPVAY ( <i>clonidine hcl</i> )                | T4 | ST |

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

|                                            |    |    |
|--------------------------------------------|----|----|
| APTENSIO XR ( <i>methylphenidate hcl</i> ) | T4 | ST |
| AZSTARYS                                   | T3 | ST |
| COTEMPLA XR-ODT                            | T4 | ST |
| DAYTRANA ( <i>methylphenidate</i> )        | T4 | ST |
| <i>dexmethylphenidate hcl</i> (Focalin Xr) | T2 |    |
| <i>dexmethylphenidate hcl</i> (Focalin)    | T1 |    |
| JORNAY PM                                  | T4 | ST |
| METADATE CD ( <i>methylphenidate hcl</i> ) | T4 | ST |
| METHYLIN ( <i>methylphenidate hcl</i> )    | T4 |    |

T1 – Genéricos preferidos

T2 – Genéricos no preferidos

T3 – Marcas preferidas

T4 – Marcas no preferidas

T5 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

## Lista de medicamentos con receta

| MEDICAMENTOS PSICOTERAPÉUTICOS (Trastorno de déficit de atención e hiperactividad) <sup>9</sup> (cont.) |                       |                                   |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|-----------------------------------|
| Nombre del medicamento con receta                                                                       | Nivel del medicamento | Requisitos y límites de cobertura |
| <b>TRAT. PARA EL DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD (ADHD)/NARCOLEPSIA (cont.)</b>                  |                       |                                   |
| <i>methylphenidate</i>                                                                                  | T2                    | ST                                |
| <i>methylphenidate er 10 mg cap</i> (Aptensio Xr)                                                       | T2                    | ST                                |
| <i>methylphenidate er 10 mg, 20 mg tab</i>                                                              | T2                    |                                   |
| <i>methylphenidate er 15 mg cap</i> (Aptensio Xr)                                                       | T2                    | ST                                |
| <i>methylphenidate er 18 mg tab</i> (Concerta)                                                          | T2                    |                                   |
| <i>methylphenidate er 18 mg tab</i> (Relexxii)                                                          | T2                    |                                   |
| <i>methylphenidate er 20 mg cap</i> (Aptensio Xr)                                                       | T2                    | ST                                |
| <i>methylphenidate er 27 mg tab</i> (Concerta)                                                          | T2                    |                                   |
| <i>methylphenidate er 27 mg tab</i> (Relexxii)                                                          | T2                    |                                   |
| <i>methylphenidate er 30 mg cap</i> (Aptensio Xr)                                                       | T2                    | ST                                |
| <i>methylphenidate er 36 mg tab</i> (Concerta)                                                          | T2                    |                                   |
| <i>methylphenidate er 36 mg tab</i> (Relexxii)                                                          | T2                    |                                   |
| <i>methylphenidate er 40 mg cap</i> (Aptensio Xr)                                                       | T2                    | ST                                |
| <i>methylphenidate er 50 mg cap</i> (Aptensio Xr)                                                       | T2                    | ST                                |
| <i>methylphenidate er 54 mg tab</i> (Concerta)                                                          | T2                    |                                   |
| <i>methylphenidate er 54 mg tab</i> (Relexxii)                                                          | T2                    |                                   |
| <i>methylphenidate er 60 mg cap</i> (Aptensio Xr)                                                       | T2                    | ST                                |
| METHYLPHENIDATE ER 72 MG TAB                                                                            | T4                    | ST                                |
| <i>methylphenidate er 72 mg tab</i>                                                                     | T2                    |                                   |
| <i>methylphenidate hcl</i>                                                                              | T2                    |                                   |
| <i>methylphenidate hcl</i> (Metadate Cd)                                                                | T2                    |                                   |
| <i>methylphenidate hcl</i> (Methylin)                                                                   | T2                    |                                   |
| <i>methylphenidate hcl</i> (Ritalin La)                                                                 | T2                    |                                   |
| <i>methylphenidate hcl</i> (Ritalin)                                                                    | T2                    |                                   |
| QELBREE                                                                                                 | T4                    | ST                                |
| QELBREE ER                                                                                              | T4                    | ST                                |
| RELEXXII ER 72 MG TABLET                                                                                | T4                    | ST                                |
| <i>atomoxetine hcl</i> (Strattera)                                                                      | T2                    | HD                                |

| MEDICAMENTOS PSICOTERAPÉUTICOS (Varios)                                            |    |                             |
|------------------------------------------------------------------------------------|----|-----------------------------|
| <b>AGENTES PARA EL TRATAMIENTO DEL TRASTORNO DE DESEO SEXUAL HIPOACTIVO (HSDD)</b> |    |                             |
| ADDYI                                                                              | T4 | PA                          |
| VYLEESI                                                                            | T5 | PA QL (8 auto-injs/fill) SP |

T1 – Genéricos preferidos  
T2 – Genéricos no preferidos  
T3 – Marcas preferidas  
T4 – Marcas no preferidas

T5 – Medicamentos de especialidad de marca  
PA – Autorización previa  
QL – Límite a la cantidad

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

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

## Lista de medicamentos con receta

| MEDICAMENTOS PSICOTERAPÉUTICOS (Esquizofrenia/antipsicóticos) <sup>9</sup>   |                       |                                   |
|------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|-----------------------------------|
| Nombre del medicamento con receta                                            | Nivel del medicamento | Requisitos y límites de cobertura |
| <b>ANTIPSIC., ANTAG. DE LA DOPAMINA, DIFENILBUTILPIPERIDINAS</b>             |                       |                                   |
| <i>pimozide</i>                                                              | T2                    |                                   |
| <b>ANTIPSICÓTICOS, ATÍPICOS, ANTAGONISTAS DE LA DOPAMINA Y LA SEROTONINA</b> |                       |                                   |
| <i>asenapine maleate</i> (Saphris)                                           | T2                    | QL (60 tabs/fill)                 |
| CAPLYTA                                                                      | T4                    | QL (30 caps/fill)                 |
| <i>clozapine</i>                                                             | T2                    |                                   |
| <i>clozapine</i> (Clozaril)                                                  | T2                    |                                   |
| CLOZARIL ( <i>clozapine</i> )                                                | T4                    |                                   |
| GEODON ( <i>ziprasidone hcl</i> )                                            | T4                    | QL (60 caps/fill)                 |
| INVEGA ER 3 MG TABLET ( <i>paliperidone</i> )                                | T4                    | QL (30 tabs/fill)                 |
| INVEGA ER 6 MG TABLET ( <i>paliperidone</i> )                                | T4                    | QL (60 tabs/fill)                 |
| INVEGA ER 9 MG TABLET ( <i>paliperidone</i> )                                | T4                    | QL (30 tabs/fill)                 |
| LYBALVI                                                                      | T4                    | QL (30 tabs/30 days)              |
| <i>olanzapine</i>                                                            | T2                    | PA SP HD                          |
| <i>olanzapine</i> (Zyprexa Zydis)                                            | T2                    | QL (30 tabs/fill)                 |
| <i>quetiapine er 200 mg tablet</i> (Seroquel Xr)                             | T2                    | QL (30 tabs/fill)                 |
| <i>quetiapine er 300 mg tablet</i> (Seroquel Xr)                             | T2                    | QL (60 tabs/fill)                 |
| <i>quetiapine er 400 mg tablet</i> (Seroquel Xr)                             | T2                    | QL (60 tabs/fill)                 |
| <i>quetiapine er 50 mg tablet</i> (Seroquel Xr)                              | T2                    | QL (60 tabs/fill)                 |
| <i>quetiapine fumarate 200 mg tab</i> (Seroquel)                             | T1                    | QL (90 tabs/fill)                 |
| <i>quetiapine fumarate 300 mg tab</i> (Seroquel)                             | T1                    | QL (60 tabs/fill)                 |
| RISPERDAL 0.5 MG TABLET ( <i>risperidone</i> )                               | T4                    | QL (60 tabs/fill)                 |
| RISPERDAL 1 MG TABLET ( <i>risperidone</i> )                                 | T4                    | QL (60 tabs/fill)                 |
| RISPERDAL 1 MG/ML SOLUTION ( <i>risperidone</i> )                            | T4                    |                                   |
| RISPERDAL 2 MG TABLET ( <i>risperidone</i> )                                 | T4                    | QL (60 tabs/fill)                 |
| RISPERDAL 3 MG TABLET ( <i>risperidone</i> )                                 | T4                    | QL (60 tabs/fill)                 |
| RISPERDAL 4 MG TABLET ( <i>risperidone</i> )                                 | T4                    | QL (60 tabs/fill)                 |
| <i>risperidone</i>                                                           | T2                    | QL (60 tabs/fill)                 |
| <i>risperidone 0.5 mg tablet</i> (Risperdal)                                 | T1                    | QL (60 tabs/fill)                 |
| <i>risperidone 1 mg tablet</i> (Risperdal)                                   | T1                    | QL (60 tabs/fill)                 |
| <i>risperidone 1 mg/ml solution</i> (Risperdal)                              | T2                    |                                   |
| <i>risperidone 2 mg tablet</i> (Risperdal)                                   | T1                    | QL (60 tabs/fill)                 |
| <i>risperidone 3 mg tablet</i> (Risperdal)                                   | T1                    | QL (60 tabs/fill)                 |
| <i>risperidone 4 mg tablet</i> (Risperdal)                                   | T1                    | QL (60 tabs/fill)                 |
| SECUADO                                                                      | T4                    | QL (30 patches/fill)              |

T1 – Genéricos preferidos  
T2 – Genéricos no preferidos  
T3 – Marcas preferidas  
T4 – Marcas no preferidas

T5 – Medicamentos de especialidad de marca  
PA – Autorización previa  
QL – Límite a la cantidad

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

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

## Lista de medicamentos con receta

| MEDICAMENTOS PSICOTERAPÉUTICOS (Esquizofrenia/antipsicóticos) <sup>9</sup>           |                       |                                   |
|--------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|-----------------------------------|
| Nombre del medicamento con receta                                                    | Nivel del medicamento | Requisitos y límites de cobertura |
| <b>ANTIPSICÓTICOS, ATÍPICOS, ANTAGONISTAS DE LA DOPAMINA Y LA SEROTONINA (cont.)</b> |                       |                                   |
| VERSACLOZ                                                                            | T4                    |                                   |
| ziprasidone hcl (Geodon)                                                             | T2                    | QL (60 caps/fill)                 |
| ZYPREXA (olanzapine)                                                                 | T4                    | QL (30 tabs/fill)                 |
| ZYPREXA ZYDIS (olanzapine)                                                           | T4                    | QL (30 tabs/fill)                 |
| <b>ANTIPSICÓTICOS-ATÍPICOS, AG. PARCIAL DE D3/D2-5HT MIXTOS</b>                      |                       |                                   |
| VRAYLAR                                                                              | T4                    | QL (30 caps/fill)                 |
| <b>ANTIPSICÓTICOS-ATÍPICOS, AG. PARCIAL DE D2/5HT MIXTOS</b>                         |                       |                                   |
| ABILIFY ASIMTUFI                                                                     | T4                    |                                   |
| ABILIFY MYCITE                                                                       | T4                    | QL (30 tabs/fill)                 |
| aripiprazole                                                                         | T2                    | QL (60 tabs/fill)                 |
| aripiprazole 1 mg/ml solution                                                        | T2                    |                                   |
| aripiprazole 2 mg tablet (Abilify)                                                   | T1                    | QL (30 tabs/fill)                 |
| aripiprazole 10 mg tablet (Abilify)                                                  | T1                    | QL (30 tabs/fill)                 |
| aripiprazole 20 mg tablet (Abilify)                                                  | T1                    | QL (30 tabs/fill)                 |
| aripiprazole 30 mg tablet (Abilify)                                                  | T1                    | QL (30 tabs/fill)                 |
| REXULTI                                                                              | T4                    | QL (30 tabs/fill)                 |
| <b>ANTIPSICÓTICOS, ANTAGONISTAS DE LA DOPAMINA Y LA SEROTONINA</b>                   |                       |                                   |
| loxapine succinate                                                                   | T2                    |                                   |
| <b>ANTIPSICÓTICOS, ANTAGONISTAS DE LA DOPAMINA, TIOXANTENOS</b>                      |                       |                                   |
| thiothixene                                                                          | T2                    |                                   |
| <b>ANTIPSICÓTICOS, ANTAGONISTAS DE LA DOPAMINA, BUTIROFENONAS</b>                    |                       |                                   |
| haloperidol                                                                          | T1                    |                                   |
| haloperidol lactate                                                                  | T2                    |                                   |
| <b>ANTIPSICÓTICOS, ANTAGONISTAS DE LA DOPAMINA, DIHIDROINDOLONAS</b>                 |                       |                                   |
| molindone hcl                                                                        | T2                    |                                   |
| <b>ANTIPSICÓTICOS, FENOTIAZINAS</b>                                                  |                       |                                   |
| chlorpromazine hcl                                                                   | T2                    |                                   |
| fluphenazine hcl                                                                     | T2                    |                                   |
| perphenazine                                                                         | T2                    |                                   |
| thioridazine hcl                                                                     | T2                    |                                   |
| trifluoperazine hcl                                                                  | T2                    |                                   |
| <b>SSRI-ANTIPSIC., ATÍPICOS, ANTAG. DE LA DOPAMINA Y LA SEROTONINA</b>               |                       |                                   |
| olanzapine/fluoxetine hcl                                                            | T2                    |                                   |

T1 – Genéricos preferidos  
T2 – Genéricos no preferidos  
T3 – Marcas preferidas  
T4 – Marcas no preferidas

T5 – Medicamentos de especialidad de marca  
PA – Autorización previa  
QL – Límite a la cantidad

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

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

## Lista de medicamentos con receta

| MEDICAMENTOS PSICOTERAPÉUTICOS (Trastornos convulsivos)                         |                       |                                   |
|---------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|-----------------------------------|
| Nombre del medicamento con receta                                               | Nivel del medicamento | Requisitos y límites de cobertura |
| <b>NEUROESTEROIDE MODULADOR DEL RECEPTOR GABA-A</b>                             |                       |                                   |
| ZTALMY                                                                          | T5                    | PA SP                             |
| MEDICAMENTOS PSICOTERAPÉUTICOS (Trastornos del sueño/sedantes)                  |                       |                                   |
| <b>AGENTES PARA EL TRATAMIENTO DE LA NARCOLEPSIA Y LOS TRASTORNOS DEL SUEÑO</b> |                       |                                   |
| <i>armodafinil</i> (Nuvigil)                                                    | T2                    | PA QL (30 tabs/fill)              |
| <i>modafinil 100 mg tablet</i> (Provigil)                                       | T2                    | PA QL (30 tabs/fill)              |
| SUNOSI                                                                          | T3                    | PA QL (30 tabs/fill)              |
| SEDANTES/HIPNÓTICOS (Trastornos del sueño/sedantes)                             |                       |                                   |
| <b>AGENTE TIPO SEDANTE ANTINARCOLEPSIA Y ANTICATAPLEXIA</b>                     |                       |                                   |
| LUMRYZ STARTER PACK                                                             | T5                    | PA SP HD                          |
| LUMRYZ ER                                                                       | T5                    | PA QL (30 packets/30 days) SP HD  |
| SODIUM OXYBATE                                                                  | T5                    | PA QL (540ml/30 days) SP HD       |
| XYREM                                                                           | T5                    | PA QL (540 mls/fill) SP HD        |
| XYWAV                                                                           | T5                    | PA QL (540 mls/fill) SP HD        |
| <b>BARBITÚRICOS</b>                                                             |                       |                                   |
| <i>phenobarbital</i>                                                            | T2                    |                                   |
| <b>HIPNÓTICOS, AGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE LA MELATONINA MT1/MT2</b>         |                       |                                   |
| HETLIOZ                                                                         | T5                    | PA QL (30 caps/fill) SP HD        |
| HETLIOZ LQ                                                                      | T5                    | PA QL (158 mls/fill) SP HD        |
| <i>ramelteon</i> (Rozerem)                                                      | T2                    | QL (30 tabs/fill)                 |
| <b>HIPNÓTICOS SEDANTES - BENZODIAZEPINAS</b>                                    |                       |                                   |
| <i>estazolam</i>                                                                | T2                    | QL (15 tabs/fill)                 |
| <i>flurazepam hcl</i>                                                           | T2                    | QL (15 caps/fill)                 |
| HALCION ( <i>triazolam</i> )                                                    | T4                    | QL (15 tabs/fill)                 |
| <i>midazolam hcl</i>                                                            | T2                    |                                   |
| RESTORIL ( <i>temazepam</i> )                                                   | T4                    | QL (15 caps/fill)                 |
| <i>temazepam</i> (Restoril)                                                     | T2                    | QL (15 caps/fill)                 |
| <i>triazolam</i>                                                                | T2                    | QL (15 tabs/fill)                 |
| <i>triazolam</i> (Halcion)                                                      | T2                    | QL (15 tabs/fill)                 |
| <b>HIPNÓTICOS SEDANTES, NO BARBITÚRICOS</b>                                     |                       |                                   |
| BELSOMRA                                                                        | T4                    | ST QL (30 tabs/fill)              |
| DAYVIGO                                                                         | T4                    | ST QL (30 tabs/fill)              |
| <i>doxepin hcl 3 mg tablet</i> (Silenor)                                        | T2                    | ST QL (30 tabs/fill)              |
| <i>doxepin hcl 6 mg tablet</i> (Silenor)                                        | T2                    | ST QL (30 tabs/fill)              |

T1 – Genéricos preferidos  
T2 – Genéricos no preferidos  
T3 – Marcas preferidas  
T4 – Marcas no preferidas

T5 – Medicamentos de especialidad de marca  
PA – Autorización previa  
QL – Límite a la cantidad

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

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

## Lista de medicamentos con receta

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

| Nombre del medicamento con receta                   | Nivel del medicamento | Requisitos y límites de cobertura |
|-----------------------------------------------------|-----------------------|-----------------------------------|
| <b>HIPNÓTICOS SEDANTES, NO BARBITÚRICOS (cont.)</b> |                       |                                   |
| EDLUAR                                              | T4                    | ST QL (30 tabs/fill)              |
| <i>eszopiclone</i> (Lunesta)                        | T2                    | QL (30 tabs/fill)                 |
| IGALMI                                              | T4                    |                                   |
| MKO (MIDAZOLAM-KETAMINE-ONDAN)                      | T4                    |                                   |
| QUVIVIQ                                             | T4                    | ST QL (30 tabs/fill)              |
| SILENOR ( <i>doxepin hcl</i> )                      | T4                    | ST QL (30 tabs/fill)              |
| <i>zaleplon 10 mg capsule</i>                       | T2                    | QL (60 caps/fill)                 |
| <i>zaleplon 5 mg capsule</i>                        | T2                    | QL (30 caps/fill)                 |
| <i>zolpidem tartrate</i>                            | T2                    | QL (30 tabs/fill)                 |
| <i>zolpidem tartrate</i> (Ambien Cr)                | T2                    | QL (30 tabs/fill)                 |
| <i>zolpidem tartrate</i> (Ambien)                   | T2                    | QL (30 tabs/fill)                 |
| ZOLPIMIST                                           | T4                    | ST QL (1 canister/30 days)        |

### PREPARACIONES CUTÁNEAS (Varias)

#### ANTISÉPTICOS, GENERALES

|                                       |    |  |
|---------------------------------------|----|--|
| ADVOCATE ALCOHOL 70% PREP PADS        | T3 |  |
| ALCOHOL 70% PREP PADS                 | T3 |  |
| <i>alcohol 70% swabs</i>              | T2 |  |
| ALCOHOL 70% SWABS                     | T3 |  |
| ALCOHOL 70% WIPES                     | T3 |  |
| <i>alcohol antiseptic pads</i>        | T2 |  |
| <i>alcohol prep pads</i>              | T2 |  |
| <i>alcohol swab</i>                   | T2 |  |
| <i>alcohol swabs</i>                  | T2 |  |
| CARETOUCH ALCOHOL PREP PAD            | T3 |  |
| CURITY ALCOHOL PREPS                  | T3 |  |
| CVS ALCOHOL 70% PREP PADS             | T3 |  |
| <i>cvs isopropyl alcohol 70% wipe</i> | T2 |  |
| DROPSAFE PREP PADS                    | T3 |  |
| EASY COMFORT ALCOHOL PAD              | T3 |  |
| EASY TOUCH ALCOHOL PREP PADS          | T3 |  |
| <i>fifty50 alcohol prep pads</i>      | T2 |  |
| GNP ALCOHOL SWAB                      | T3 |  |
| GS ALCOHOL 70% SWABS                  | T3 |  |

T1 – Genéricos preferidos  
T2 – Genéricos no preferidos  
T3 – Marcas preferidas  
T4 – Marcas no preferidas

T5 – Medicamentos de especialidad de marca  
PA – Autorización previa  
QL – Límite a la cantidad

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

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

## Lista de medicamentos con receta

| PREPARACIONES CUTÁNEAS (Varias) (cont.)             |                       |                                   |
|-----------------------------------------------------|-----------------------|-----------------------------------|
| Nombre del medicamento con receta                   | Nivel del medicamento | Requisitos y límites de cobertura |
| <b>ANTISÉPTICOS, GENERALES (cont.)</b>              |                       |                                   |
| HM ALCOHOL 70% PREP PADS                            | T3                    |                                   |
| INCONTROL ALCOHOL PADS                              | T3                    |                                   |
| <i>pharm choice alcohol prep pads</i>               | T2                    |                                   |
| PHARM CHOICE ALCOHOL PREP PADS                      | T3                    |                                   |
| PRO COMFORT ALCOHOL PADS                            | T3                    |                                   |
| PURE COMFORT ALCOHOL PAD                            | T3                    |                                   |
| <i>ra alcohol swabs</i>                             | T2                    |                                   |
| RA ISOPROPYL ALCOHOL 70% WIPES                      | T3                    |                                   |
| RELION ALCOHOL 70% SWABS                            | T3                    |                                   |
| SAPS ALCOHOL 70% PREP PADS                          | T3                    |                                   |
| SINGLE USE SWAB                                     | T3                    |                                   |
| SURE COMFORT ALCOHOL                                | T3                    |                                   |
| SURE-PREP ALCOHOL PREP PADS                         | T3                    |                                   |
| SWI ALCOHOL 70% PREP PADS                           | T3                    |                                   |
| TRUE COMFORT ALCOHOL PADS                           | T3                    |                                   |
| TRUE COMFORT PRO ALCOHOL PADS                       | T3                    |                                   |
| ULTILET ALCOHOL SWAB                                | T3                    |                                   |
| WEBCOL                                              | T3                    |                                   |
| <b>IRRIGANTES</b>                                   |                       |                                   |
| <i>acetic acid</i>                                  | T2                    |                                   |
| <i>neomycin sulf/polymyxin b sulf</i>               | T2                    |                                   |
| PHYSIOLYTE ( <i>physiological irrig soln no.1</i> ) | T4                    |                                   |
| PHYSIOSOL ( <i>physiological irrig soln no.1</i> )  | T4                    |                                   |
| <i>ringer's solution</i>                            | T2                    |                                   |
| <i>ringer's solution,lactated</i>                   | T2                    |                                   |
| <i>sod,pot chlor/mag/sod,pot phos</i>               | T2                    |                                   |
| <i>sodium chloride 0.9% irrig</i>                   | T2                    |                                   |
| <i>sodium chloride 0.9% irrig.</i>                  | T2                    |                                   |
| <i>sodium chloride 0.9% prcss sol</i>               | T2                    |                                   |
| SODIUM CHLORIDE 0.9% IRRIG.                         | T4                    |                                   |
| <i>sodium chloride irrig solution</i>               | T2                    |                                   |
| SORBITOL                                            | T4                    |                                   |
| SORBITOL-MANNITOL                                   | T4                    |                                   |
| <i>water for irrigation,sterile</i>                 | T2                    |                                   |

T1 – Genéricos preferidos  
T2 – Genéricos no preferidos  
T3 – Marcas preferidas  
T4 – Marcas no preferidas

T5 – Medicamentos de especialidad de marca  
PA – Autorización previa  
QL – Límite a la cantidad

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

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

## Lista de medicamentos con receta

### PREPARACIONES CUTÁNEAS (Varias) (cont.)

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

#### AGENTES OXIDANTES

|                          |    |  |
|--------------------------|----|--|
| <i>hydrogen peroxide</i> | T2 |  |
|--------------------------|----|--|

#### CONSERVANTES

|                     |    |  |
|---------------------|----|--|
| <i>formaldehyde</i> | T2 |  |
|---------------------|----|--|

### PREPARACIONES CUTÁNEAS (Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)

#### AGENTES ANTIPSORIÁSICOS, SISTÉMICOS

|                             |    |                                 |
|-----------------------------|----|---------------------------------|
| <i>acitretin</i>            | T2 |                                 |
| <i>methoxsalen</i>          | T2 |                                 |
| SKYRIZI                     | T5 | PA QL (150mg/84 days) SP HD     |
| SKYRIZI (2 SYRINGES) KIT    | T5 | PA QL (150mg/84 days) SP HD     |
| SKYRIZI PEN                 | T5 | PA QL (150mg/84 days) SP HD     |
| SOTYKTU                     | T5 | PA QL (30 tabs/30 days) SP HD   |
| SPEVIGO                     | T5 | PA SP HD                        |
| TALTZ AUTOINJECTOR          | T5 | PA QL (1 ml/28 days) SP HD      |
| TALTZ AUTOINJECTOR (2 PACK) | T5 | PA QL (1 ml/28 days) SP HD      |
| TALTZ AUTOINJECTOR (3 PACK) | T5 | PA QL (1 ml/28 days) SP HD      |
| TALTZ 20 MG/0.25 ML SYRINGE | T5 | PA QL (1 syringe/28 days) SP HD |
| TALTZ 40 MG/0.5 ML SYRINGE  | T5 | PA QL (1 syringe/28 days) SP HD |
| TALTZ 80 MG/ML SYRINGE      | T5 | PA QL (1 ml/28 days) SP HD      |

#### ANTIINFLAMATORIOS TÓPICOS, ANTIINFLAM. NO ESTEROIDEOS

|                                 |    |                            |
|---------------------------------|----|----------------------------|
| <i>diclofenac sodium 1% gel</i> | T2 | QL (500 gms/28 days) HD    |
| FLECTOR                         | T3 | ST QL (60 patches/fill) HD |
| LICART                          | T3 | ST QL (30 patches/fill) HD |

### PREPARACIONES CUTÁNEAS (Condiciones cutáneas)

#### AGENTES ANTIACNÉ, SISTÉMICOS

|                                                  |    |    |
|--------------------------------------------------|----|----|
| ABSORICA (isotretinoin)                          | T4 | ST |
| <i>isotretinoin</i> (Absorica)                   | T2 |    |
| ACZONE (dapsone)                                 | T4 | ST |
| <i>adapalene/benzoyl peroxide</i>                | T2 |    |
| <i>adapalene/benzoyl peroxide</i> (Epiduo Forte) | T2 |    |
| AZELEX                                           | T4 | ST |
| <i>clindamycin phos/benzoyl perox</i>            | T2 |    |
| <i>clindamycin phos/benzoyl perox</i> (Acanya)   | T2 |    |
| <i>clindamycin/tretinoin</i> (Ziana)             | T2 | PA |

T1 – Genéricos preferidos

T2 – Genéricos no preferidos

T3 – Marcas preferidas

T4 – Marcas no preferidas

T5 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a 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 |
| <b>AGENTES ANTIACNÉ, SISTÉMICOS (cont.)</b>           |                       |                                   |
| <i>dapsone</i> (Aczone)                               | T2                    |                                   |
| EPIDUO FORTE                                          | T4                    | ST                                |
| EPIDUO FORTE ( <i>adapalene/benzoyl peroxide</i> )    | T4                    | ST                                |
| KLARON ( <i>sulfacetamide sodium</i> )                | T4                    | ST                                |
| NEUAC 1.2-5% KIT                                      | T4                    | ST                                |
| <i>neuac gel</i>                                      | T2                    |                                   |
| ONEXTON                                               | T3                    | ST                                |
| <i>sulfacetamide sodium</i> (Klaron)                  | T2                    |                                   |
| <b>AGENTES ANTIACNÉ, TÓPICOS</b>                      |                       |                                   |
| <i>clindamycin/tretinoin</i> (Veltin)                 | T2                    |                                   |
| <i>dapsone 5% gel</i> (Aczone)                        | T2                    | PA SP HD                          |
| <i>dapsone 7.5% gel pump</i> (Aczone)                 | T2                    | PA SP HD                          |
| ONEXTON ( <i>clindamycin phos/benzoyl perox</i> )     | T4                    | ST                                |
| <b>ANTIPRURIGINOSOS, TÓPICOS</b>                      |                       |                                   |
| ZONALON                                               | T4                    | ST QL (90 gms/30 days)            |
| ZONALON ( <i>doxepin hcl</i> )                        | T4                    | ST QL (90 gms/30 days)            |
| <b>AGENTES ANTIPSORIÁSICOS</b>                        |                       |                                   |
| <i>calcipotriene 0.005% cream</i> (Dovonex)           | T2                    | QL (120 gms/30 days)              |
| <i>calcipotriene 0.005% ointment, solution</i>        | T2                    | QL (120 gms/30 days)              |
| <i>calcitriol 3 mcg/g ointment</i> (Vectical)         | T2                    |                                   |
| DOVONEX ( <i>calcipotriene</i> )                      | T4                    | ST QL (120 gms/30 days)           |
| DUOBRII                                               | T4                    | ST QL (200 gms/30 days)           |
| <i>tazarotene 0.05% gel</i> (Tazorac)                 | T2                    | PA                                |
| <i>tazarotene 0.05% cream</i> (Tazorac)               | T2                    | PA                                |
| <i>tazarotene 0.1% cream</i> (Tazorac)                | T2                    | PA                                |
| <i>tazarotene 0.1% gel</i> (Tazorac)                  | T2                    | PA                                |
| TWYNEO                                                | T4                    | PA ST                             |
| VECTICAL ( <i>calcitriol</i> )                        | T4                    |                                   |
| VTAMA                                                 | T3                    | PA QL (60 gms/28 days)            |
| ZIANA ( <i>clindamycin/tretinoin</i> )                | T4                    | PA ST                             |
| ZORYVE 0.3% CREAM                                     | T4                    | PA QL (60 gms/30 days)            |
| <b>AGENTES ANTISEBORREICOS</b>                        |                       |                                   |
| ESKATA                                                | T4                    |                                   |
| OVACE ( <i>sulfacetamide sodium</i> )                 | T4                    |                                   |

T1 – Genéricos preferidos

T2 – Genéricos no preferidos

T3 – Marcas preferidas

T4 – Marcas no preferidas

T5 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a 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 |
| <b>AGENTES ANTISEBORREICOS (cont.)</b>                |                       |                                   |
| OVACE PLUS                                            | T4                    |                                   |
| OVACE PLUS WASH                                       | T4                    |                                   |
| PLEXION NS                                            | T4                    |                                   |
| <i>selenium sulfide</i>                               | T2                    |                                   |
| <i>sod sulfacetam 10% clnsng gel</i>                  | T2                    |                                   |
| <i>sod sulfacetamide 10% shampoo</i>                  | T2                    |                                   |
| <i>sod sulfacetamide 9.8% shampoo</i>                 | T2                    |                                   |
| SODIUM SULFACETAMIDE 10% WASH                         | T4                    |                                   |
| <i>sodium sulfacetamide 10% wash (Ovace)</i>          | T2                    |                                   |
| <b>ANTISÉPTICOS, GENERALES</b>                        |                       |                                   |
| ADVOCATE ALCOHOL 70% PREP PADS                        | T3                    |                                   |
| ALCOHOL 70% PREP PADS                                 | T3                    |                                   |
| <i>alcohol 70% swabs</i>                              | T2                    |                                   |
| ALCOHOL 70% WIPES                                     | T3                    |                                   |
| <i>alcohol antiseptic pads</i>                        | T2                    |                                   |
| <i>alcohol prep pads</i>                              | T2                    |                                   |
| <i>alcohol swabs</i>                                  | T2                    |                                   |
| CARETOUCH ALCOHOL PREP PAD                            | T3                    |                                   |
| CURITY ALCOHOL PREPS                                  | T3                    |                                   |
| CVS ALCOHOL 70% PREP PADS                             | T3                    |                                   |
| <i>cvs isopropyl alcohol 70% wipe</i>                 | T2                    |                                   |
| DROPSAFE PREP PADS                                    | T3                    |                                   |
| EASY COMFORT ALCOHOL PAD                              | T3                    |                                   |
| EASY TOUCH ALCOHOL PREP PADS                          | T3                    |                                   |
| <i>fifty50 alcohol prep pads</i>                      | T2                    |                                   |
| GS ALCOHOL 70% SWABS                                  | T3                    |                                   |
| HM ALCOHOL 70% PREP PADS                              | T3                    |                                   |
| INCONTROL ALCOHOL PADS                                | T3                    |                                   |
| PHARM CHOICE ALCOHOL PREP PADS                        | T3                    |                                   |
| <i>pharm choice alcohol prep pads</i>                 | T2                    |                                   |
| PRO COMFORT ALCOHOL PADS                              | T3                    |                                   |
| PURE COMFORT ALCOHOL PAD                              | T3                    |                                   |
| <i>ra alcohol swabs</i>                               | T2                    |                                   |
| RA ISOPROPYL ALCOHOL 70% WIPES                        | T3                    |                                   |

T1 – Genéricos preferidos

T2 – Genéricos no preferidos

T3 – Marcas preferidas

T4 – Marcas no preferidas

T5 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a 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 |
| <b>ANTISÉPTICOS, GENERALES (cont.)</b>                           |                       |                                   |
| RELION ALCOHOL 70% SWABS                                         | T3                    |                                   |
| SAPS ALCOHOL 70% PREP PADS                                       | T3                    |                                   |
| SINGLE USE SWAB                                                  | T3                    |                                   |
| <i>sm alcohol prep pads</i>                                      | T2                    |                                   |
| SURE COMFORT ALCOHOL                                             | T3                    |                                   |
| SURE-PREP ALCOHOL PREP PADS                                      | T3                    |                                   |
| TRUE COMFORT ALCOHOL PADS                                        | T3                    |                                   |
| TRUE COMFORT PRO ALCOHOL PADS                                    | T3                    |                                   |
| ULTILET ALCOHOL SWAB                                             | T3                    |                                   |
| <i>v-r alcohol prep pads</i>                                     | T2                    |                                   |
| WEBCOL                                                           | T3                    |                                   |
| <b>ANTISÉPTICOS, VARIOS</b>                                      |                       |                                   |
| GUAIACOL                                                         | T3                    |                                   |
| <b>INMUNOMODULADORES</b>                                         |                       |                                   |
| <i>imiquimod</i>                                                 | T2                    |                                   |
| <i>imiquimod (Zyclara)</i>                                       | T2                    |                                   |
| <b>RUBEFIANTES/CONTRAIRRITANTES</b>                              |                       |                                   |
| CANTHARIDIN-ACETONE                                              | T4                    |                                   |
| <i>methyl salicylate</i>                                         | T2                    |                                   |
| YCANTH                                                           | T5                    | SP                                |
| <b>INHIBIDORES DE LA QUINASA DE JANUS (JAK)</b>                  |                       |                                   |
| CIBINQO                                                          | T5                    | PA QL (30 tabs/30 days) SP        |
| <b>COMBINACIONES DE QUERATOLÍTICOS-GLUCOCORTICOIDES</b>          |                       |                                   |
| VANOXIDE-HC                                                      | T4                    | ST                                |
| <b>QUERATOLÍTICOS</b>                                            |                       |                                   |
| <i>benzopro 6% foaming cloths</i>                                | T2                    |                                   |
| BENZEPRO 7% CREAMY WASH ( <i>benzoyl peroxide microspheres</i> ) | T4                    | ST                                |
| <i>benzoyl peroxide</i>                                          | T2                    |                                   |
| <i>benzoyl peroxide (Pacnex)</i>                                 | T2                    |                                   |
| ENZOCLEAR                                                        | T4                    | ST                                |
| INOVA                                                            | T4                    | ST                                |
| INOVA 4-1                                                        | T4                    | ST                                |
| INOVA 8-2                                                        | T4                    | ST                                |
| PACNEX ( <i>benzoyl peroxide</i> )                               | T4                    | ST                                |

T1 – Genéricos preferidos  
T2 – Genéricos no preferidos  
T3 – Marcas preferidas  
T4 – Marcas no preferidas

T5 – Medicamentos de especialidad de marca  
PA – Autorización previa  
QL – Límite a la cantidad

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

HD – Puede requerir entrega a 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 |
| <b>QUERATOLÍTICOS (cont.)</b>                                |                       |                                   |
| <i>podofilox 0.5% gel</i> (Condylox)                         | T2                    | ST QL (7 gms/30 days)             |
| <i>podofilox 0.5% topical soln</i>                           | T2                    |                                   |
| PR BENZOYL PEROXIDE ( <i>benzoyl peroxide microspheres</i> ) | T4                    | ST                                |
| <b>PROTECTORES</b>                                           |                       |                                   |
| PHARMABASE BARRIER ( <i>zinc oxide</i> )                     | T4                    |                                   |
| <i>zinc oxide 20% ointment</i>                               | T2                    |                                   |
| ZINC OXIDE PASTE                                             | T3                    |                                   |
| <b>AGENTES PARA LA ROSÁCEA, TÓPICOS</b>                      |                       |                                   |
| <i>azelaic acid</i> (Finacea)                                | T2                    |                                   |
| EPSOLAY                                                      | T4                    | ST                                |
| FINACEA 15% FOAM                                             | T3                    | ST                                |
| FINACEA 15% GEL ( <i>azelaic acid</i> )                      | T4                    | ST                                |
| <i>ivermectin 1% cream</i> (Soolantra)                       | T2                    | QL (45 gms/30 days)               |
| METROCREAM ( <i>metronidazole</i> )                          | T4                    | ST                                |
| METROGEL ( <i>metronidazole</i> )                            | T4                    | ST                                |
| <i>metronidazole 0.75% cream</i> (Metrocream)                | T2                    |                                   |
| <i>metronidazole top 1% gel pump</i>                         | T2                    |                                   |
| <i>metronidazole topical 0.75% gl</i>                        | T2                    |                                   |
| <i>metronidazole topical 1% gel</i> (Metrogel)               | T2                    |                                   |
| <i>metronidazole 0.75% lotion</i>                            | T2                    |                                   |
| MIRVASO                                                      | T3                    | PA                                |
| RHOFADE                                                      | T4                    | PA                                |
| <i>rosadan 0.75% cream</i> (Metrocream)                      | T2                    |                                   |
| ROSADAN 0.75% CREAM KIT                                      | T4                    | ST                                |
| <i>rosadan 0.75% gel</i>                                     | T2                    |                                   |
| ROSADAN 0.75% GEL KIT                                        | T4                    | ST                                |
| SOOLANTRA ( <i>ivermectin</i> )                              | T4                    | ST QL (60 gms/30 days)            |
| <b>ADHESIVOS PARA TEJIDOS/HERIDAS</b>                        |                       |                                   |
| ARTISS                                                       | T4                    |                                   |
| SURGISEAL STYLUS                                             | T4                    |                                   |
| SURGISEAL TEARDROP                                           | T4                    |                                   |
| SURGISEAL TWIST                                              | T4                    |                                   |
| TISSEEL VHSD                                                 | T4                    |                                   |

T1 – Genéricos preferidos  
T2 – Genéricos no preferidos  
T3 – Marcas preferidas  
T4 – Marcas no preferidas

T5 – Medicamentos de especialidad de marca  
PA – Autorización previa  
QL – Límite a la cantidad

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

HD – Puede requerir entrega a 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 |
| <b>ANTIINFLAM. TÓPICO, INHIB. DE LA FOSFODIESTERASA-4 (PDE4)</b>        |                       |                                   |
| EUCRISA                                                                 | T3                    | ST QL (120 gms/30 days)           |
| ZORYVE 0.15% CREAM                                                      | T3                    | ST QL (60 gms/30 days)            |
| ZORYVE 0.3% FOAM                                                        | T4                    | ST QL (60 gms/30 days)            |
| <b>AGENTE ANTIACNÉ TÓPICO, AGONISTA DEL RECEPTOR DE ÁCIDO RETINOICO</b> |                       |                                   |
| AKLIEF                                                                  | T4                    | PA ST                             |
| ARAZLO                                                                  | T4                    | PA                                |
| <b>AGENTES TÓPICOS, VARIOS</b>                                          |                       |                                   |
| L-MESITRAN SOFT                                                         | T4                    |                                   |
| MEDIHONEY                                                               | T4                    |                                   |
| <i>trichloroacetic acid</i>                                             | T2                    |                                   |
| TRICHLOROACETIC ACID 100% ( <i>trichloroacetic acid</i> )               | T4                    |                                   |
| TRICHLOROACETIC ACID 20% ( <i>trichloroacetic acid</i> )                | T3                    |                                   |
| TRICHLOROACETIC ACID 25%                                                | T4                    |                                   |
| TRICHLOROACETIC ACID 30%                                                | T3                    |                                   |
| TRICHLOROACETIC ACID 35%                                                | T3                    |                                   |
| TRICHLOROACETIC ACID 40%                                                | T3                    |                                   |
| TRICHLOROACETIC ACID 50%                                                | T3                    |                                   |
| TRICHLOROACETIC ACID 75%                                                | T4                    |                                   |
| TRICHLOROACETIC ACID 80%                                                | T3                    |                                   |
| TRICHLOROACETIC ACID 85%                                                | T3                    |                                   |
| TRICHLOROACETIC ACID 90%                                                | T3                    |                                   |
| <b>DERIVADOS DE LA PLEUROMUTILINA, ANTIBIÓTICOS TÓPICOS</b>             |                       |                                   |
| ALTABAX                                                                 | T4                    | ST QL (30 gms/fill)               |
| <b>ANTIINFLAMATORIOS ESTEROIDEOS TÓPICOS</b>                            |                       |                                   |
| ALA-SCALP ( <i>hydrocortisone</i> )                                     | T4                    | ST                                |
| <i>alclometasone dipropionate</i>                                       | T2                    |                                   |
| <i>amcinonide</i>                                                       | T2                    | ST                                |
| <i>betamethasone dipropionate</i>                                       | T2                    |                                   |
| <i>betamethasone va 0.1% cream</i>                                      | T2                    |                                   |
| <i>betamethasone va 0.1% lotion</i>                                     | T2                    |                                   |
| <i>betamethasone valer 0.1% ointm</i>                                   | T2                    |                                   |
| <i>betamethasone valer 0.12% foam</i>                                   | T2                    | ST                                |
| <i>betamethasone/propylene glyc</i>                                     | T2                    |                                   |
| <i>betamethasone/propylene glyc (Diprolene)</i>                         | T2                    |                                   |

T1 – Genéricos preferidos

T2 – Genéricos no preferidos

T3 – Marcas preferidas

T4 – Marcas no preferidas

T5 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a 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 |
| <b>ANTIINFLAMATORIOS ESTEROIDEOS TÓPICOS (cont.)</b>  |                       |                                   |
| BRYHALI                                               | T4                    | ST                                |
| CAPEX SHAMPOO                                         | T4                    | ST                                |
| <i>clobetasol 0.05% cream</i>                         | T2                    | QL (120 gms/30 days)              |
| <i>clobetasol 0.05% gel</i>                           | T2                    | QL (120 gms/30 days)              |
| <i>clobetasol 0.05% ointment (Temovate)</i>           | T2                    | QL (120 gms/30 days)              |
| <i>clobetasol 0.05% shampoo (Clobex)</i>              | T2                    | ST QL (236 mls/30 days)           |
| <i>clobetasol 0.05% solution</i>                      | T2                    | QL (100 mls/30 days)              |
| <i>clobetasol 0.05% topical lotn</i>                  | T2                    | ST QL (118 mls/30 days)           |
| <i>clobetasol emollient 0.05% crm</i>                 | T2                    | QL (120 gms/30 days)              |
| <i>clobetasol emollient 0.05% foam</i>                | T2                    | ST QL (100 gms/30 days)           |
| <i>clobetasol prop 0.05% foam (Olux)</i>              | T2                    | ST QL (100 gms/30 days)           |
| <i>clobetasol prop 0.05% spray (Clobex)</i>           | T2                    | ST QL (125 mls/30 days)           |
| <i>clobetasol propionate/emoll</i>                    | T2                    | ST QL (100 gms/30 days)           |
| CLOBEX 0.05% SHAMPOO ( <i>clobetasol propionate</i> ) | T4                    | ST QL (236 mls/30 days)           |
| CLOBEX 0.05% SPRAY ( <i>clobetasol propionate</i> )   | T4                    | ST QL (125 mls/30 days)           |
| CLODAN 0.05% KIT                                      | T4                    | ST QL (2 kits/28 days)            |
| <i>clodan 0.05% shampoo (Clobex)</i>                  | T2                    | ST QL (236 mls/30 days)           |
| CLODERM                                               | T4                    | ST                                |
| CLODERM ( <i>clocortolone pivalate</i> )              | T4                    | ST                                |
| CORDRAN 0.025% CREAM                                  | T4                    | ST QL (120 gms/30 days)           |
| CORDRAN 0.05% CREAM ( <i>flurandrenolide</i> )        | T4                    | ST QL (120 gms/30 days)           |
| CORDRAN 0.05% LOTION ( <i>flurandrenolide</i> )       | T4                    | ST QL (120 mls/30 days)           |
| CORDRAN 0.05% OINTMENT ( <i>flurandrenolide</i> )     | T4                    | ST QL (120 gms/30 days)           |
| CORDRAN 4 MCG/SQ CM TAPE LARGE                        | T4                    | ST                                |
| DERMA-SMOOTHIE-FS ( <i>fluocinolone acetonide</i> )   | T4                    | ST                                |
| DERMA-SMOOTHIE-FS ( <i>fluocinolone/shower cap</i> )  | T4                    | ST                                |
| DERMASORB HC                                          | T4                    | ST                                |
| DERMASORB TA                                          | T4                    | ST                                |
| DERMATOP ( <i>prednicarbate</i> )                     | T4                    | ST                                |
| DESONATE ( <i>desonide</i> )                          | T4                    | ST                                |
| <i>desonide (Desonate)</i>                            | T2                    | ST                                |
| <i>desonide 0.05% cream (Tridesilon)</i>              | T2                    |                                   |
| <i>desonide 0.05% gel (Desonate)</i>                  | T2                    | ST                                |
| <i>desonide 0.05% lotion</i>                          | T2                    | ST                                |

T1 – Genéricos preferidos

T2 – Genéricos no preferidos

T3 – Marcas preferidas

T4 – Marcas no preferidas

T5 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a 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 |
| <b>ANTIINFLAMATORIOS ESTEROIDEOS TÓPICOS (cont.)</b>     |                       |                                   |
| <i>desonide 0.05% ointment</i>                           | T2                    |                                   |
| <i>desoximetasone (Topicort)</i>                         | T2                    | ST                                |
| <i>DIPROLENE (betamethasone/propylene glyc)</i>          | T4                    | ST                                |
| <i>fluocinolone acetonide</i>                            | T2                    |                                   |
| <i>fluocinolone acetonide (Derma-Smoothe-Fs)</i>         | T2                    |                                   |
| <i>fluocinolone acetonide (Synalar)</i>                  | T2                    |                                   |
| <i>fluocinolone/shower cap (Derma-Smoothe-Fs)</i>        | T2                    |                                   |
| <i>fluocinonide 0.05% cream</i>                          | T2                    | QL (120 gms/30 days)              |
| <i>fluocinonide 0.05% gel</i>                            | T2                    | QL (120 gms/30 days)              |
| <i>fluocinonide 0.05% ointment</i>                       | T2                    | QL (120 gms/30 days)              |
| <i>fluocinonide 0.05% solution</i>                       | T2                    | QL (120 gms/30 days)              |
| <i>fluocinonide 0.1% cream (Vanos)</i>                   | T2                    | ST QL (120 gms/30 days)           |
| <i>fluocinonide/emollient base</i>                       | T2                    | QL (120 gms/30 days)              |
| <i>fluticasone prop 0.005% oint</i>                      | T2                    |                                   |
| <i>fluticasone prop 0.05% cream</i>                      | T2                    |                                   |
| <i>fluticasone prop 0.05% lotion</i>                     | T2                    | ST                                |
| <i>fluticasone propionate</i>                            | T2                    | ST                                |
| <i>halobetasol propionate</i>                            | T2                    | ST                                |
| <i>halobetasol prop 0.05% cream (Ultravate)</i>          | T2                    |                                   |
| <i>halobetasol prop 0.05% ointmnt (Ultravate)</i>        | T2                    |                                   |
| <i>halobetasol prop 0.05% cream</i>                      | T2                    |                                   |
| <i>halobetasol prop 0.05% foam</i>                       | T2                    | ST                                |
| <i>halobetasol prop 0.05% ointmnt</i>                    | T2                    |                                   |
| <b>HALOG</b>                                             | T4                    | ST                                |
| <b>HALOG (halcinonide)</b>                               | T4                    | ST                                |
| <i>hydrocort buty 0.1% lipo cream (Locoid Lipocream)</i> | T2                    | QL (120 gms/30 days)              |
| <i>hydrocort/min oil/petrolat, wht</i>                   | T2                    |                                   |
| <i>hydrocortisone</i>                                    | T2                    |                                   |
| <i>hydrocortisone acetate</i>                            | T2                    |                                   |
| <i>hydrocortisone (Ala-Scalp)</i>                        | T2                    |                                   |
| <i>hydrocortisone (Anusol-Hc)</i>                        | T2                    |                                   |
| <i>hydrocortisone buty 0.1% cream</i>                    | T2                    | QL (120 gms/30 days)              |
| <i>hydrocortisone butyr 0.1% lotn</i>                    | T2                    | PA SP HD                          |
| <i>hydrocortisone butyr 0.1% oint</i>                    | T2                    | ST QL (10gm/28 days)              |

T1 – Genéricos preferidos  
T2 – Genéricos no preferidos  
T3 – Marcas preferidas  
T4 – Marcas no preferidas

T5 – Medicamentos de especialidad de marca  
PA – Autorización previa  
QL – Límite a la cantidad

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

HD – Puede requerir entrega a 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 |
| <b>ANTIINFLAMATORIOS ESTEROIDEOS TÓPICOS (cont.)</b>           |                       |                                   |
| <i>hydrocortisone butyr 0.1% soln</i>                          | T2                    | ST QL (120 mls/30 days)           |
| <i>hydrocortisone valerate</i>                                 | T2                    |                                   |
| IMPEKLO                                                        | T4                    | ST QL (136 gms/28 days)           |
| KENALOG 0.147 MG/GRAM SPRAY ( <i>triamcinolone acetonide</i> ) | T4                    | ST QL (100 gms/30 days)           |
| KENALOG 0.147 MG/GRAM SPRAY ( <i>triamcinolone acetonide</i> ) | T4                    | ST QL (126 gms/30 days)           |
| <i>mometasone furoate 0.1% cream, oint, soln</i>               | T2                    |                                   |
| NUCORT                                                         | T4                    | ST                                |
| OLUX ( <i>clobetasol propionate</i> )                          | T4                    | ST QL (100 gms/30 days)           |
| PANDEL                                                         | T4                    | ST                                |
| <i>prednicarbate</i>                                           | T2                    |                                   |
| <i>prednicarbate (Dermatop)</i>                                | T2                    |                                   |
| SCALACORT DK                                                   | T4                    | ST                                |
| SYNALAR                                                        | T4                    | ST                                |
| SYNALAR ( <i>fluocinolone acetonide</i> )                      | T4                    | ST                                |
| SYNALARTS                                                      | T4                    | ST                                |
| TEMOVATE ( <i>clobetasol propionate</i> )                      | T4                    | ST QL (120 gms/30 days)           |
| TEXACORT                                                       | T4                    | ST                                |
| TOPICORT 0.05% CREAM ( <i>desoximetasone</i> )                 | T4                    | ST                                |
| TOPICORT 0.05% GEL ( <i>desoximetasone</i> )                   | T4                    | ST                                |
| TOPICORT 0.05% OINTMENT ( <i>desoximetasone</i> )              | T4                    | ST                                |
| TOPICORT 0.25% CREAM ( <i>desoximetasone</i> )                 | T4                    | ST                                |
| TOPICORT 0.25% OINTMENT ( <i>desoximetasone</i> )              | T4                    | ST                                |
| <i>triamcinolone 0.025% cream, lotion, oint</i>                | T2                    |                                   |
| <i>triamcinolone 0.05% ointment</i>                            | T2                    | ST                                |
| <i>triamcinolone 0.1% cream, lotion, ointment</i>              | T2                    |                                   |
| <i>triamcinolone 0.147 mg/g spray (Kenalog)</i>                | T2                    | ST QL (126 gms/30 days)           |
| <i>triamcinolone 0.147 mg/g spray (Kenalog)</i>                | T2                    | ST QL (100 gms/30 days)           |
| <i>triamcinolone 0.5% cream, ointment</i>                      | T2                    |                                   |
| <i>triamcinolone acetonide</i>                                 | T2                    | ST                                |
| <i>triderm 0.1% cream</i>                                      | T2                    |                                   |
| <i>triderm 0.5% cream</i>                                      | T2                    | ST                                |
| TRIDESILON ( <i>desonide</i> )                                 | T4                    | ST                                |
| ULTRAVATE X                                                    | T4                    | ST                                |

T1 – Genéricos preferidos  
T2 – Genéricos no preferidos  
T3 – Marcas preferidas  
T4 – Marcas no preferidas

T5 – Medicamentos de especialidad de marca  
PA – Autorización previa  
QL – Límite a la cantidad

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

HD – Puede requerir entrega a 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 |
| <b>ANTIINFLAMATORIOS ESTEROIDEOS TÓPICOS-ANESTÉSICOS LOCALES</b> |                       |                                   |
| ANALPRAM HC 2.5%-1% LOTION                                       | T4                    | ST                                |
| EPIFOAM                                                          | T4                    | ST                                |
| hydrocort-pramoxine 2.5-1% crm                                   | T2                    | ST                                |
| lidocaine/hydrocortisone ac                                      | T2                    |                                   |
| lidocaine-hc 3-0.5% cream                                        | T2                    |                                   |
| PRAMOSONE                                                        | T4                    | ST                                |
| <b>ANTIPARASITARIOS TÓPICOS</b>                                  |                       |                                   |
| lindane                                                          | T2                    |                                   |
| malathion (Ovide)                                                | T2                    |                                   |
| OVIDE (malathion)                                                | T4                    |                                   |
| <b>INHIBIDORES DE LA QUINASA DE JANUS (JAK) TÓPICOS</b>          |                       |                                   |
| OPZELURA                                                         | T4                    | PA QL (240 gms/28 days)           |
| <b>PREPARACIONES ANTIBACTERIANAS TÓPICAS</b>                     |                       |                                   |
| iodine/potassium iodide                                          | T2                    |                                   |
| iodine/sodium iodide                                             | T2                    |                                   |
| IODOFLEX                                                         | T4                    |                                   |
| IODOSORB                                                         | T4                    |                                   |
| NORMLGEL AG                                                      | T4                    |                                   |
| <b>ANÁLOGOS DE VIT. D/ANTIINFLAMATORIOS ESTEROIDEOS TÓPICOS</b>  |                       |                                   |
| calcipotriene/betamethasone (Taclonex)                           | T2                    | ST QL (60 gms/30 days)            |
| calcipotriene/betamethasone (Taclonex)                           | T2                    | QL (60 gms/30 days)               |
| ENSTILAR                                                         | T3                    | ST QL (60 gms/30 days)            |
| WYNZORA                                                          | T4                    | ST QL (60 gms/30 days)            |
| <b>ENZIMAS TÓPICAS/DE LAS MEMBR. MUCOSAS/SUBCUT.</b>             |                       |                                   |
| SANTYL                                                           | T3                    | QL (180 gms/fill)                 |
| <b>DERIVADOS DE LA VITAMINA A</b>                                |                       |                                   |
| adapalene 0.1% cream (Differin)                                  | T2                    |                                   |
| ADAPALENE 0.1% LOTION                                            | T4                    | ST                                |
| adapalene 0.1% solution                                          | T2                    |                                   |
| adapalene 0.1% swab                                              | T2                    | ST                                |
| adapalene 0.3% gel                                               | T2                    |                                   |
| adapalene 0.3% gel pump (Differin)                               | T2                    |                                   |
| ALTRENO                                                          | T4                    | PA                                |
| avita 0.025% cream (Retin-A)                                     | T2                    | PA                                |

T1 – Genéricos preferidos

T2 – Genéricos no preferidos

T3 – Marcas preferidas

T4 – Marcas no preferidas

T5 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a 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 |
|----------------------------------------------------|-----------------------|-----------------------------------|
| <b>DERIVADOS DE LA VITAMINA A (cont.)</b>          |                       |                                   |
| AVITA 0.025% GEL                                   | T4                    | PA                                |
| DIFFERIN                                           | T4                    | ST                                |
| DIFFERIN ( <i>adapalene</i> )                      | T4                    | ST                                |
| RETIN-A ( <i>tretinoin</i> )                       | T4                    | PA                                |
| RETIN-A MICRO PUMP 0.06% GEL                       | T4                    | PA                                |
| RETIN-A MICRO PUMP 0.08% GEL                       | T4                    | PA                                |
| <i>tretinoin 0.01% gel</i> (Retin-A)               | T2                    | PA                                |
| <i>tretinoin 0.025% cream</i> (Retin-A)            | T2                    | PA                                |
| <i>tretinoin 0.025% gel</i> (Retin-A)              | T2                    | PA                                |
| <i>tretinoin 0.05% cream</i> (Retin-A)             | T2                    | PA                                |
| <i>tretinoin 0.05% gel</i> (Atralin)               | T2                    | PA                                |
| <i>tretinoin 0.1% cream</i> (Retin-A)              | T2                    | PA                                |
| <i>tretinoin microspheres</i> (Retin-A Micro Pump) | T2                    | PA                                |
| <i>tretinoin microspheres</i> (Retin-A Micro)      | T2                    | PA                                |

### AGENTES PARA DEJAR DE FUMAR (Productos para dejar de fumar)

#### AGENTES PARA DEJAR DE FUMAR (ESTIM. GANGLIONARES, OTROS)

|             |    |                            |
|-------------|----|----------------------------|
| NICOTROL    | T4 | QL (180 ds/365 days) PPACA |
| NICOTROL NS | T4 | QL (180 ds/365 days) PPACA |

#### AGENTES PARA DEJAR DE FUMAR-AGONISTA PARCIAL DE LOS RECEPT. DE NICOTINA

|                                       |    |                            |
|---------------------------------------|----|----------------------------|
| APO-VARENICLINE 0.5 MG TABLET         | T3 | QL (180 ds/365 days) PPACA |
| APO-VARENICLINE 1 MG TABLET           | T3 | QL (180 ds/365 days) PPACA |
| CHANTIX                               | T4 | QL (180 ds/365 days) PPACA |
| <i>varenicline starting month box</i> | T2 |                            |

#### AGENTES PARA DEJAR DE FUMAR, OTROS

|                                       |    |                            |
|---------------------------------------|----|----------------------------|
| <i>bupropion hcl sr 150 mg tablet</i> | T2 | QL (180 ds/365 days) PPACA |
|---------------------------------------|----|----------------------------|

### PREPARACIONES PARA LA TIROIDES (Agentes hormonales)

#### PREPARACIONES ANTITIROIDEAS

|                         |    |    |
|-------------------------|----|----|
| <i>methimazole</i>      | T1 | HD |
| <i>propylthiouracil</i> | T2 | HD |

#### HORMONAS TIROIDEAS

|                                    |    |    |
|------------------------------------|----|----|
| <i>adthyza 15 mg tablet</i>        | T2 | HD |
| <i>adthyza 30 mg, 60 mg tablet</i> | T2 | HD |
| <i>adthyza 90 mg tablet</i>        | T2 | HD |

T1 – Genéricos preferidos

T2 – Genéricos no preferidos

T3 – Marcas preferidas

T4 – Marcas no preferidas

T5 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

## Lista de medicamentos con receta

### PREPARACIONES PARA LA TIROIDES (Agentes hormonales) (cont.)

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

#### HORMONAS TIROIDEAS (cont.)

|                                         |    |       |
|-----------------------------------------|----|-------|
| <i>adthyza 120 mg tablet</i>            | T2 | HD    |
| ARMOUR THYROID                          | T3 | HD    |
| ERMEZA                                  | T4 | ST HD |
| <i>levothyroxine sodium (Synthroid)</i> | T1 | HD    |
| <i>liothyronine sodium (Cytomel)</i>    | T2 | HD    |
| <i>thyroid, pork</i>                    | T2 | HD    |

### PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (SIDA/VIH)

#### INHIBIDORES DEL CITOCROMO P450

|        |    |    |
|--------|----|----|
| TYBOST | 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   | T5 | PA QL (56 tabs/fill) SP HD  |
| ALYFTREK 4-20-50 MG TABLET     | T5 | PA QL (84 tabs/fill) SP HD  |
| ORKAMBI 75-94 MG GRANULE PKT   | T5 | PA QL (56 packs/fill) SP HD |
| ORKAMBI 100-125 MG GRANULE PKT | T5 | PA QL (56 packs/fill) SP HD |
| ORKAMBI 150-188 MG GRANULE PKT | T5 | PA QL (56 packs/fill) SP HD |
| ORKAMBI 100 MG-125 MG TABLET   | T5 | PA QL (112 tabs/fill) SP HD |
| ORKAMBI 200 MG-125 MG TABLET   | T5 | PA QL (112 tabs/fill) SP HD |
| SYMDEKO                        | T5 | PA QL (56 tabs/fill) SP HD  |
| TRIKAFTA                       | T5 | PA QL (84 tabs/fill) SP HD  |
| TRIKAFTA GRANULE PKT           | T5 | PA QL (84 pkts/fill) SP HD  |

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

|                              |    |                             |
|------------------------------|----|-----------------------------|
| KALYDECO 5.8 MG GRANULES PKT | T5 | PA QL (56 packs/fill) SP HD |
| KALYDECO GRANULES PACKET     | T5 | PA QL (56 packs/fill) SP HD |
| KALYDECO 150 MG TABLET       | T5 | PA QL (56 tabs/fill) SP HD  |

#### INHIBIDOR DE LA DIPEPTIDIL PEPTIDASA I (DPPi)

|           |    |       |
|-----------|----|-------|
| BRINSUPRI | T5 | PA SP |
|-----------|----|-------|

#### SURFACTANTES PULMONARES

|          |    |  |
|----------|----|--|
| CUROSURF | T4 |  |
| INFASURF | T4 |  |
| SURVANTA | T4 |  |

T1 – Genéricos preferidos

T2 – Genéricos no preferidos

T3 – Marcas preferidas

T4 – Marcas no preferidas

T5 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

## Lista de medicamentos con receta

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

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

#### MUCOLÍTICOS

|           |    |          |
|-----------|----|----------|
| PULMOZYME | T5 | PA SP HD |
|-----------|----|----------|

#### FIBROSIS PULMONAR - INHIBIDORES DE ENZIMAS SISTÉMICAS

|      |    |                            |
|------|----|----------------------------|
| OFEV | T5 | PA QL (60 caps/fill) SP HD |
|------|----|----------------------------|

#### INHIBIDORES DE ENZIMAS SISTÉMICAS

|                                |    |                             |
|--------------------------------|----|-----------------------------|
| JOENJA 70 MG TABLET            | T5 | PA QL (60 tabs/30 days) SP  |
| VIJOICE 50 MG GRANULE PACKET   | T5 | PA QL (28 packs/28 days) SP |
| VIJOICE 250 MG DAILY DOSE PACK | T5 | PA QL (56 tabs/28 days) SP  |
| VIJOICE 50 MG, 125 MG TABLET   | T5 | 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    | T5 | PA QL (1 pen/28 days) SP HD |
| TEZSPIRE 210 MG/1.91 ML SYRING | T5 | PA QL (1 syg/28 days) SP HD |

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

#### INHIBIDORES DE LA TIROSINA QUINASA DEL BAZO/BRUTON

|           |    |                            |
|-----------|----|----------------------------|
| TAVALISSE | T5 | 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) | T2 | PA SP HD |
| <i>icatibant acetate</i> (Firazyr) | T2 | PA SP    |

#### INHIBIDORES DE CALICREÍNA PLASMÁTICA

|                    |    |                              |
|--------------------|----|------------------------------|
| ORLADEYO           | T5 | PA QL (28 caps/28 days) SP   |
| TAKHZYRO 300MG/2ML | T5 | PA QL (2units/28 days) SP HD |

### PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Cáncer)

#### AGENTES DE RESCATE/ANTÍDOTOS PARA QUIMIOTERAPIA

|                           |    |                              |
|---------------------------|----|------------------------------|
| <i>leucovorin calcium</i> | T2 | CSL                          |
| <i>mesna</i> (Mesnex)     | T2 | SP CSL                       |
| MESNEX ( <i>mesna</i> )   | T5 | SP CSL                       |
| VISTOGARD                 | T5 | PA QL (20 packs/fill) SP CSL |

### PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Productos dentales)

#### PREPARACIONES Y AYUDAS DENTALES

|                                            |    |  |
|--------------------------------------------|----|--|
| <i>chlorhexidine gluconate</i> (Peridex)   | T1 |  |
| PERIDEX ( <i>chlorhexidine gluconate</i> ) | T4 |  |

T1 – Genéricos preferidos

T2 – Genéricos no preferidos

T3 – Marcas preferidas

T4 – Marcas no preferidas

T5 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

## Lista de medicamentos con receta

### PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Productos dentales) (cont.)

| Nombre del medicamento con receta               | Nivel del medicamento | Requisitos y límites de cobertura |
|-------------------------------------------------|-----------------------|-----------------------------------|
| <b>PREPARACIONES Y AYUDAS DENTALES (cont.)</b>  |                       |                                   |
| <i>triamcinolone 0.1% paste</i>                 | T2                    |                                   |
| <i>triamcinolone acetanide</i>                  | T2                    |                                   |
| <b>INHIBIDORES DE LA COLAGENASA PERIODONTAL</b> |                       |                                   |
| <i>doxycycline hyclate 20 mg tab</i>            | T2                    |                                   |

### PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Disfunción eréctil)

|                                                            |    |                            |
|------------------------------------------------------------|----|----------------------------|
| <b>MEDICAMENTOS PARA TRATAR LA DISFUNCIÓN ERÉCTIL (ED)</b> |    |                            |
| <i>avanafil (Stendra)</i>                                  | T2 | 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> )                                | T4 | PA QL (8 tabs/30 days) HD  |
| EDEX 10 MCG CARTRIDGE 2-PK KIT                             | T3 | PA QL (6 kits/fill)        |
| EDEX 10 MCG CARTRIDGE 6-PK KIT                             | T3 | PA QL (2 kits/fill)        |
| EDEX 20 MCG CARTRIDGE 2-PK KIT                             | T3 | PA QL (6 kits/fill)        |
| EDEX 20 MCG CARTRIDGE 6-PK KIT                             | T3 | PA QL (2 kits/fill)        |
| EDEX 40 MCG CARTRIDGE 2-PK KIT                             | T3 | PA QL (6 kits/fill)        |
| EDEX 40 MCG CARTRIDGE 6-PK KIT                             | T3 | PA QL (2 kits/fill)        |
| IFE-BIMIX 30/1                                             | T3 |                            |
| LEVITRA ( <i>ardenafil hcl</i> )                           | T3 | PA QL (8 tabs/fill)        |
| MUSE                                                       | T2 | PA QL (12 supps/fill)      |
| PAPAVERINE-PHENTOLAMINE                                    | T3 |                            |
| PAPAVERINE-PHENTOLMN-ALPROSTD                              | T3 |                            |
| STENDRA ( <i>avanafil</i> )                                | T4 | PA QL (8 tabs/30 days)     |
| <i>tadalafil 2.5 mg tablet</i>                             | T2 | PA QL (30 tabs/30 days) HD |
| <i>tadalafil 5 mg tablet (Cialis)</i>                      | T2 | PA QL (8 tabs/30 days) HD  |
| <i>tadalafil 10 mg tablet (Cialis)</i>                     | T2 | PA QL (8 tabs/30 days) HD  |
| <i>tadalafil 20 mg tablet (Cialis)</i>                     | T2 | PA QL (8 tabs/30 days) HD  |
| <i>sildenafil 25 mg tablet (Viagra)</i>                    | T2 | PA QL (8 tabs/30 days) HD  |
| <i>sildenafil 50 mg tablet (Viagra)</i>                    | T2 | PA QL (8 tabs/30 days) HD  |
| <i>sildenafil 100 mg tablet (Viagra)</i>                   | T2 | PA QL (8 tabs/30 days) HD  |

T1 – Genéricos preferidos

T2 – Genéricos no preferidos

T3 – Marcas preferidas

T4 – Marcas no preferidas

T5 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a 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 |
| <b>MEDICAMENTOS PARA TRATAR LA DISFUNCIÓN ERÉCTIL (ED) (cont.)</b>                       |                       |                                   |
| TRI-MIX (PAPVRN-PHNTLMN-PGE1)                                                            | T3                    |                                   |
| <i>vardenafil hcl</i>                                                                    | T2                    | PA QL (8 tabs/fill)               |
| <i>vardenafil hcl (Levitra)</i>                                                          | T2                    | PA QL (8 tabs/fill)               |
| <b>PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Condiciones oculares)</b>                   |                       |                                   |
| <b>AGONISTA PARCIAL DE RECEPTORES NICOTÍNICOS, ALFA4-BETA2</b>                           |                       |                                   |
| TYRVAYA                                                                                  | T4                    | PA                                |
| <b>PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Condiciones gastrointestinales/pirosis)</b> |                       |                                   |
| <b>AGENTES PARA USO ESTOMATOLÓGICO</b>                                                   |                       |                                   |
| PROTHELIAL                                                                               | T4                    |                                   |
| <b>KIT PARA PREPARAR COMPUESTOS</b>                                                      |                       |                                   |
| FIRST-MOUTHWASH BLM                                                                      | T4                    |                                   |
| <b>AGENTES ORALES PARA LA MUCOSITIS/ESTOMATITIS</b>                                      |                       |                                   |
| GELCLAIR                                                                                 | T4                    |                                   |
| GELX                                                                                     | T4                    |                                   |
| ORAMAGICRX                                                                               | T4                    |                                   |
| <b>AGENTES ANTIINFLAMATORIOS ORALES PARA LA MUCOSITIS/ESTOMATITIS</b>                    |                       |                                   |
| EPISIL                                                                                   | T4                    |                                   |
| <b>AGONISTAS DE LOS PPAR</b>                                                             |                       |                                   |
| IQIRVO                                                                                   | T5                    | PA SP HD                          |
| LIVDELZI                                                                                 | T5                    | PA SP                             |
| <b>AGENTES ESTIMULANTES DE LA SALIVA</b>                                                 |                       |                                   |
| NUMOISYN                                                                                 | T4                    |                                   |
| <b>AGENTES SUSTITUTOS DE LA SALIVA</b>                                                   |                       |                                   |
| AQUORAL                                                                                  | T4                    |                                   |
| BOCASAL                                                                                  | T4                    |                                   |
| CAPHOSOL                                                                                 | T4                    |                                   |
| MUCOSITISRX                                                                              | T4                    |                                   |
| NEUTRASAL                                                                                | T4                    |                                   |
| NUMOISYN                                                                                 | T4                    |                                   |
| SALIVAMAX                                                                                | T4                    |                                   |
| <b>AGONISTA DEL RECEPTOR DE LA HORMONA TIROIDEA (THR)</b>                                |                       |                                   |
| REZDIFFRA                                                                                | T5                    | PA QL (30 tabs/30 days) SP HD     |

T1 – Genéricos preferidos  
T2 – Genéricos no preferidos  
T3 – Marcas preferidas  
T4 – Marcas no preferidas

T5 – Medicamentos de especialidad de marca  
PA – Autorización previa  
QL – Límite a la cantidad

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

HD – Puede requerir entrega a 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 (Agentes hormonales)                 |                                            |                                                                                    |
|-------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|
| Nombre del medicamento con receta                                             | Nivel del medicamento                      | Requisitos y límites de cobertura                                                  |
| ANTAGONISTAS DE RECEPTORES DE LA HORMONA DE CRECIMIENTO                       |                                            |                                                                                    |
| SOMAVERT                                                                      | T5                                         | PA SP HD                                                                           |
| AGENTES PARA EL TRAT. DEL HIPERPARATIROID. - TIPO ANÁLOGO DE VITAMINA D       |                                            |                                                                                    |
| doxercalciferol                                                               | T2                                         | ST                                                                                 |
| paricalcitol                                                                  | T2                                         | ST SP HD                                                                           |
| paricalcitol (Zemplar)                                                        | T2                                         | ST SP HD                                                                           |
| RAYALDEE                                                                      | T4                                         | ST                                                                                 |
| ZEMPLAR (paricalcitol)                                                        | T5                                         | ST SP HD                                                                           |
| PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Varios)                             |                                            |                                                                                    |
| ABORTIVOS-ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE LA PROGESTERONA                   |                                            |                                                                                    |
| MIFEPREX                                                                      | T4                                         |                                                                                    |
| mifepristone 200 mg tablet                                                    | T2                                         |                                                                                    |
| AGENTES PARA TRATAR LA PARÁLISIS PERIÓDICA - INHIB. DE LA ANHIDRASA CARBÓNICA |                                            |                                                                                    |
| dichlorphenamide (Keveyis)                                                    | T2                                         | PA SP                                                                              |
| INHIBIDORES DE AMONÍACO                                                       |                                            |                                                                                    |
| CARBAGLU (carglumic acid)                                                     | T5                                         | PA SP HD                                                                           |
| carglumic acid (Carbaglu)                                                     | T2                                         | PA SP HD                                                                           |
| PREPARACIONES ANTIALCOHÓLICAS                                                 |                                            |                                                                                    |
| acamprosate calcium                                                           | T2                                         |                                                                                    |
| disulfiram                                                                    | T2                                         |                                                                                    |
| INHIBIDORES DE LA ESTERASA CI                                                 |                                            |                                                                                    |
| HAEGARDA 2,000UNIT VIAL                                                       | T5                                         | PA QL (24 vls/28 days) SP HD                                                       |
| HAEGARDA 3,000UNIT VIAL                                                       | T5                                         | PA QL (16 vls/28 days) SP HD                                                       |
| CALCIMIMÉTICO, POTENCIADOR DEL CALCIO PARATIROIDEO                            |                                            |                                                                                    |
| cinacalcet hcl (Sensipar)                                                     | T2                                         | PA SP                                                                              |
| COLORANTES Y TINTES                                                           |                                            |                                                                                    |
| methylene blue                                                                | T2                                         |                                                                                    |
| KIT PARA PREPARAR COMPUESTOS                                                  |                                            |                                                                                    |
| FIRST-MOUTHWASH BLM                                                           | T4                                         |                                                                                    |
| AGENTES CRIOPRESERVANTES                                                      |                                            |                                                                                    |
| dimethyl sulfoxide                                                            | T2                                         |                                                                                    |
| MEDICAMENTOS PARA TRATAR DIAG. DE GAUCHER TIPO I, REDUCTORES DE SUSTRATOS     |                                            |                                                                                    |
| CERDELGA                                                                      | T5                                         | PA QL (56 caps/28 days) SP HD                                                      |
| ALÉRGENOS E IRRITANTES AMBIENTALES, OTROS                                     |                                            |                                                                                    |
| T.R.U.E. TEST                                                                 | T4                                         |                                                                                    |
| T1 – Genéricos preferidos                                                     | T5 – Medicamentos de especialidad de marca | ST – Tratamiento escalonado                                                        |
| T2 – Genéricos no preferidos                                                  | PA – Autorización previa                   | AGE – Requisito de edad                                                            |
| T3 – Marcas preferidas                                                        | QL – Límite a la cantidad                  | SP – Medicamentos de especialidad                                                  |
| T4 – Marcas no preferidas                                                     |                                            | HD – Puede requerir entrega a 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 |
| <b>AGENTES PARA INHALACIÓN GENERALES</b>                                               |                       |                                   |
| HYPER-SAL                                                                              | T4                    |                                   |
| nebusal 3% vial                                                                        | T2                    |                                   |
| NEBUSAL 6% VIAL                                                                        | T4                    |                                   |
| sodium chloride for inhalation                                                         | T2                    |                                   |
| sodium chloride 0.9% inhal vl                                                          | T2                    |                                   |
| sodium chloride 10% vial                                                               | T2                    |                                   |
| sodium chloride 3% vial                                                                | T2                    |                                   |
| sodium chloride 7% vial                                                                | T2                    |                                   |
| <b>TRATAMIENTO DE TRASTORNO GENÉTICO - TRATAMIENTO POR DEFICIENCIA DE PROTEÍNA SMN</b> |                       |                                   |
| EVRYSDI                                                                                | T5                    | PA SP HD                          |
| <b>INHIBIDOR DE LA GLUCOSILCERAMIDA SINTASA (GCS)</b>                                  |                       |                                   |
| miglustat (Zavesca)                                                                    | T2                    | PA QL (90 caps/30 days) SP        |
| OPFOLDA                                                                                | T5                    | PA QL (8 caps/fill) SP HD         |
| <b>MEDICAMENTOS HOMEOPÁTICOS</b>                                                       |                       |                                   |
| VERTIGOHEEL                                                                            | T4                    |                                   |
| <b>INHIBIDOR DE LA HIDROXIFENILPIRUVATO DIOXIGENASA (HPPD)</b>                         |                       |                                   |
| nitisinone (Orfadin)                                                                   | T2                    | PA SP HD                          |
| NITYR                                                                                  | T5                    | PA SP                             |
| ORFADIN                                                                                | T5                    | PA SP                             |
| ORFADIN (nitisinone)                                                                   | T5                    | PA SP                             |
| <b>SUPRESORES DE LOS SÍNTOMAS MENOPÁUSICOS - ANTAG. DEL RECEPT. NK</b>                 |                       |                                   |
| VEOZAH                                                                                 | T4                    |                                   |
| <b>SUPRESORES DE LOS SÍNTOMAS MENOPÁUSICOS - SSRI</b>                                  |                       |                                   |
| paroxetine mesylate (Brisdelle)                                                        | T2                    | ST QL (30 caps/fill) HD           |
| <b>REEMPLAZO ENZIMÁTICO PARA ENFERMEDADES METABÓLICAS, HIPOFOSFATASIA</b>              |                       |                                   |
| STRENSIQ                                                                               | T5                    | PA SP                             |
| <b>AGENTES PARA TRATAR LA INTOXIC. POR METALES</b>                                     |                       |                                   |
| CHEMET                                                                                 | T3                    | PA                                |
| deferasirox (Exjade)                                                                   | T2                    | PA SP HD                          |
| deferasirox (Jadenu Sprinkle)                                                          | T2                    | PA SP HD                          |
| deferasirox (Jadenu)                                                                   | T2                    | PA SP HD                          |
| deferiprone (Ferriprox (3 Times A Day))                                                | T2                    | PA SP HD                          |
| FERRIPROX (2 TIMES A DAY)                                                              | T5                    | PA SP                             |

T1 – Genéricos preferidos  
T2 – Genéricos no preferidos  
T3 – Marcas preferidas  
T4 – Marcas no preferidas

T5 – Medicamentos de especialidad de marca  
PA – Autorización previa  
QL – Límite a la cantidad

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

HD – Puede requerir entrega a 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 |
| <b>AGENTES PARA TRATAR LA INTOXIC. POR METALES (cont.)</b>                          |                       |                                   |
| FERRIPROX (3 TIMES A DAY) ( <i>deferiprone</i> )                                    | T5                    | PA SP                             |
| FERRIPROX 100 MG/ML SOLUTION                                                        | T5                    | PA SP                             |
| FERRIPROX 500 MG TABLET ( <i>deferiprone</i> )                                      | T5                    | PA SP                             |
| GALZIN                                                                              | T5                    | SP                                |
| RADIOGARDASE                                                                        | T4                    |                                   |
| SYPRINE ( <i>trientine hcl</i> )                                                    | T5                    | PA SP HD                          |
| <b>PÉPTIDOS NATRIURÉTICOS</b>                                                       |                       |                                   |
| VOXZOGO                                                                             | T5                    | PA SP HD                          |
| <b>INHIBIDORES DEL RECEPTOR FC NEONATAL (FCRN)</b>                                  |                       |                                   |
| VYVGART HYTRULO                                                                     | T5                    | PA SP HD                          |
| <b>ACTIVADOR DEL FACTOR 2 RELACIONADO CON EL FACTOR NUCLEAR ERITROIDE 2</b>         |                       |                                   |
| SKYCLARYS                                                                           | T5                    | PA SP                             |
| <b>CHAPERÓN FARMACOLÓGICO-ESTAB. DE LA ALFA-GALACTOSIDASA A</b>                     |                       |                                   |
| GALAFOLD                                                                            | T5                    | PA QL (15 caps/fill) SP HD        |
| <b>AGENTE PARA TRATAR LA FENILCETONURIA-COFACTOR DE LA FENILALANINA HIDROXILASA</b> |                       |                                   |
| <i>sapropterin dihydrochloride</i> (Kuvan)                                          | T2                    | PA SP                             |
| <i>sapropterin dihydrochloride</i> (Kuvan)                                          | T2                    | PA SP HD                          |
| <b>ESTABILIZADORES DE PROTEÍNAS</b>                                                 |                       |                                   |
| ATTRUBY                                                                             | T5                    | PA SP                             |
| VYNDAMAX                                                                            | T5                    | PA SP HD                          |
| VYNDAQEL                                                                            | T5                    | PA SP HD                          |
| <b>AGONISTAS DEL RECEPTOR DE ÁCIDO RETINOICO (RAR)</b>                              |                       |                                   |
| 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           |
| <b>SOLVENTES</b>                                                                    |                       |                                   |
| CVS ISOPROPYL ALCOHOL 91%                                                           | T4                    |                                   |
| <i>cvs isopropyl alcohol 91%</i>                                                    | T2                    |                                   |
| CVS ISOPROPYL RUB ALCOHOL 70%                                                       | T4                    |                                   |
| <i>cvs isopropyl rub alcohol 70%</i>                                                | T2                    |                                   |
| <i>eqi isopropyl alcohol 91%</i>                                                    | T2                    |                                   |
| <i>eqi isopropyl rub alcohol 70%</i>                                                | T2                    |                                   |

T1 – Genéricos preferidos

T2 – Genéricos no preferidos

T3 – Marcas preferidas

T4 – Marcas no preferidas

T5 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a 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 |
| <b>SOLVENTES (cont.)</b>                                           |                       |                                   |
| FT ISOPROPYL ALCOHOL 91%                                           | T4                    |                                   |
| FT ISOPROPYL RUB ALCOHOL 70%                                       | T4                    |                                   |
| GNP ISOPROPYL ALCOHOL 70%                                          | T4                    |                                   |
| <i>gnp isopropyl alcohol 99%</i>                                   | T2                    |                                   |
| GS ISOPROPYL ALCOHOL 91%                                           | T4                    |                                   |
| <i>hm isopropyl alcohol 70%</i>                                    | T2                    |                                   |
| <i>hm isopropyl alcohol 91%</i>                                    | T2                    |                                   |
| INSTACLEAN                                                         | T3                    |                                   |
| ISOPROPANOL                                                        | T3                    |                                   |
| <i>isopropyl 70% alcohol</i>                                       | T2                    |                                   |
| <i>isopropyl alcohol</i>                                           | T2                    |                                   |
| ISOPROPYL ALCOHOL 70%                                              | T4                    |                                   |
| <i>isopropyl alcohol 70%</i>                                       | T2                    |                                   |
| <i>isopropyl alcohol 91%</i>                                       | T2                    |                                   |
| <i>isopropyl alcohol 99%</i>                                       | T2                    |                                   |
| <i>isopropyl rubbing alcohol 70%</i>                               | T2                    |                                   |
| ISOPROPYL RUBBING ALCOHOL 70%                                      | T4                    |                                   |
| ISOPROPYL RUBBING ALCOHOL 91%                                      | T4                    |                                   |
| <i>kro isopropyl alcohol 91%</i>                                   | T2                    |                                   |
| MURI-LUBE MINERAL OIL                                              | T3                    |                                   |
| <i>polyethylene glycol</i>                                         | T2                    |                                   |
| <i>ra isopropyl alcohol 70%</i>                                    | T2                    |                                   |
| <i>ra isopropyl alcohol 91%</i>                                    | T2                    |                                   |
| <i>sm isopropyl alcohol 70%</i>                                    | T2                    |                                   |
| <i>swan isopropyl alcohol 70%</i>                                  | T2                    |                                   |
| <b>EXCIPIENTES</b>                                                 |                       |                                   |
| GELFILM                                                            | T4                    |                                   |
| HYDROXYPROPYLCELLULOSE                                             | T3                    |                                   |
| HYPROMELLOSE                                                       | T3                    |                                   |
| <b>TRATAMIENTO DE LA HIPERFAGIA EN EL SÍNDROME DE PRADER-WILLI</b> |                       |                                   |
| VYKAT XR                                                           | T5                    | PA SP                             |

T1 – Genéricos preferidos  
T2 – Genéricos no preferidos  
T3 – Marcas preferidas  
T4 – Marcas no preferidas

T5 – Medicamentos de especialidad de marca  
PA – Autorización previa  
QL – Límite a la cantidad

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

HD – Puede requerir entrega a 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 (Nutritivos/alimenticios)

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

#### AGENTES PARA DEFICIENCIAS METABÓLICAS

|                                               |    |       |
|-----------------------------------------------|----|-------|
| <i>betaine</i> (Cystadane)                    | T2 | PA SP |
| CARNITOR ( <i>levocarnitine</i> (with sugar)) | T4 |       |
| CARNITOR ( <i>levocarnitine</i> )             | T4 |       |
| CARNITOR SF ( <i>levocarnitine</i> )          | T4 |       |
| <i>levocarnitine</i> (Carnitor Sf)            | T2 |       |
| <i>levocarnitine</i> (Carnitor)               | T2 |       |
| <i>levocarnitine</i> (with sugar) (Carnitor)  | T2 |       |

### 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</i> (Bonsity)   | T2 | PA QL (1 pens/28 days) SP HD |
| <i>teriparatide</i> (Forteo)    | T2 | PA QL (1 pens/28 days) SP HD |

#### COMBINACIONES DE INHIBIDORES DE LA RESORCIÓN ÓSEA Y VITAMINA D

|                |    |                           |
|----------------|----|---------------------------|
| FOSAMAX PLUS D | T4 | ST QL (4 tabs/28 days) HD |
|----------------|----|---------------------------|

#### INHIBIDORES DE LA RESORCIÓN ÓSEA

|                                                     |    |                           |
|-----------------------------------------------------|----|---------------------------|
| ACTONEL 150 MG TABLET ( <i>risedronate sodium</i> ) | T4 | ST QL (1 TAB/30 DAYS) HD  |
| ACTONEL 35 MG TABLET ( <i>risedronate sodium</i> )  | T4 | ST QL (4 tabs/28 days) HD |
| <i>alendronate sod</i> 70 mg/75 ml                  | T2 | QL (300 mls/28 days) HD   |
| <i>alendronate sodium</i> 10 mg tab                 | T1 | QL (30 tabs/fill) HD      |
| <i>alendronate sodium</i> 35 mg tab                 | T1 | QL (4 tabs/28 days) HD    |
| <i>alendronate sodium</i> 40 mg tab                 | T1 | HD                        |
| <i>alendronate sodium</i> 5 mg tablet               | T1 | QL (30 tabs/fill) HD      |
| <i>alendronate sodium</i> 70 mg tab (Fosamax)       | T1 | QL (4 tabs/28 days) HD    |
| AELVIA ( <i>risedronate sodium</i> )                | T4 | ST QL (4 tabs/28 days) HD |
| BINOSTO                                             | T4 | ST QL (4 tabs/28 days) HD |
| EVISTA ( <i>raloxifene hcl</i> )                    | T4 | HD                        |
| FOSAMAX ( <i>alendronate sodium</i> )               | T4 | ST QL (4 tabs/28 days) HD |
| <i>ibandronate sodium</i>                           | T2 | QL (1 tab/30 days) HD     |
| <i>raloxifene hcl</i> (Evista)                      | T2 | HD PPACA                  |
| <i>risedronate sodium</i> (Atelvia)                 | T2 | QL (4 tabs/28 days) HD    |
| <i>risedronate sodium</i> 150 mg tab (Actonel)      | T2 | QL (1 tab/30 days) HD     |
| <i>risedronate sodium</i> 30 mg tab                 | T2 | QL (30 tabs/fill) HD      |
| <i>risedronate sodium</i> 35 mg tab (Actonel)       | T2 | QL (4 tabs/28 days) HD    |
| <i>risedronate sodium</i> 5 mg tablet               | T2 | QL (30 tabs/fill) HD      |

T1 – Genéricos preferidos

T2 – Genéricos no preferidos

T3 – Marcas preferidas

T4 – Marcas no preferidas

T5 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a 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 (Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria) |                       |                                   |
|---------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|-----------------------------------|
| Nombre del medicamento con receta                                                     | Nivel del medicamento | Requisitos y límites de cobertura |

| 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 100 MG TABLET                                                          | T3 | ST QL (60 tabs/30 days)     |
| SAVELLA 12.5 MG TABLET                                                         | T3 | ST QL (60 tabs/30 days)     |
| SAVELLA 25 MG TABLET                                                           | T3 | ST QL (60 tabs/30 days)     |
| SAVELLA 50 MG TABLET                                                           | T3 | ST QL (60 tabs/30 days)     |
| SAVELLA TITRATION PACK                                                         | T3 | ST QL (55 tabs/30 days)     |
| INMUNOMODULADORES, INHIB. ESPECÍF. DE ESTIM. DE LINFOCITOS B (BLYS)            |    |                             |
| BENLYSTA                                                                       | T5 | PA QL (4 mls/28 days) SP HD |

| PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Trastornos convulsivos) |    |       |
|-------------------------------------------------------------------|----|-------|
| AGENTES NEUROPÁTICOS                                              |    |       |
| <i>pregabalin</i> (Lyrica Cr)                                     | T2 | PA HD |

| PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Condiciones cutáneas)     |    |                                   |
|---------------------------------------------------------------------|----|-----------------------------------|
| INHIBIDORES DE LA INTERLEUCINA-13 (IL-13), ANTICUERPOS MONOCLONALES |    |                                   |
| ADBRY                                                               | T5 | PA QL (4 syringes/28 days) SP HD  |
| ADBRY AUTOINJECTOR                                                  | T5 | PA QL (2 auto-injs/28 days) SP HD |
| EBGLYSS PEN                                                         | T5 | PA QL (4 mls/28 days) SP          |
| EBGLYSS SYRINGE                                                     | T5 | PA SP                             |
| INHIBIDORES DE LA QUINASA DE JANUS (JAK)                            |    |                                   |
| LEQSELVI                                                            | T5 | PA SP HD                          |
| LITFULO                                                             | T5 | PA QL (28 caps/28 days) SP HD     |
| AGENTES CICATRIZANTES LOCALES                                       |    |                                   |
| FILSUEVZ                                                            | T5 | PA SP                             |

| PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Abuso de sustancias)             |    |                          |
|----------------------------------------------------------------------------|----|--------------------------|
| TRATAMIENTO PARA LA ABSTINENCIA DE OPIOIDES, AGONISTAS ADRENÉRGICOS ALFA 2 |    |                          |
| <i>lofexidine hcl</i> (Lucemyra)                                           | T2 | PA QL (224 tabs/30 days) |
| AGENTES PARA EL TRATAMIENTO PARA LA ABSTINENCIA DE OPIOIDES, TIPO OPIOIDES |    |                          |
| <i>buprenorphine hcl</i>                                                   | T2 |                          |
| <i>buprenorphine hcl/naloxone hcl</i>                                      | T2 |                          |
| <i>buprenorphine hcl/naloxone hcl</i> (Suboxone)                           | T2 |                          |
| ZUBSOLV                                                                    | T3 |                          |

T1 – Genéricos preferidos  
T2 – Genéricos no preferidos  
T3 – Marcas preferidas  
T4 – Marcas no preferidas

T5 – Medicamentos de especialidad de marca  
PA – Autorización previa  
QL – Límite a la cantidad

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

HD – Puede requerir entrega a 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 (Medicamentos para trasplante)

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

#### 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

|                                  |    |       |
|----------------------------------|----|-------|
| <i>alfuzosin hcl</i> (Uroxatral) | T2 | HD    |
| <i>dutasteride</i> (Avodart)     | T2 | ST HD |
| <i>finasteride</i> (Proscar)     | T2 | HD    |
| FLOMAX ( <i>tamsulosin hcl</i> ) | T4 | ST HD |
| PROSCAR ( <i>finasteride</i> )   | T4 | ST HD |
| <i>silodosin</i> (Rapaflo)       | T2 | HD    |
| <i>tamsulosin hcl</i> (Flomax)   | T1 | HD    |

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

|                                             |    |       |
|---------------------------------------------|----|-------|
| <i>dutasteride/tamsulosin hcl</i> (Jalyn)   | T2 | ST HD |
| JALYN ( <i>dutasteride/tamsulosin hcl</i> ) | T4 | ST HD |

#### AGENTES QUE REDUCEN LA CISTINA, CISTINOSIS NEFROPÁTICA

|          |    |    |
|----------|----|----|
| CYSTAGON | T5 | SP |
|----------|----|----|

#### ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE ENDOTELINA

|          |    |       |
|----------|----|-------|
| VANRAFIA | T5 | PA SP |
|----------|----|-------|

#### AGENTES PARA CÁLCULOS RENALES

|                                               |    |          |
|-----------------------------------------------|----|----------|
| <i>tiopronin dr 100 mg tablet</i> (Thiola Ec) | T2 | PA SP    |
| <i>tiopronin dr 100 mg tablet</i> (Thiola Ec) | T2 | PA SP HD |
| <i>tiopronin dr 300 mg tablet</i> (Thiola Ec) | T2 | PA SP    |
| <i>tiopronin dr 300 mg tablet</i> (Thiola Ec) | T2 | PA SP HD |
| <i>tiopronin</i> (Thiola Ec)                  | T2 | PA SP    |
| THIOLA EC ( <i>tiopronin</i> )                | T5 | PA SP    |

#### AGENTES PARA LA VEJIGA HIPERACTIVA, RECEPT. ADRENÉRGICOS BETA 3

|                                 |    |    |
|---------------------------------|----|----|
| GEMTESA                         | T4 | HD |
| <i>mirabegron</i> (Myrbetriq)   | T2 | HD |
| MYRBETRIQ                       | T3 | HD |
| MYRBETRIQ ( <i>mirabegron</i> ) | T3 | HD |

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

|                                         |    |    |
|-----------------------------------------|----|----|
| <i>darifenacin hydrobromide</i>         | T2 | HD |
| <i>solifenacin succinate</i> (Vesicare) | T2 | HD |

#### AGENTE ANTIESPASMÓDICO/ANTIINCONTINENCIA DE LAS VÍAS URINARIAS

|                                       |    |    |
|---------------------------------------|----|----|
| <i>fesoterodine fumarate</i> (Toviaz) | T2 | HD |
|---------------------------------------|----|----|

T1 – Genéricos preferidos

T2 – Genéricos no preferidos

T3 – Marcas preferidas

T4 – Marcas no preferidas

T5 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

## Lista de medicamentos con receta

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

| Nombre del medicamento con receta                                             | Nivel del medicamento | Requisitos y límites de cobertura |
|-------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|-----------------------------------|
| <b>AGENTE ANTIESPASMÓDICO/ANTIINCONTINENCIA DE LAS VÍAS URINARIAS (cont.)</b> |                       |                                   |
| <i>flavoxate hcl</i>                                                          | T2                    | HD                                |
| <i>oxybutynin 5 mg/5 ml soln cup</i>                                          | T2                    | HD                                |
| <i>oxybutynin chloride</i>                                                    | T2                    | HD                                |
| OXYTROL                                                                       | T4                    | ST QL (8 patches/28 days) HD      |
| <i>tolterodine tartrate (Detrol La)</i>                                       | T2                    | HD                                |
| <i>tolterodine tartrate (Detrol)</i>                                          | T2                    | HD                                |
| <i>tropium chloride</i>                                                       | T2                    | 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>   | T2 |  |
| <i>megestrol acet 40 mg/ml susp</i> | T2 |  |

### VITAMINAS (Nutritivas/alimenticias)

#### COMBINACIONES MULTIVITAMÍNICAS ANTIOXIDANTES

|                                       |    |  |
|---------------------------------------|----|--|
| 50 PLUS ADULT EYE HEALTH              | T4 |  |
| <i>a/c/e/zinc ox/cupric ox/lutein</i> | T2 |  |
| ADULT 50 PLUS EYE HEALTH              | T4 |  |
| ANTIOXIDANT FORMULA                   | T4 |  |
| BIOTECT PLUS SOFTGEL                  | T4 |  |
| EQ VISION FORMULA TABLET              | T3 |  |
| <i>eq eye health plus lutein tab</i>  | T2 |  |
| EYE HEALTH AND LUTEIN                 | T4 |  |
| EYE HEALTH WITH LUTEIN                | T4 |  |
| EYE HEALTH PLUS LUTEIN TABLET         | T4 |  |
| EYE MULTIVITAMIN                      | T3 |  |
| EYE MULTIVITAMIN WITH LUTEIN          | T4 |  |
| EYEPROTECT                            | T4 |  |
| <i>gnp healthy eyes tablet</i>        | T2 |  |
| HEALTHY EYES TABLET                   | T3 |  |
| <i>healthy eyes tablet</i>            | T2 |  |
| I-CAPS                                | T3 |  |
| ICAPS AREDS FORMULA DR TABLET         | T4 |  |
| ICAPS AREDS2                          | T4 |  |
| LIPOTRIAD                             | T4 |  |
| LIPOTRIAD VISIONARY                   | T4 |  |

T1 – Genéricos preferidos

T2 – Genéricos no preferidos

T3 – Marcas preferidas

T4 – Marcas no preferidas

T5 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a 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 |
| <b>COMBINACIONES MULTIVITAMÍNICAS ANTIOXIDANTES (cont.)</b> |                       |                                   |
| LUTEIN PLUS WITH ZEAXANTHIN                                 | T4                    |                                   |
| MACULAR BENEFITS                                            | T4                    |                                   |
| MACULAR HEALTH FORMULA                                      | T4                    |                                   |
| MACUVEX                                                     | T4                    |                                   |
| MACUZIN                                                     | T4                    |                                   |
| OCULAR VITAMINS                                             | T4                    |                                   |
| OCUVEL                                                      | T4                    |                                   |
| OCUVITE ADULT 50 PLUS                                       | T3                    |                                   |
| OCUVITE WITH LUTEIN                                         | T3                    |                                   |
| PRESERVISION AREDS                                          | T3                    |                                   |
| PRESERVISION AREDS 2 CO Q-10                                | T4                    |                                   |
| PRESERVISION LUTEIN                                         | T3                    |                                   |
| VITEYES AREDS 2 PLUS MULTIVIT                               | T4                    |                                   |
| VISION FORMULA TABLET                                       | T4                    |                                   |
| VISION FORMULA WITH LUTEIN                                  | T4                    |                                   |
| VISION OPTIMIZER                                            | T4                    |                                   |
| VISTA ADVANCED AREDS2                                       | T4                    |                                   |
| <i>vit a/vit c/vit e/zinc/copper</i>                        | T2                    |                                   |
| <i>vits a,c,e/lutein/minerals</i>                           | T2                    |                                   |
| <b>BIOFLAVONOIDES</b>                                       |                       |                                   |
| <i>bioflav,lemon/vit bcomp,c</i>                            | T2                    |                                   |
| <i>bioflav,lemon/vit bcomp,c (Lipo-Flavonoid Plus)</i>      | T2                    |                                   |
| CITRUS BIOFLAVONOIDES                                       | T4                    |                                   |
| EAR HEALTH PLUS CAPLET                                      | T4                    |                                   |
| <i>ear health plus caplet (Lipo-Flavonoid Plus)</i>         | T2                    |                                   |
| FLAVOVIT                                                    | T4                    |                                   |
| FLOGEN                                                      | T4                    |                                   |
| INNER EAR PLUS                                              | T4                    |                                   |
| LIPO FLAVONOID                                              | T4                    |                                   |
| LIPO-FLAVONOID PLUS ( <i>bioflav,lemon/vit bcomp,c</i> )    | T3                    |                                   |
| QUERCETIN                                                   | T4                    |                                   |
| <i>rutin</i>                                                | T2                    |                                   |
| VASCULERA                                                   | T4                    |                                   |
| VASOFLEX D1                                                 | T4                    |                                   |
| VENALIV                                                     | T4                    |                                   |

T1 – Genéricos preferidos

T2 – Genéricos no preferidos

T3 – Marcas preferidas

T4 – Marcas no preferidas

T5 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a 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 |
| <b>PREPARACIONES CON ÁCIDO FÓLICO</b>              |                       |                                   |
| COBALEFOL                                          | T4                    |                                   |
| <i>cvs folic acid 800 mcg tablet</i>               | T2                    | PPACA                             |
| DENOVO                                             | T4                    |                                   |
| DEPLIN-ALGAL OIL ( <i>levomefolate/algae oil</i> ) | T4                    |                                   |
| DEPLIN FC                                          | T4                    |                                   |
| ENLYTE                                             | T4                    |                                   |
| FA-8                                               | T4                    |                                   |
| FOLETRA                                            | T4                    |                                   |
| <i>folic acid 0.4 mg, 0.8 mg tablet</i>            | T2                    | PPACA                             |
| <i>folic acid 1 mg tablet</i>                      | T2                    |                                   |
| <i>folic acid 1,000 mcg tablet</i>                 | T2                    |                                   |
| FOLIC ACID 5 MG, 20 MG CAPSULE                     | T4                    |                                   |
| <i>folic acid 400 mcg, 800 mcg tablet</i>          | T2                    | PPACA                             |
| <i>folic acid 5 mg/ml vial</i>                     | T2                    |                                   |
| <i>folic acid 50 mg/10 ml vial</i>                 | T2                    |                                   |
| FOLIC ACID 800 MCG CAPSULE                         | T4                    |                                   |
| <i>folic acid/b6/ca phos/ginger</i>                | T2                    |                                   |
| FOLIKA-V                                           | T4                    |                                   |
| FOLITE                                             | T4                    |                                   |
| <i>ft folic acid 400 mcg, 800 mcg tablet</i>       | T2                    | PPACA                             |
| GENICIN VITA-Q                                     | T4                    |                                   |
| <i>gnp folic acid 400 mcg tablet</i>               | T2                    | PPACA                             |
| <i>hm folic acid 400 mcg tablet</i>                | T2                    | PPACA                             |
| HYLAZINC                                           | T4                    |                                   |
| <i>levomefolate calcium</i>                        | T2                    |                                   |
| <i>levomefolate/algae oil (Deplin-Algae Oil)</i>   | T2                    |                                   |
| METHYLFOLATE                                       | T4                    |                                   |
| MI-VITE RX                                         | T4                    |                                   |
| <i>purevita folic acid 400 mcg tb</i>              | T2                    | PPACA                             |
| PUREVITA FOLIC ACID 400MCG/2ML                     | T4                    |                                   |
| <i>ra folic acid 0.4 mg tablet</i>                 | T2                    | PPACA                             |
| <i>ra folic acid 800 mcg tablet</i>                | T2                    | PPACA                             |
| <i>sm folic acid 0.4 mg tablet</i>                 | T2                    | PPACA                             |
| <i>sm folic acid 400 mcg tablet</i>                | T2                    | PPACA                             |

T1 – Genéricos preferidos

T2 – Genéricos no preferidos

T3 – Marcas preferidas

T4 – Marcas no preferidas

T5 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a 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 |
| <b>PREPARACIONES CON ÁCIDO FÓLICO (cont.)</b>               |                       |                                   |
| <i>sv folic acid 800 mcg tablet</i>                         | T2                    | PPACA                             |
| <i>true folic acid 1600mcg dfe tb</i>                       | T2                    |                                   |
| <i>true folic acid 667 mcg dfe tb</i>                       | T2                    | PPACA                             |
| XAQUIL XR                                                   | T4                    |                                   |
| <b>PREPARACIONES DE VITAMINAS GERIÁTRICAS</b>               |                       |                                   |
| <i>a thru z advanced formula tab (Vision Plus Lutein)</i>   | T2                    |                                   |
| <i>a thru z select tablet (Vision Plus Lutein)</i>          | T2                    |                                   |
| CENTRUM SILVER CHEWABLE TABLET                              | T3                    |                                   |
| <i>eldertonic elixir</i>                                    | T2                    |                                   |
| ELDERTONIC LIQUID                                           | T4                    |                                   |
| GERITOL COMPLETE                                            | T3                    |                                   |
| GERITOL TONIC                                               | T3                    |                                   |
| <i>multivit with iron,minerals</i>                          | T2                    |                                   |
| <i>multivit with minerals/lutein (Vision Plus Lutein)</i>   | T2                    |                                   |
| REQ49+                                                      | T4                    |                                   |
| SPECTRAVITE ADULT 50+                                       | T4                    |                                   |
| VISION PLUS LUTEIN ( <i>multivit with minerals/lutein</i> ) | T3                    |                                   |
| <b>PREPARACIONES MULTIVITAMÍNICAS</b>                       |                       |                                   |
| <i>a thru z advanced formula tab</i>                        | T2                    |                                   |
| A THRU Z MEN'S ULTIMATE TABLET                              | T3                    |                                   |
| A THRU Z SELECT MEN 50+ TABLET                              | T4                    |                                   |
| <i>a thru z select multivit tab</i>                         | T2                    |                                   |
| <i>a thru z select multivit tab (Centrum Silver)</i>        | T2                    |                                   |
| <i>a thru z select multivit tab (Certavite Senior)</i>      | T2                    |                                   |
| <i>a thru z select tablet (Centrum Silver)</i>              | T2                    |                                   |
| <i>a thru z select tablet (Certavite Senior)</i>            | T2                    |                                   |
| <i>a thru z select women's tablet</i>                       | T2                    |                                   |
| <i>a/c/e/zinc/sod selenate/copper</i>                       | T2                    |                                   |
| ABC COMPLETE ADULT                                          | T3                    |                                   |
| ABC COMPLETE MEN'S                                          | T3                    |                                   |
| ABC COMPLETE SENIOR WOMEN'S                                 | T4                    |                                   |
| ACTIVNUTRIENTS                                              | T4                    |                                   |
| ACTIVNUTRIENTS PERFORMANCE                                  | T4                    |                                   |
| ADEK GUMMIES PLUS ZINC                                      | T4                    |                                   |

T1 – Genéricos preferidos

T2 – Genéricos no preferidos

T3 – Marcas preferidas

T4 – Marcas no preferidas

T5 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a 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 |
| <b>PREPARACIONES MULTIVITAMÍNICAS (cont.)</b> |                       |                                   |
| ADULT MULTI                                   | T4                    |                                   |
| ADULT MULTI GUMMIES                           | T4                    |                                   |
| ADULT MULTIVITAMIN GUMMIES                    | T4                    |                                   |
| ADULT ONE DAILY GUMMIES                       | T4                    |                                   |
| ADULTS' DAILY FORMULA                         | T4                    |                                   |
| ADULTS MULTIVITAMIN                           | T4                    |                                   |
| ADVANCED MULTI EA                             | T4                    |                                   |
| AFLOA                                         | T4                    |                                   |
| ALIVE ADULT ULTRA POTENCY                     | T4                    |                                   |
| ALIVE COMPLETE PREMIUM PRENATL                | T4                    |                                   |
| ALIVE DAILY ENERGY                            | T4                    |                                   |
| ALIVE DAILY SUPPORT PRENATAL                  | T4                    |                                   |
| ALIVE HAIR, SKIN AND NAILS                    | T4                    |                                   |
| ALIVE MAX POTENCY                             | T4                    |                                   |
| ALIVE MAX6 POTENCY                            | T4                    |                                   |
| ALIVE WOMEN'S 50 PLUS COMPLETE                | T4                    |                                   |
| ALIVE WOMEN'S MULTIVITAMIN                    | T4                    |                                   |
| ALIVE MEN'S 50 PLUS GUMMY                     | T4                    |                                   |
| ALIVE MEN'S 50 PLUS ULTRA                     | T4                    |                                   |
| ALIVE MEN'S ENERGY                            | T4                    |                                   |
| ALIVE MEN'S GUMMY                             | T4                    |                                   |
| ALIVE MEN'S ULTRA POTENCY                     | T4                    |                                   |
| ALIVE PREMIUM ADULT                           | T4                    |                                   |
| ALIVE PREMIUM PRENATAL                        | T4                    |                                   |
| ALIVE WOMEN'S 50 PLUS                         | T4                    |                                   |
| ALIVE WOMEN'S 50 PLUS ULTRA                   | T4                    |                                   |
| ALIVE WOMEN'S ENERGY                          | T4                    |                                   |
| ALIVE WOMEN'S GUMMY VITAMIN                   | T4                    |                                   |
| ALIVE WOMEN'S ULTRA POTENCY                   | T4                    |                                   |
| ALPHA BETIC MULTIVITAMIN                      | T4                    |                                   |
| ALTRIXA                                       | T4                    |                                   |
| <i>amino acids/mv,tx,iron,mineral</i>         | T2                    |                                   |
| AMLADEX                                       | T4                    |                                   |
| ANIMI-3                                       | T4                    |                                   |

T1 – Genéricos preferidos

T2 – Genéricos no preferidos

T3 – Marcas preferidas

T4 – Marcas no preferidas

T5 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a 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 |
| <b>PREPARACIONES MULTIVITAMÍNICAS (cont.)</b>                         |                       |                                   |
| BACMIN                                                                | T4                    |                                   |
| BARIATRIC MULTIVITAMINS                                               | T4                    |                                   |
| <i>b-complex with vitamin c</i>                                       | T2                    |                                   |
| <i>b-complex with vitamin c (Support-500)</i>                         | T2                    |                                   |
| <i>b-complex w-vitamin c caplet</i>                                   | T2                    |                                   |
| BEROCCA                                                               | T4                    |                                   |
| <i>beta-carotene(a)-vits c,e/mins</i>                                 | T2                    |                                   |
| BIO-35                                                                | T4                    |                                   |
| <i>biotect plus liquid</i>                                            | T2                    |                                   |
| BLADDER 2.2                                                           | T3                    |                                   |
| BODY, HAIR, SKIN AND NAILS                                            | T4                    |                                   |
| CENTRAL-VITE                                                          | T4                    |                                   |
| CENTRAL-VITE WOMEN'S MATURE ( <i>multivit-min/iron/folic/lutein</i> ) | T4                    |                                   |
| CENTRAVITES ADULTS                                                    | T4                    |                                   |
| CENTRUM                                                               | T3                    |                                   |
| CENTRUM ADULT 50 FRESH-FRUITY                                         | T4                    |                                   |
| CENTRUM ADULT 50 PLUS                                                 | T4                    |                                   |
| CENTRUM CHEWABLES ADULTS TAB                                          | T3                    |                                   |
| CENTRUM CHEWABLES ADULTS TAB                                          | T4                    |                                   |
| CENTRUM COMPLETE                                                      | T3                    |                                   |
| CENTRUM FLAVOR BURST ADULT                                            | T4                    |                                   |
| CENTRUM MEN 50 PLUS                                                   | T4                    |                                   |
| CENTRUM MEN MULTIGUMMY                                                | T4                    |                                   |
| CENTRUM MEN'S TABLET                                                  | T3                    |                                   |
| CENTRUM MENOPAUSE MULTIVITAMIN                                        | T4                    |                                   |
| CENTRUM MULTIGUMMIES                                                  | T4                    |                                   |
| CENTRUM MULTI MENTAL FOCUS                                            | T4                    |                                   |
| CENTRUM MULTI PLUS BEAUTY                                             | T4                    |                                   |
| CENTRUM MULTI PLUS OMEGA-3                                            | T4                    |                                   |
| CENTRUM POSTNATAL                                                     | T4                    |                                   |
| CENTRUM PRENATAL                                                      | T4                    |                                   |
| CENTRUM SILVER MEN                                                    | T4                    |                                   |
| CENTRUM SILVER TABLET ( <i>multivit-min/fa/lycopen/lutein</i> )       | T4                    |                                   |
| CENTRUM SILVER ULTRA MEN'S ( <i>multivit-min/fa/lycopen/lutein</i> )  | T3                    |                                   |

T1 – Genéricos preferidos

T2 – Genéricos no preferidos

T3 – Marcas preferidas

T4 – Marcas no preferidas

T5 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a 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 |
| <b>PREPARACIONES MULTIVITAMÍNICAS (cont.)</b>                        |                       |                                   |
| CENTRUM SILVER WOMEN ( <i>multivit-min/iron/folic/lutein</i> )       | T4                    |                                   |
| CENTRUM SPECIALIST ENERGY                                            | T4                    |                                   |
| CENTRUM SPECIALIST HEART                                             | T3                    |                                   |
| CENTRUM ULTRA MEN'S                                                  | T3                    |                                   |
| CENTRUM WOMEN 50 PLUS                                                | T4                    |                                   |
| CENTRUM WOMEN IMMUNE MINIS                                           | T4                    |                                   |
| CENTRUM WOMEN MULTIGUMMY                                             | T4                    |                                   |
| <i>centrum women tablet</i> (Certavite-Antioxidant)                  | T2                    |                                   |
| <i>centrum women tablet</i> (Tab-A-Vite Multivit With Iron)          | T2                    |                                   |
| <i>certavite-antioxidant tablet</i> (Certavite-Antioxidant)          | T2                    |                                   |
| CERTAVITE-ANTIOXIDANT TABLET ( <i>multivitamin/iron/folic acid</i> ) | T4                    |                                   |
| <i>certavite-antioxidant tablet</i> (Tab-A-Vite Multivit With Iron)  | T2                    |                                   |
| COMPLETE MEN                                                         | T3                    |                                   |
| COMPLETE MEN 50 PLUS                                                 | T4                    |                                   |
| COMPLETE MULTIVITAMIN-MINERAL                                        | T4                    |                                   |
| COMPLETIA DIABETIC MULTIVIT                                          | T4                    |                                   |
| CONCEPT DHA ( <i>mvn-min75/iron/iron ps/om3/dha</i> )                | T4                    |                                   |
| CONCEPT OB ( <i>mvn-min 74/iron fum/iron/fa</i> )                    | T4                    |                                   |
| CORVITE                                                              | T4                    |                                   |
| CULTURELLE PROBIOTIC-MULTIVIT                                        | T4                    |                                   |
| <i>cvs b-complex-vit c caplet</i>                                    | T2                    |                                   |
| <i>cvs adult multivitamin gummy</i>                                  | T2                    |                                   |
| <i>cvs hair, skin and nails cplt</i>                                 | T2                    |                                   |
| <i>cvs one daily essential tablet</i> (Daily-Vite)                   | T2                    |                                   |
| DAILY GUMMIES                                                        | T4                    |                                   |
| DAILY MULTIPLE                                                       | T3                    |                                   |
| DAILY MULTIVITAMIN                                                   | T4                    |                                   |
| <i>daily-vite tablet</i> (Daily-Vite)                                | T2                    |                                   |
| DAILY-VITE TABLET ( <i>multivitamin with folic acid</i> )            | T4                    |                                   |
| DAVIMET WITH IRON                                                    | T4                    |                                   |
| DAYAVITE                                                             | T4                    |                                   |
| DECUBI VITE                                                          | T4                    |                                   |
| DEKAS BARIATRIC                                                      | T4                    |                                   |
| DEKAS ESSENTIAL                                                      | T4                    |                                   |

T1 – Genéricos preferidos

T2 – Genéricos no preferidos

T3 – Marcas preferidas

T4 – Marcas no preferidas

T5 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a 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 |
| <b>PREPARACIONES MULTIVITAMÍNICAS (cont.)</b>                    |                       |                                   |
| DEKAS PLUS                                                       | T4                    |                                   |
| DERMACINRX FOLIFLEX                                              | T4                    |                                   |
| DERMACINRX FOLITIN-Z                                             | T4                    |                                   |
| DERMACINRX MULTITAM                                              | T4                    |                                   |
| DERMACINRX RIBOTIN-E                                             | T4                    |                                   |
| DERMACINRX VENEXA                                                | T4                    |                                   |
| DERMACINRX VENEXA FE                                             | T4                    |                                   |
| DERMACINRX VENTRIXYL                                             | T4                    |                                   |
| DERMACINRX VENTRIXYL FE                                          | T4                    |                                   |
| DERMACINRX VITRAMYN                                              | T4                    |                                   |
| DERMACINRX VITRANOL                                              | T4                    |                                   |
| DERMACINRX VITRANOL FE                                           | T4                    |                                   |
| DERMACINRX VITREXATE                                             | T4                    |                                   |
| DERMACINRX VITREXATE FE                                          | T4                    |                                   |
| DERMACINRX ZINTREXYL-C                                           | T4                    |                                   |
| DIABETES HEALTH FORMULA                                          | T4                    |                                   |
| DIABETES HEALTH PACK                                             | T4                    |                                   |
| DIABETIC VITAMIN                                                 | T4                    |                                   |
| DIALYVITE 800 WITH IRON                                          | T4                    |                                   |
| DIATROL                                                          | T4                    |                                   |
| ELON MATRIX 5000 COMPLETE                                        | T4                    |                                   |
| ENBRACE HR                                                       | T4                    |                                   |
| ENDUR-VM IRON-FREE                                               | T4                    |                                   |
| ENDUR-VM WITH IRON                                               | T4                    |                                   |
| EQ ONE DAILY MEN'S TABLET                                        | T3                    |                                   |
| EQ ONE DAILY WOMEN'S HEALTH TB                                   | T4                    |                                   |
| EQ ONE DAILY WOMEN'S TABLET                                      | T3                    |                                   |
| ESSENTIAL MAN                                                    | T4                    |                                   |
| ESSENTIAL MAN 50+                                                | T4                    |                                   |
| ESSENTIAL WOMAN 50+                                              | T4                    |                                   |
| ESTROVEN MENOPAUSE                                               | T4                    |                                   |
| <i>fa/mv,ca,iron,min/lycopene/lut</i>                            | T2                    |                                   |
| FATIGUE RELIEF COMPLEX ( <i>bcomp,c/st.jhn wrt/s.ginsg/pgn</i> ) | T4                    |                                   |
| FINAZOL                                                          | T4                    |                                   |

T1 – Genéricos preferidos  
T2 – Genéricos no preferidos  
T3 – Marcas preferidas  
T4 – Marcas no preferidas

T5 – Medicamentos de especialidad de marca  
PA – Autorización previa  
QL – Límite a la cantidad

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

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

T1 – Genéricos preferidos

T2 – Genéricos no preferidos

T3 – Marcas preferidas

T4 – Marcas no preferidas

T5 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a 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 |
| <b>PREPARACIONES MULTIVITAMÍNICAS (cont.)</b>                         |                       |                                   |
| HAIR, SKIN AND NAILS SOFTGEL                                          | T4                    |                                   |
| HAIR, SKIN AND NAILS TABLET ( <i>multivitamin/folic acid/biotin</i> ) | T4                    |                                   |
| HEARTBURN ACID REFLUX                                                 | T4                    |                                   |
| <i>high potency multivitamin tab</i>                                  | T2                    |                                   |
| HIGH POTENCY MULTIVITAMIN TAB                                         | T4                    |                                   |
| <i>high potency multivitamin tab</i> (Certavite-Antioxidant)          | T2                    |                                   |
| <i>high potency multivitamin tab</i> (Tab-A-Vite Multivit With Iron)  | T2                    |                                   |
| HM HAIR, SKIN AND NAILS TABLET                                        | T4                    |                                   |
| HM MEN'S ONE DAILY TABLET                                             | T3                    |                                   |
| ICAPS MV                                                              | T3                    |                                   |
| ICAPS TABLET                                                          | T3                    |                                   |
| IMMUNERX                                                              | T4                    |                                   |
| INFUVITE ADULT                                                        | T4                    |                                   |
| K-PAX IMMUNE SUPPORT                                                  | T3                    |                                   |
| <i>lecithin/pyridoxine/kelp</i>                                       | T2                    |                                   |
| <i>lmeofolate/b3/copp/zn/sel/chrom</i>                                | T2                    |                                   |
| MAXIMIN                                                               | T4                    |                                   |
| MEBOLIC                                                               | T4                    |                                   |
| MEN 50 PLUS ADVANCED ONE DAILY                                        | T4                    |                                   |
| MEN 50 PLUS MULTIVITAMIN                                              | T4                    |                                   |
| MEN'S 50 PLUS DAILY FORMULA                                           | T4                    |                                   |
| MEN'S 50 PLUS MULTIVITAMIN                                            | T4                    |                                   |
| MEN'S DAILY FORMULA                                                   | T4                    |                                   |
| MEN'S DAILY GUMMIES                                                   | T4                    |                                   |
| MEN'S DAILY MULTIVITAMIN                                              | T3                    |                                   |
| MEN'S DAILY PACK                                                      | T4                    |                                   |
| MEN'S ONE DAILY                                                       | T3                    |                                   |
| MEN'S MULTIVITAMIN                                                    | T4                    |                                   |
| MICRONEX                                                              | T4                    |                                   |
| MONOCAPS                                                              | T4                    |                                   |
| MULTI FOR HER 50 PLUS                                                 | T4                    |                                   |
| MULTI FOR HER SOFTGEL                                                 | T4                    |                                   |
| <i>multi for her tablet</i>                                           | T2                    |                                   |
| MULTI PRO                                                             | T4                    |                                   |

T1 – Genéricos preferidos

T2 – Genéricos no preferidos

T3 – Marcas preferidas

T4 – Marcas no preferidas

T5 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a 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 |
| <b>PREPARACIONES MULTIVITAMÍNICAS (cont.)</b>                       |                       |                                   |
| MULTIA DAILY MULTIVITAMIN                                           | T4                    |                                   |
| MULTI-DAY PLUS MINERALS                                             | T4                    |                                   |
| MULTILEX TABLET                                                     | T4                    |                                   |
| <i>multilex tablet</i>                                              | T2                    |                                   |
| MULTILEX T-M                                                        | T4                    |                                   |
| <i>multivit 47/iron/folate 1/dha</i>                                | T2                    |                                   |
| <i>multivit no.18/iron no.1/folic (Tandem Plus)</i>                 | T2                    |                                   |
| <i>multivit no.51/iron/folic acid</i>                               | T2                    |                                   |
| <i>multivit with calcium,iron,min</i>                               | T2                    |                                   |
| <i>multivit,calc,mins/iron/folic</i>                                | T2                    |                                   |
| <i>multivit,iron,minerals/lutein</i>                                | T2                    |                                   |
| <i>multivit,stress formula/zinc (Stress Formula With Zinc)</i>      | T2                    |                                   |
| <i>multivit/iron/folic acid</i>                                     | T2                    |                                   |
| <i>multivit/iron/folic acid/hb179</i>                               | T2                    |                                   |
| <i>multivitamin</i>                                                 | T2                    |                                   |
| MULTI-VITAMIN                                                       | T4                    |                                   |
| <i>multivitamin combination no.56</i>                               | T2                    |                                   |
| MULTIVITAMIN GUMMIES                                                | T4                    |                                   |
| MULTIVITAMIN LIQUID                                                 | T4                    |                                   |
| MULTIVITAMIN-MULTIMINERAL                                           | T4                    |                                   |
| <i>multivitamin tablet</i>                                          | T2                    |                                   |
| <i>multivitamin with folic acid (Daily-Vite)</i>                    | T2                    |                                   |
| <i>multivitamin with iron</i>                                       | T2                    |                                   |
| MULTIVITAMIN WITH MINERALS                                          | T4                    |                                   |
| <i>multivitamin with minerals</i>                                   | T2                    |                                   |
| <i>multivitamin,stress formula</i>                                  | T2                    |                                   |
| <i>multivitamin,ther and minerals</i>                               | T2                    |                                   |
| <i>multivitamin,therapeutic</i>                                     | T2                    |                                   |
| <i>multivitamin,therapeutic (Oncovite)</i>                          | T2                    |                                   |
| <i>multivitamin/ferrous gluconate</i>                               | T2                    |                                   |
| <i>multivitamin/iron/folic acid (Certavite-Antioxidant)</i>         | T2                    |                                   |
| <i>multivitamin/iron/folic acid (Tab-A-Vite Multivit With Iron)</i> | T2                    |                                   |
| MULTI-VITE                                                          | T4                    |                                   |

T1 – Genéricos preferidos

T2 – Genéricos no preferidos

T3 – Marcas preferidas

T4 – Marcas no preferidas

T5 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a 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 |
| <b>PREPARACIONES MULTIVITAMÍNICAS (cont.)</b>                       |                       |                                   |
| <i>multivit-min/fa/lycopen/lutein</i>                               | T2                    |                                   |
| <i>multivit-min/fa/lycopen/lutein</i> (Centrum Silver)              | T2                    |                                   |
| <i>multivit-min/ferrous gluconate</i>                               | T2                    |                                   |
| <i>multivit-min/folic acid/biotin</i>                               | T2                    |                                   |
| <i>multivit-min/iron fum/folic ac</i>                               | T2                    |                                   |
| <i>multivit-min/iron/folic acid</i>                                 | T2                    |                                   |
| <i>multivit-min/iron/folic/lutein</i> (Central-Vite Women'S Mature) | T2                    |                                   |
| <i>multivit-min/iron/folic/lutein</i> (Centrum Silver Women)        | T2                    |                                   |
| <i>multivit-min69/iron/folic acid</i>                               | T2                    |                                   |
| <i>multivit-minerals/fa/lycopene</i>                                | T2                    |                                   |
| <i>multivit-minerals/folic acid</i>                                 | T2                    |                                   |
| <i>multivit-minerals/folic acid</i> (One-A-Day)                     | T2                    |                                   |
| <i>multivit-minerals/folic/ginkgo</i>                               | T2                    |                                   |
| <i>multivit-mins no.7/folic acid</i>                                | T2                    |                                   |
| <i>multivit-mins/iron/folic/lycop</i>                               | T2                    |                                   |
| <i>mv,cal,min/iron/folic acid/lut</i>                               | T2                    |                                   |
| <i>mv,iron,min/ginkgo/pan.ginseng</i>                               | T2                    |                                   |
| <i>mv-min 59/iron/folic/docusate</i>                                | T2                    |                                   |
| <i>mv-min/iron/folic ac/vit k/lut</i>                               | T2                    |                                   |
| <i>mv-mins 71/iron/folic no.1/dha</i>                               | T2                    |                                   |
| <i>mv-mins/folic/lycopene/ginkgo</i>                                | T2                    |                                   |
| <i>mv-mn/folic acid/lutein/hrb 178</i>                              | T2                    |                                   |
| <i>mvn no.53/iron/folic/dss/dha</i>                                 | T2                    |                                   |
| <i>mvn-min 74/iron fum/iron/fa</i> (Concept Ob)                     | T2                    |                                   |
| <i>mvn-min75/iron/iron ps/om3/dha</i> (Concept Dha)                 | T2                    |                                   |
| <i>mv-mn/folic ac/calcium/vit k1</i>                                | T2                    |                                   |
| MVW MODULATR FORM MINI MULTIVT                                      | T4                    |                                   |
| NEEVODHA                                                            | T4                    |                                   |
| NEOVITE                                                             | T4                    |                                   |
| NESTABS ONE                                                         | T4                    |                                   |
| NICOMIDE                                                            | T4                    |                                   |
| NIVA-PLUS ( <i>multivit-min 60/iron fum/folic</i> )                 | T4                    |                                   |
| NUTRALYN                                                            | T4                    |                                   |

T1 – Genéricos preferidos

T2 – Genéricos no preferidos

T3 – Marcas preferidas

T4 – Marcas no preferidas

T5 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a 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 |
| <b>PREPARACIONES MULTIVITAMÍNICAS (cont.)</b>     |                       |                                   |
| NUTRIVIT                                          | T3                    |                                   |
| OB COMPLETE                                       | T4                    |                                   |
| OBSTETRIX ONE                                     | T4                    |                                   |
| OCUVITE EYE PLUS MULTI                            | T4                    |                                   |
| <i>om-3/dha/epa/b12/fa/b6/phytost</i>             | T2                    |                                   |
| OMNIVEX                                           | T4                    |                                   |
| ONCOVITE ( <i>multivitamin,therapeutic</i> )      | T3                    |                                   |
| ONE DAILY ESSENTIALS                              | T4                    |                                   |
| ONE DAILY ESSENTIAL TABLET                        | T4                    |                                   |
| <i>one daily essential tablet</i>                 | T2                    |                                   |
| <i>one daily essential tablet (Daily-Vite)</i>    | T2                    |                                   |
| ONE DAILY HEALTHY WEIGHT                          | T4                    |                                   |
| <i>one daily maximum tablet</i>                   | T2                    |                                   |
| ONE DAILY MEN'S 50 PLUS                           | T4                    |                                   |
| ONE DAILY MEN'S 50 PLUS D3                        | T4                    |                                   |
| ONE DAILY MEN'S HEALTH                            | T4                    |                                   |
| ONE DAILY MEN'S MULTIVITAMIN                      | T4                    |                                   |
| <i>one daily multivit-mineral tab</i>             | T2                    |                                   |
| ONE DAILY MULTIVIT-MINERAL TAB                    | T4                    |                                   |
| <i>one daily multivitamin tab</i>                 | T2                    |                                   |
| ONE DAILY MULTIVITAMIN TABLET                     | T4                    |                                   |
| <i>one daily multivitamin tablet (Daily-Vite)</i> | T2                    |                                   |
| <i>one daily tablet</i>                           | T2                    |                                   |
| ONE DAILY WOMEN 50 PLUS TAB                       | T4                    |                                   |
| ONE DAILY WOMEN'S 50 PLUS ADV                     | T4                    |                                   |
| ONE DAILY WOMEN'S 50+                             | T3                    |                                   |
| ONE DAILY WOMEN'S FORMULA                         | T4                    |                                   |
| <i>one daily women's health tab</i>               | T2                    |                                   |
| ONE DAILY WOMEN'S MULTIVITAMIN                    | T4                    |                                   |
| ONE-A-DAY ( <i>multivit-minerals/folic acid</i> ) | T4                    |                                   |
| ONE-A-DAY ENERGY                                  | T4                    |                                   |
| ONE-A-DAY MEN VITACRAVES                          | T4                    |                                   |
| ONE-A-DAY MENOPAUSE FORMULA                       | T4                    |                                   |
| ONE-A-DAY MEN'S                                   | T3                    |                                   |

T1 – Genéricos preferidos

T2 – Genéricos no preferidos

T3 – Marcas preferidas

T4 – Marcas no preferidas

T5 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a 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 |
| <b>PREPARACIONES MULTIVITAMÍNICAS (cont.)</b>                    |                       |                                   |
| ONE-A-DAY MEN'S 50 PLUS                                          | T3                    |                                   |
| ONE-A-DAY MEN'S 50 PLUS ( <i>mv-mins/folic/lycopene/ginkgo</i> ) | T3                    |                                   |
| ONE-A-DAY MEN'S COMPLETE                                         | T4                    |                                   |
| ONE-A-DAY PROACTIVE 65 PLUS                                      | T4                    |                                   |
| ONE-A-DAY TRIPLE IMMUNE SUPPRT                                   | T4                    |                                   |
| ONE-A-DAY WOMEN'S 50 PLUS TAB                                    | T4                    |                                   |
| <i>one-a-day women's 50 plus tab</i> (One-A-Day)                 | T2                    |                                   |
| ONE-A-DAY VITACRAVES                                             | T4                    |                                   |
| ONE-A-DAY VITACRAVES IMMUNITY                                    | T4                    |                                   |
| ONE-A-DAY VITACRAVES OMEGA-3                                     | T4                    |                                   |
| ONE-A-DAY VITACRAVES SOUR                                        | T4                    |                                   |
| ONE-A-DAY WEIGHTSMART                                            | T3                    |                                   |
| ONE-A-DAY WOMEN VITACRAVES                                       | T4                    |                                   |
| ONE-A-DAY WOMEN'S COMPLETE                                       | T3                    |                                   |
| ONE-A-DAY WOMEN'S HEALTHY SKIN                                   | T4                    |                                   |
| ONE-A-DAY WOMEN'S PETITES                                        | T4                    |                                   |
| ONE-A-DAY WOMEN'S TABLET                                         | T3                    |                                   |
| ONE-A-DAY WOMEN'S TABLET                                         | T4                    |                                   |
| ONE-DAILY MULTI                                                  | T4                    |                                   |
| ONE-DAILY MULTI-VITAMIN-IRON                                     | T4                    |                                   |
| ONE-DAILY MULTIVITAMIN-MINERAL                                   | T4                    |                                   |
| ONEVITE                                                          | T4                    |                                   |
| OPTIFAST                                                         | T4                    |                                   |
| OPTISOURCE                                                       | T4                    |                                   |
| OPURITY MULTIVITAMIN                                             | T4                    |                                   |
| POLY VITAMIN-IRON                                                | T4                    |                                   |
| PRENATAL GUMMIES                                                 | T4                    |                                   |
| PRENATE AM                                                       | T4                    |                                   |
| PRENATE CHEWABLE                                                 | T4                    |                                   |
| PRENATE ESSENTIAL                                                | T4                    |                                   |
| PREV-RX                                                          | T4                    |                                   |
| PROCERV HP                                                       | T4                    |                                   |
| PROFOLA                                                          | T4                    |                                   |
| PRORENAL QD                                                      | T3                    |                                   |

T1 – Genéricos preferidos

T2 – Genéricos no preferidos

T3 – Marcas preferidas

T4 – Marcas no preferidas

T5 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a 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 |
| <b>PREPARACIONES MULTIVITAMÍNICAS (cont.)</b>                         |                       |                                   |
| PROTECT CARDIO AF                                                     | T4                    |                                   |
| PROTECT IRON                                                          | T4                    |                                   |
| PROTECT PLUS SO                                                       | T4                    |                                   |
| PUREFE OB PLUS                                                        | T4                    |                                   |
| PUREFE PLUS                                                           | T4                    |                                   |
| QUINTABS                                                              | T4                    |                                   |
| QUINTABS-M                                                            | T4                    |                                   |
| <i>ra one daily essential tablet (One-A-Day)</i>                      | T2                    |                                   |
| <i>ra one daily maximum tablet</i>                                    | T2                    |                                   |
| <i>ra one daily women's tablet</i>                                    | T2                    |                                   |
| REMEDIANT                                                             | T4                    |                                   |
| <i>sm b complex with vit c tablet</i>                                 | T2                    |                                   |
| <i>sm super b complex-c caplet</i>                                    | T2                    |                                   |
| SOLO                                                                  | T4                    |                                   |
| SPECTRAVITE MEN 50 PLUS                                               | T4                    |                                   |
| SPECTRAVITE ULTRA MEN 50+                                             | T4                    |                                   |
| SPECTRAVITE ULTRA MEN'S                                               | T4                    |                                   |
| STRESS B-COMPLEX                                                      | T4                    |                                   |
| <i>stress formula tablet</i>                                          | T2                    |                                   |
| STRESS FORMULA WITH ZINC TAB ( <i>multivit, stress formula/zinc</i> ) | T4                    |                                   |
| <i>stress formula with zinc tab (Stress Formula With Zinc)</i>        | T2                    |                                   |
| <i>stress-c with zinc tablet (Stress Formula With Zinc)</i>           | T2                    |                                   |
| STROVITE FORTE ( <i>multivit, iron, min 5/folic acid</i> )            | T4                    |                                   |
| STROVITE ONE                                                          | T4                    |                                   |
| SUPER GINSENG MULTIVITAMIN                                            | T4                    |                                   |
| SUPER MULTIPLE-LOW IRON                                               | T4                    |                                   |
| SUPERIOR MEN'S MULTI                                                  | T4                    |                                   |
| SUPPORT-500 ( <i>b-complex with vitamin c</i> )                       | T4                    |                                   |
| SV HAIR, SKIN AND NAILS CAPLET                                        | T4                    |                                   |
| TAB-A-VITE MULTIVIT WITH IRON                                         | T4                    |                                   |
| TAB-A-VITE MULTIVIT WITH IRON ( <i>multivitamin/iron/folic acid</i> ) | T4                    |                                   |
| TANDEM PLUS ( <i>multivit no.18/iron no.1/folic</i> )                 | T4                    |                                   |
| THERAGRAN-M PREMIER 50 PLUS                                           | T4                    |                                   |
| <i>thera-m caplet</i>                                                 | T2                    |                                   |

T1 – Genéricos preferidos

T2 – Genéricos no preferidos

T3 – Marcas preferidas

T4 – Marcas no preferidas

T5 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a 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 |
| <b>PREPARACIONES MULTIVITAMÍNICAS (cont.)</b>                   |                       |                                   |
| <i>thera-m tablet</i>                                           | T2                    |                                   |
| THERA-M CAPLET                                                  | T4                    |                                   |
| THERAMILL FORTE                                                 | T4                    |                                   |
| THERANATAL LACTATION SUPPORT                                    | T4                    |                                   |
| THEREMS-H                                                       | T3                    |                                   |
| TOBAKIENT                                                       | T4                    |                                   |
| TRIVIA COMPLETE                                                 | T4                    |                                   |
| TRUE MULTIVITAMIN                                               | T4                    |                                   |
| TRUEPLUS MULTIVITAMIN ( <i>multivit-min/folic acid/vit k1</i> ) | T4                    |                                   |
| <i>thera-m tablet</i>                                           | T2                    |                                   |
| UDAMIN SP                                                       | T4                    |                                   |
| ULTRA FREEDA                                                    | T4                    |                                   |
| VITABEX PLUS                                                    | T4                    |                                   |
| VITACORE                                                        | T4                    |                                   |
| VITAFUSION PRENATAL                                             | T4                    |                                   |
| VITAJOY ADULT MULTI                                             | T4                    |                                   |
| <i>vitamin b complex-vit c cap</i> (Support-500)                | T2                    |                                   |
| <i>vitamin b complex-vit c caplet</i>                           | T2                    |                                   |
| <i>vitamin b complex-vitamin c tb</i>                           | T2                    |                                   |
| VITAMIN D3-ALOE                                                 | T4                    |                                   |
| VITAMINS A-D-E                                                  | T4                    |                                   |
| VITREXYL                                                        | T4                    |                                   |
| VITREXYL PLUS IRON                                              | T4                    |                                   |
| VITRUM 50 PLUS SENIOR                                           | T3                    |                                   |
| WOMEN'S 50 PLUS ADVANCED                                        | T4                    |                                   |
| WOMEN'S 50 PLUS DAILY FORMULA                                   | T4                    |                                   |
| <i>women's daily formula caplet</i>                             | T2                    |                                   |
| WOMEN'S DAILY FORMULA CAPLET                                    | T3                    |                                   |
| WOMEN'S DAILY FORMULA TABLET                                    | T4                    |                                   |
| WOMENS DAILY GUMMIES                                            | T4                    |                                   |
| WOMEN'S DAILY PACK                                              | T4                    |                                   |
| WOMEN'S MULTIVITAMIN                                            | T4                    |                                   |
| WOMEN'S MULTIVITAMIN W-BIOTIN                                   | T4                    |                                   |
| XYZBAC                                                          | T4                    |                                   |

T1 – Genéricos preferidos  
T2 – Genéricos no preferidos  
T3 – Marcas preferidas  
T4 – Marcas no preferidas

T5 – Medicamentos de especialidad de marca  
PA – Autorización previa  
QL – Límite a la cantidad

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

HD – Puede requerir entrega a 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 |
| <b>PREPARACIONES MULTIVITAMÍNICAS (cont.)</b>      |                       |                                   |
| ZYVANA                                             | T4                    |                                   |
| ZYVIT                                              | T4                    |                                   |
| <b>PREPARACIONES DE NIACINA</b>                    |                       |                                   |
| <i>cvs niacin 400 mg capsule</i>                   | T2                    |                                   |
| ENDUR-AMIDE                                        | T4                    |                                   |
| ENDUR-THINE                                        | T4                    |                                   |
| <i>ft niacin 400 mg capsule</i>                    | T2                    |                                   |
| <i>gnp niacin 250 mg tablet</i>                    | T2                    |                                   |
| <i>gnp niacin 400 mg capsule</i>                   | T2                    |                                   |
| <i>hm niacin tr 250 mg tablet (Slo-Niacin)</i>     | T2                    |                                   |
| <i>niacin</i>                                      | T2                    |                                   |
| <i>niacin (inositol niacinate)</i>                 | T2                    |                                   |
| <i>niacin (Slo-Niacin)</i>                         | T2                    |                                   |
| NIACIN 100 MG CAPSULE                              | T4                    |                                   |
| NIACINAMIDE 500 MG CAPSULE                         | T4                    |                                   |
| <i>niacin 500 mg capsule</i>                       | T2                    |                                   |
| <i>niacin 500 mg capsule sa</i>                    | T2                    |                                   |
| NIACIN 500 MG SOFTGEL                              | T3                    |                                   |
| <i>niacin 50 mg, 100 mg, 250 mg, 500 mg tablet</i> | T2                    |                                   |
| <i>niacin 750 mg tablet sa (Slo-Niacin)</i>        | T2                    |                                   |
| NIACIN ER 1,000 MG TABLET                          | T3                    |                                   |
| <i>niacin er 250 mg tablet (Slo-Niacin)</i>        | T2                    |                                   |
| <i>niacin er 500 mg caplet, capsule, tablet</i>    | T2                    |                                   |
| <i>niacin flush free 500 mg cap</i>                | T2                    |                                   |
| NIACIN FLUSH FREE 750 MG CAP                       | T3                    |                                   |
| <i>niacin sa 250 mg capsule</i>                    | T2                    |                                   |
| <i>niacin tr 250 mg capsule</i>                    | T2                    |                                   |
| <i>niacin tr 250 mg tablet (Slo-Niacin)</i>        | T2                    |                                   |
| <i>niacin tr 500 mg caplet, tablet</i>             | T2                    |                                   |
| <i>niacinamide 500 mg tablet</i>                   | T2                    |                                   |
| NIACINAMIDE ER 500 MG TABLET                       | T4                    |                                   |
| NO FLUSH NIACIN                                    | T4                    |                                   |
| PUREVITA VITAMIN B3                                | T4                    |                                   |
| <i>ra niacin 100 mg, 500 mg tablet</i>             | T2                    |                                   |

T1 – Genéricos preferidos

T2 – Genéricos no preferidos

T3 – Marcas preferidas

T4 – Marcas no preferidas

T5 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a 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 |
| <b>PREPARACIONES DE NIACINA (cont.)</b>                                |                       |                                   |
| RA NIACIN 500 MG TABLET                                                | T4                    |                                   |
| SLO-NIACIN 250 MG TABLET ( <i>niacin</i> )                             | T3                    |                                   |
| <i>slo-niacin 500 mg tablet</i>                                        | T2                    |                                   |
| SLO-NIACIN 750 MG TABLET ( <i>niacin</i> )                             | T3                    |                                   |
| <i>sv niacin flush free 500 mg</i>                                     | T2                    |                                   |
| <i>true vitamin b3 50 mg, 500 mg tablet</i>                            | T2                    |                                   |
| TRUE VITAMIN B3 250 MG TABLET                                          | T4                    |                                   |
| <b>PREPARACIONES DE PANTENOL</b>                                       |                       |                                   |
| CALCIUM PANTOTHENATE                                                   | T4                    |                                   |
| PANTETHINE                                                             | T4                    |                                   |
| PANTOTHENIC ACID                                                       | T4                    |                                   |
| PUREVITA VITAMIN B5                                                    | T4                    |                                   |
| <b>PREPARACIONES DE VITAMINAS PEDIÁTRICAS</b>                          |                       |                                   |
| ABDEK MULTIVITAMIN                                                     | T4                    |                                   |
| ALIVE KIDS MULTIVITAMIN                                                | T4                    |                                   |
| ANIMAL SHAPES COMPLETE                                                 | T4                    |                                   |
| CENTRUM KIDS                                                           | T4                    |                                   |
| CHILD CHEWABLE VITAMN COMPLETE                                         | T4                    |                                   |
| CHILD COMPLETE CHEWABLE VITAMN                                         | T4                    |                                   |
| CHILD COMPLETE MULTIVITAMIN                                            | T4                    |                                   |
| CHILD MULTIVITAMIN PLUS IRON                                           | T4                    |                                   |
| CHILDREN MULTIVITAMIN                                                  | T4                    |                                   |
| <i>children multivitamin chew tab</i>                                  | T2                    |                                   |
| CHILDREN MULTIVITAMIN GUMMIES                                          | T4                    |                                   |
| CHILDREN MULTIVITAMIN GUMMIES ( <i>pediatric multivitamin no.120</i> ) | T4                    |                                   |
| CHILDREN'S CHEW MULTIVIT-IRON ( <i>pedi multivit no.91/iron fum</i> )  | T4                    |                                   |
| <i>childrens chew vitamin tab</i> (Flintstones With Extra C)           | T2                    |                                   |
| <i>childrens chew vitamin tab</i> (Flintstones)                        | T2                    |                                   |
| CHILDREN'S CHEWABLE                                                    | T4                    |                                   |
| CHILDREN'S MULTI-VIT GUMMIES                                           | T4                    |                                   |
| CHILDREN'S MULTIVITAMIN GUMMY                                          | T4                    |                                   |
| CHILD'S CHEWABLE VITAMIN TAB                                           | T4                    |                                   |
| CHILD'S OMEGA-3 DHA MULTIVITAM                                         | T4                    |                                   |
| CULTURELLE KIDS PROBIOTIC-MV                                           | T4                    |                                   |

T1 – Genéricos preferidos

T2 – Genéricos no preferidos

T3 – Marcas preferidas

T4 – Marcas no preferidas

T5 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a 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 |
| <b>PREPARACIONES DE VITAMINAS PEDIÁTRICAS (cont.)</b>                   |                       |                                   |
| CULTURELLE KIDS PRO-MV-LUTEIN                                           | T4                    |                                   |
| DAVIMET WITH FLUORIDE                                                   | T4                    |                                   |
| DEKAS PLUS                                                              | T2                    |                                   |
| EMERGEN-C KIDZ DAILY IMMUNE                                             | T4                    |                                   |
| EMERGEN-C KIDZ IMMUNE PLUS                                              | T4                    |                                   |
| EMERGEN-C KIDZ                                                          | T4                    |                                   |
| EQ CHILD MULTIVITAMIN GUMMIES                                           | T4                    |                                   |
| FLINTSTONES COMPLETE GUMMIES                                            | T3                    |                                   |
| FLINTSTONES COMPLETE TABLET ( <i>multivit with iron,minerals</i> )      | T4                    |                                   |
| FLINTSTONES EXTRA C GUMMIES                                             | T3                    |                                   |
| FLINTSTONES EXTRA C TAB CHEW ( <i>multivitamin</i> )                    | T4                    |                                   |
| FLINTSTONES GUMMIES                                                     | T3                    |                                   |
| FLINTSTONES GUMMIES CHEW TAB                                            | T3                    |                                   |
| FLINTSTONES IMMUNITY SUPPORT                                            | T4                    |                                   |
| FLINTSTONES MULTIVIT CHEW TAB ( <i>pedi multivit no.25/folic acid</i> ) | T4                    |                                   |
| FLINTSTONES MULTI-VIT GUMMIES                                           | T4                    |                                   |
| FLINTSTONES PLUS CALCIUM                                                | T3                    |                                   |
| FLINTSTONES SOUR-GUM CHEW TAB                                           | T3                    |                                   |
| FLINTSTONES TAB CHEW                                                    | T4                    |                                   |
| FLINTSTONES TABLET CHEWABLE ( <i>multivitamin</i> )                     | T3                    |                                   |
| FLINTSTONES WITH IRON                                                   | T4                    |                                   |
| FLORAFOL PEDIATRIC                                                      | T4                    |                                   |
| FLORAFOL FE PEDIATRIC                                                   | T4                    |                                   |
| FLORIVA                                                                 | T3                    |                                   |
| FLORIVA PLUS                                                            | T4                    |                                   |
| GENADEK                                                                 | T4                    |                                   |
| GERBER GROW MIGHTY                                                      | T4                    |                                   |
| GERBER LIL BRAINIES                                                     | T4                    |                                   |
| GUMMIES CHILDREN MULTIVITAMIN                                           | T4                    |                                   |
| GUMMY                                                                   | T4                    |                                   |
| GUMMY DINOS                                                             | T4                    |                                   |
| INFANT-TODDLER MULTIVITAMIN                                             | T4                    |                                   |
| INFANT-TODDLER MULTIVIT-IRON                                            | T4                    |                                   |
| <i>infant-toddler multivit-iron</i>                                     | T2                    |                                   |

T1 – Genéricos preferidos

T2 – Genéricos no preferidos

T3 – Marcas preferidas

T4 – Marcas no preferidas

T5 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a 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 |
| <b>PREPARACIONES DE VITAMINAS PEDIÁTRICAS (cont.)</b>         |                       |                                   |
| INFANT-TODDLER TRI-VITAMIN                                    | T4                    |                                   |
| INFUVITE PEDIATRIC                                            | T3                    |                                   |
| JUST 4 KIDZ MULTIVIT-PROBIOTIC                                | T4                    |                                   |
| KIDS COD LIVER OIL +D                                         | T4                    |                                   |
| KIDS MULTIVITAMIN-MINERALS                                    | T3                    |                                   |
| <i>little animals child tb chw (Flintstones With Extra C)</i> | T2                    |                                   |
| <i>little animals child tb chw (Flintstones)</i>              | T2                    |                                   |
| LITTLE ANIMALS CHILD TB CHW                                   | T4                    |                                   |
| LITTLE ANIMALS PLUS IRON                                      | T4                    |                                   |
| LIVITA FOR CHILDREN                                           | T4                    |                                   |
| <i>multivit with iron,minerals</i>                            | T2                    |                                   |
| <i>multivit with iron,minerals (Flintstones Complete)</i>     | T2                    |                                   |
| <i>multivit with iron,minerals (Scooby-Doo)</i>               | T2                    |                                   |
| <i>multivitamin (Flintstones With Extra C)</i>                | T2                    |                                   |
| <i>multivitamin (Flintstones)</i>                             | T2                    |                                   |
| <i>multivitamin with iron</i>                                 | T2                    |                                   |
| MULTI-VIT-FLOR                                                | T4                    |                                   |
| MULTIVIT-FLUOR 0.25 MG TAB CHW                                | T4                    |                                   |
| <i>multivit-fluor 0.25 mg tab chw</i>                         | T2                    | PPACA                             |
| <i>multivit-fluor 0.25 mg/ml drop</i>                         | T2                    | PPACA                             |
| <i>multivit-fluor 0.5 mg tab chew</i>                         | T2                    | PPACA                             |
| MULTIVIT-FLUOR 0.5 MG TAB CHEW                                | T4                    |                                   |
| <i>multivit-fluor 0.5 mg/ml drop</i>                          | T2                    | PPACA                             |
| <i>multivit-fluoride 1 mg tab chw</i>                         | T2                    | PPACA                             |
| MULTIVIT-FLUORIDE 1 MG TAB CHW                                | T4                    |                                   |
| MVW COMPLETE FORMLTN PEDIATRIC                                | T4                    |                                   |
| MVW COMPLETE FORMULATION D3000                                | T4                    |                                   |
| MVW COMPLETE FORMULATION D5000                                | T4                    |                                   |
| MVW COMPLETE FORMULTN MULTIVIT                                | T4                    |                                   |
| MVW MODULATR FORMLTN PEDIATRIC                                | T4                    |                                   |
| NANO VM 1-3                                                   | T3                    |                                   |
| NANO VM 4-8                                                   | T3                    |                                   |
| NANOVN 9-18                                                   | T4                    |                                   |
| NANOVN T-F                                                    | T4                    |                                   |

T1 – Genéricos preferidos

T2 – Genéricos no preferidos

T3 – Marcas preferidas

T4 – Marcas no preferidas

T5 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a 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 |
| <b>PREPARACIONES DE VITAMINAS PEDIÁTRICAS (cont.)</b> |                       |                                   |
| NOVAFERRUM YUM PEDIATR MV-IRON                        | T4                    |                                   |
| NOVAMV MMM PEDIATRIC MULTIVIT                         | T4                    |                                   |
| ONE-A-DAY KID'S                                       | T4                    |                                   |
| ONE-A-DAY TEEN HER VITACRAVES                         | T4                    |                                   |
| ONE-A-DAY TEEN HIM VITACRAVES                         | T4                    |                                   |
| <i>ped mvit a,c,d3 no.21/fluoride</i>                 | T2                    | PPACA                             |
| <i>pedi multivit 158/iron/vit k1</i>                  | T2                    |                                   |
| <i>pedi multivit 45/fluoride/iron</i>                 | T2                    |                                   |
| <i>pedi multivit no.12 w-fluoride</i>                 | T2                    | PPACA                             |
| <i>pedi multivit no.17 w-fluoride</i>                 | T2                    | PPACA                             |
| <i>pedi multivit no.23/folic acid</i>                 | T2                    |                                   |
| <i>pedi multivit no.25/folic acid (Flintstones)</i>   | T2                    |                                   |
| <i>pedia poly-vite iron 5mg/0.5ml</i>                 | T2                    |                                   |
| PEDIA POLY-VITE WITH IRON DROP                        | T4                    |                                   |
| PEDIA TRI-VITE                                        | T4                    |                                   |
| <i>pediatric multivit no.36/iron</i>                  | T2                    |                                   |
| <i>pediatric multivitamin no.17, 111, 112</i>         | T2                    |                                   |
| PEDIATRIC POLY-VITAMIN                                | T4                    |                                   |
| PEDIATRIC POLY-VITAMIN-IRON                           | T4                    |                                   |
| PEDIATRIC POLY-VITE                                   | T4                    |                                   |
| PEDIATRIC POLY-VITE WITH IRON                         | T4                    |                                   |
| PEDIATRIC TRI-VITAMIN                                 | T4                    |                                   |
| PEDIATRIC TRI-VITE                                    | T4                    |                                   |
| POLY-VI-FLOR                                          | T4                    |                                   |
| POLY-VI-FLOR WITH IRON                                | T4                    |                                   |
| <i>poly-vi-sol 0.5 ml oral syringe</i>                | T2                    |                                   |
| POLY-VI-SOL 1 ML ENFIT SYRINGE                        | T4                    |                                   |
| POLY-VI-SOL 250MCG-50MG/ML DRP                        | T4                    |                                   |
| POLY-VI-SOL WITH IRON                                 | T4                    |                                   |
| POLY-VITA                                             | T4                    |                                   |
| POLY-VITA WITH IRON                                   | T4                    |                                   |
| QUFLORA                                               | T4                    |                                   |
| QUFLORA FE                                            | T4                    |                                   |
| SCOOPY-DOO ONE A DAY GUMMIES                          | T4                    |                                   |

T1 – Genéricos preferidos

T2 – Genéricos no preferidos

T3 – Marcas preferidas

T4 – Marcas no preferidas

T5 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a 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 |
| <b>PREPARACIONES DE VITAMINAS PEDIÁTRICAS (cont.)</b>                    |                       |                                   |
| SCOOBY-DOO ONE A DAY TABLET ( <i>multivit with iron,minerals</i> )       | T3                    |                                   |
| SOLUVITA MULTIVITAMIN FLUORIDE                                           | T4                    |                                   |
| SOLUVITA MULTIVITAMIN FLUORIDE ( <i>pedi multivit no.82 w-fluoride</i> ) | T4                    |                                   |
| TRI-VI-FLOR                                                              | T4                    |                                   |
| TRI-VI-SOL                                                               | T4                    |                                   |
| <i>tri-vit-fluor 0.25 mg/ml drop</i>                                     | T2                    | PPACA                             |
| <i>tri-vit-fluor 0.5 mg/ml drop</i>                                      | T2                    | PPACA                             |
| TRI-VIT-FLUOR 0.25 MG/ML DROP                                            | T4                    |                                   |
| TROPICAL LIQUID NUTRITION ( <i>pediatric multivitamin no.118</i> )       | T4                    |                                   |
| <i>vit a palmitate/vit c/vit d3</i>                                      | T2                    |                                   |
| ZOO FRIENDS                                                              | T4                    |                                   |
| ZOO FRIENDS COMPLETE                                                     | T4                    |                                   |
| <b>PREPARACIONES DE VITAMINAS A Y D</b>                                  |                       |                                   |
| <i>cod liver oil softgel</i>                                             | T2                    |                                   |
| <i>gnp norwegian cod liver oil</i>                                       | T2                    |                                   |
| SV COD LIVER OIL SOFTGEL                                                 | T4                    |                                   |
| <b>PREPARACIONES DE VITAMINA A</b>                                       |                       |                                   |
| A-25                                                                     | T4                    |                                   |
| AQUASOL A                                                                | T3                    |                                   |
| <i>beta-carotene</i>                                                     | T2                    |                                   |
| <i>cvs vitamin a 2,400 mcg sftgl</i>                                     | T2                    |                                   |
| FT VITAMIN A 3,000 MCG SOFTGEL                                           | T4                    |                                   |
| GNP VITAMIN A 3,000 MCG SOFTGL                                           | T4                    |                                   |
| NORWEGIAN COD LIVER OIL SFGL                                             | T4                    |                                   |
| PREVENT                                                                  | T3                    |                                   |
| PUREVITA VITAMIN A                                                       | T4                    |                                   |
| <i>ra vitamin a 10,000 unit sftgl</i>                                    | T2                    |                                   |
| VITAMIN A BETA CAROTENE                                                  | T4                    |                                   |
| <i>vitamin a 10,000 unit capsule</i>                                     | T2                    |                                   |
| <i>vitamin a 10,000 unit softgel</i>                                     | T2                    |                                   |
| VITAMIN A 10,000 UNIT SOFTGEL                                            | T4                    |                                   |
| <i>vitamin a 3,000 mcg softgel</i>                                       | T2                    |                                   |
| <i>vitamin a 8,000 unit capsule</i>                                      | T2                    |                                   |
| VITAMIN A PALMITATE                                                      | T4                    |                                   |

T1 – Genéricos preferidos

T2 – Genéricos no preferidos

T3 – Marcas preferidas

T4 – Marcas no preferidas

T5 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a 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 |
| <b>PREPARACIONES DE VITAMINA A (cont.)</b>                       |                       |                                   |
| <i>vitamin a/vit c/zinc/propolis</i>                             | T2                    |                                   |
| VITAMINS A D                                                     | T4                    |                                   |
| <b>PREPARACIONES DE VITAMINA B</b>                               |                       |                                   |
| 5-MTHF PLUS B12                                                  | T4                    | HD                                |
| <i>acetylcyst/methylb12/levomefol (Cerefolin Brain Wellness)</i> | T2                    | HD                                |
| ALBA-LYBE                                                        | T3                    | HD                                |
| APETEX ( <i>vitamin b complex/lysine</i> )                       | T3                    | HD                                |
| APETIGEN ( <i>vitamin b complex/lysine</i> )                     | T3                    | HD                                |
| ARKALIOX                                                         | T4                    | HD                                |
| B ACTIV                                                          | T4                    | HD                                |
| <i>b comp no3/folic/c/biotin/zinc</i>                            | T2                    | HD                                |
| <i>b comp/ferrous gluc/lysine/znox</i>                           | T2                    | HD                                |
| <i>b complex 11/folic/c/biot/zinc</i>                            | T2                    | HD                                |
| <i>b complex c no.10/folic acid</i>                              | T2                    | HD                                |
| <i>b complex capsule</i>                                         | T2                    | HD                                |
| <i>b complex tablet</i>                                          | T2                    | HD                                |
| <i>b complex, c no.20/folic acid (Virt-Caps)</i>                 | T2                    | HD                                |
| B COMPLEX WITH B-12                                              | T4                    | HD                                |
| B COMPLEX WITH VITAMIN C                                         | T4                    | HD                                |
| B COMPLEX-FOLIC ACID ( <i>cyanocobalamin/folic ac/vit b6</i> )   | T4                    | HD                                |
| <i>b12/levomefolate calcium/b-6</i>                              | T2                    | HD                                |
| B-50 COMPLEX                                                     | T4                    | HD                                |
| <i>b-100 complex tr caplet</i>                                   | T2                    | HD                                |
| B-100 COMPLEX CAPSULE                                            | T4                    | HD                                |
| <i>balanced b-100 complex tab sa</i>                             | T2                    | HD                                |
| B-COMPLEX 100                                                    | T4                    | HD                                |
| <i>b-complex 100 injection</i>                                   | T2                    | HD                                |
| <i>b-complex injection vial</i>                                  | T2                    | HD                                |
| <i>b-complex plus vitamin c cplt (Vita-Bee With C)</i>           | T2                    | HD PPACA                          |
| <i>b-complex tablet (Vitamin B Complex-Electrolytes)</i>         | T2                    | HD PPACA                          |
| B-COMPLEX FAST DISSOLVE TABLET                                   | T4                    | HD                                |
| B-COMPLEX WITH B-12                                              | T4                    | HD                                |
| <i>b-complex with b12 tablet</i>                                 | T2                    | HD                                |
| <i>b-complex with vit c caplet (Vita-Bee With C)</i>             | T2                    | HD PPACA                          |

T1 – Genéricos preferidos

T2 – Genéricos no preferidos

T3 – Marcas preferidas

T4 – Marcas no preferidas

T5 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T1 – Genéricos preferidos  
T2 – Genéricos no preferidos  
T3 – Marcas preferidas  
T4 – Marcas no preferidas

T5 – Medicamentos de especialidad de marca  
PA – Autorización previa  
QL – Límite a la cantidad

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

HD – Puede requerir entrega a 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 |
| <b>PREPARACIONES DE VITAMINA B (cont.)</b>              |                       |                                   |
| <i>cyanocobalamin/folic ac/vit b6</i>                   | T2                    | HD PPACA                          |
| <i>cyanocobalamin/folic ac/vit b6 (Niva-Fol)</i>        | T2                    | HD                                |
| CYTO B7                                                 | T4                    | HD                                |
| DIALYVITE 3000                                          | T4                    | HD                                |
| DIALYVITE 5000                                          | T4                    | HD                                |
| DIALYVITE 800 CHEWABLE WAFER                            | T4                    | HD                                |
| DIALYVITE 800 PLUS D                                    | T4                    | HD                                |
| <i>dialyvite 800 tablet</i>                             | T2                    | HD PPACA                          |
| DIALYVITE 800 WITH ZINC                                 | T4                    | HD                                |
| DIALYVITE 800-ULTRA D                                   | T3                    | HD                                |
| DIALYVITE SUPREME D                                     | T4                    | HD                                |
| ELFOLATE PLUS                                           | T4                    | HD                                |
| ENDUR-B COMPLEX                                         | T4                    | HD                                |
| <i>eqi b complex 50 tablet</i>                          | T2                    | HD                                |
| FOLA-B COMPLEX                                          | T4                    | HD                                |
| FOLIC ACID-B6-B12                                       | T4                    | HD                                |
| <i>folic acid/b complex c no.17</i>                     | T2                    | HD                                |
| <i>folic acid/vit b complex and c</i>                   | T2                    | HD PPACA                          |
| <i>folic acid/vit b complex and c</i>                   | T2                    | HD                                |
| <i>folic acid/vit b complex and c (Vita-Bee With C)</i> | T2                    | HD PPACA                          |
| <i>folic acid/vit bcomp,c/cu/zinc</i>                   | T2                    | HD                                |
| FOLICORE B COMPLEX                                      | T4                    | HD                                |
| FOLIKA-BC                                               | T4                    | HD                                |
| FOLIKA-NC                                               | T4                    | HD                                |
| FOLIKA-T                                                | T4                    | HD                                |
| FOLINIC-PLUS                                            | T4                    | HD                                |
| FOLTX                                                   | T4                    | HD                                |
| FOLVITA COMPLEX                                         | T4                    | HD                                |
| <i>ft b-100 complex er tablet</i>                       | T2                    | HD                                |
| FT BIOTIN 2,500 MCG GUMMY                               | T4                    | HD                                |
| FT BIOTIN 10,000 MCG TABLET                             | T3                    | HD                                |
| GENICIN VITA-S                                          | T4                    | HD                                |
| <i>gnp b-100 complex tablet</i>                         | T2                    | HD                                |
| GNP BIOTIN 10,000 MCG TABLET                            | T3                    | HD                                |

T1 – Genéricos preferidos  
T2 – Genéricos no preferidos  
T3 – Marcas preferidas  
T4 – Marcas no preferidas

T5 – Medicamentos de especialidad de marca  
PA – Autorización previa  
QL – Límite a la cantidad

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

HD – Puede requerir entrega a 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 |
| <b>PREPARACIONES DE VITAMINA B (cont.)</b>         |                       |                                   |
| GNP BIOTIN 2,500 MCG GUMMY                         | T4                    | HD                                |
| <i>gnp biotin 5,000 mcg capsule</i> (Meribin)      | T2                    | HD                                |
| HAIR-SKIN-NAILS                                    | T4                    | HD                                |
| HARD NAILS ( <i>biotin</i> )                       | T4                    | HD                                |
| HM BIOTIN 10,000 MCG TABLET                        | T4                    | HD                                |
| <i>hm biotin 5,000 mcg capsule</i> (Meribin)       | T2                    | HD                                |
| HOMOCYSTEINE FORMULA                               | T4                    | HD                                |
| HYLAVITE ( <i>folic acid/vit b complex and c</i> ) | T4                    | HD                                |
| KIDS BRAIN BUILDER                                 | T4                    | HD                                |
| <i>levomefolate/b6/b12/algal oil</i>               | T2                    | HD                                |
| LEVOMEFOLATE-NAC-MECOBAL-ALGAL                     | T4                    | HD                                |
| LEVOMEFOL-PYRIDOXAL-MEC-ALGAL                      | T4                    | HD                                |
| <i>l-mefol/a-cyst/meb12/algal oil</i>              | T2                    | HD                                |
| L-METHYLFOL-ALGAL-NAC-ME-CBL                       | T4                    | HD                                |
| L-METHYLFOL-ALGAL-P5P-ME-CBL                       | T4                    | HD                                |
| LORID                                              | T4                    | HD                                |
| LORMATE                                            | T4                    | HD                                |
| <i>mecobal/levomefolat ca/b6 phos</i>              | T2                    | HD                                |
| MEDTYCHOLL-B COMPLEX W-LIVER                       | T4                    | HD                                |
| MEGA BIOTIN                                        | T4                    | HD                                |
| MERIBIN ( <i>biotin</i> )                          | T3                    | HD                                |
| METANX                                             | T4                    | HD                                |
| METANX FC                                          | T4                    | HD                                |
| METANX RR                                          | T4                    | HD                                |
| METANXPRO NERVE HEALTH                             | T4                    | HD                                |
| METHAVER                                           | T4                    | HD                                |
| METHYL PROTECT                                     | T4                    | HD                                |
| MINCORA                                            | T4                    | HD                                |
| MULTIVITAMIN-ZINC-STRESS                           | T4                    | HD                                |
| NEPHRON FA                                         | T4                    | HD                                |
| NEPHRO-VITE                                        | T3                    | HD                                |
| NIVA-FOL ( <i>cyanocobalamin/folic ac/vit b6</i> ) | T4                    | HD                                |
| NUFOLA                                             | T4                    | HD                                |
| PODIAPN                                            | T4                    | HD                                |

T1 – Genéricos preferidos

T2 – Genéricos no preferidos

T3 – Marcas preferidas

T4 – Marcas no preferidas

T5 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a 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 |
| <b>PREPARACIONES DE VITAMINA B (cont.)</b>                       |                       |                                   |
| PRORENAL                                                         | T3                    | HD                                |
| PUREVITA SUPER B-COMPLEX                                         | T4                    | HD                                |
| QUIN B STRONG                                                    | T4                    | HD                                |
| <i>ra balanced b-100 tablet (Vitamin B Complex-Electrolytes)</i> | T2                    | HD PPACA                          |
| <i>ra b-complex-vitamin b-12 tab</i>                             | T2                    | HD                                |
| <i>ra biotin 2,500 mcg capsule (Hard Nails)</i>                  | T2                    | HD                                |
| RELCARE                                                          | T4                    | HD                                |
| RENAL MULTIVITAMIN                                               | T4                    | HD                                |
| RENAL VITAMIN                                                    | T4                    | HD                                |
| RENAL-VITE                                                       | T4                    | HD                                |
| RENAPLEX                                                         | T4                    | HD                                |
| RENAPLEX-D                                                       | T4                    | HD                                |
| RIBOZEL                                                          | T4                    | HD                                |
| <i>sm biotin 5,000 mcg capsule (Meribin)</i>                     | T2                    | HD                                |
| <i>sm stress formula+zinc tablet</i>                             | T2                    | HD                                |
| <i>super b complex-vit c caplet (Vita-Bee With C)</i>            | T2                    | HD PPACA                          |
| <i>super quint b-50 tablet (Vitamin B Complex-Electrolytes)</i>  | T2                    | HD PPACA                          |
| <i>super quint b-50 tablets</i>                                  | T2                    | HD                                |
| SV BIOTIN 1,000 MCG SOFTGEL                                      | T4                    | HD                                |
| <i>sv biotin 5,000 mcg softgel (Meribin)</i>                     | T2                    | HD                                |
| TRONVITE                                                         | T4                    | HD                                |
| ULTRA B-100 COMPLEX TABLET                                       | T4                    | HD                                |
| <i>ultra b-100 complex tablet</i>                                | T2                    | HD                                |
| VIRT-CAPS (b complex, c no.20/folic acid)                        | T4                    | HD                                |
| <i>vit b comp c 19/folic acid/d3</i>                             | T2                    | HD PPACA                          |
| <i>vit b comp no.3/folic/c/biotin</i>                            | T2                    | HD                                |
| <i>vit b comp/c/fa/iron sulf/vite</i>                            | T2                    | HD PPACA                          |
| <i>vit b comp/c/folic/iron/vit e</i>                             | T2                    | HD PPACA                          |
| <i>vit b comp/folic/choline/inosi</i>                            | T2                    | HD PPACA                          |
| <i>vit b12/levomefolate/vit b6/b2 (Cerefolin)</i>                | T2                    | HD                                |
| VITA-BEE WITH C (folic acid/vit b complex and c)                 | T4                    | HD                                |
| VITAL-D RX                                                       | T4                    | HD                                |
| VITAJoy BIOTIN                                                   | T4                    | HD                                |

T1 – Genéricos preferidos

T2 – Genéricos no preferidos

T3 – Marcas preferidas

T4 – Marcas no preferidas

T5 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a 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 |
| <b>PREPARACIONES DE VITAMINA B (cont.)</b>                             |                       |                                   |
| <i>vitamin b complex</i>                                               | T2                    | HD                                |
| <i>vitamin b complex capsule, softgel</i>                              | T2                    | HD                                |
| <i>vitamin b complex/folic acid</i> (Vitamin B Complex-Electrolytes)   | T2                    | HD PPACA                          |
| <i>vitamin b complex tablet</i> (Vitamin B Complex-Electrolytes)       | T2                    | HD PPACA                          |
| <i>vitamin b complex tablet</i>                                        | T2                    | HD                                |
| VITAMIN B COMPLEX-ELECTROLYTES ( <i>vitamin b complex/folic acid</i> ) | T4                    | HD                                |
| <i>vitamin b complex/lysine</i> (Apetex)                               | T2                    | HD                                |
| <i>vitamin b complex/lysine</i> (Apetigen)                             | T2                    | HD                                |
| <i>vitamin b complex-vitamin c tb</i> (Vita-Bee With C)                | T2                    | HD PPACA                          |
| <i>vitamin b-complex c caplet</i>                                      | T2                    | HD PPACA                          |
| VITA-RESPA                                                             | T4                    | HD                                |
| VITASURE                                                               | T4                    | HD                                |
| XVITE                                                                  | T4                    | HD                                |
| ZELDANA                                                                | T4                    | HD                                |
| <b>PREPARACIONES DE VITAMINA B1</b>                                    |                       |                                   |
| <i>cvs vitamin b-1 100 mg tablet</i>                                   | T2                    |                                   |
| CYTO B-1                                                               | T4                    |                                   |
| <i>ft vitamin b-1 100 mg tablet</i>                                    | T2                    |                                   |
| <i>gnp vitamin b-1 100 mg tablet</i>                                   | T2                    |                                   |
| <i>ra vitamin b-1 100 mg tablet</i>                                    | T2                    |                                   |
| PUREVITA VITAMIN B1                                                    | T4                    |                                   |
| THIAMINE HCL-0.9% NACL                                                 | T4                    |                                   |
| <i>thiamine 100 mg tablet</i>                                          | T2                    |                                   |
| <i>thiamine 200 mg/2 ml vial</i>                                       | T2                    |                                   |
| <i>thiamine 250 mg tablet</i>                                          | T2                    |                                   |
| THIAMINE 500 MG TABLET                                                 | T4                    |                                   |
| <i>thiamine hcl</i>                                                    | T2                    |                                   |
| TRUE VITAMIN B-1 250 MG TABLET                                         | T4                    |                                   |
| TRUE VITAMIN B-1 50 MG TABLET                                          | T4                    |                                   |
| <i>true vitamin b-1 100 mg tablet</i>                                  | T2                    |                                   |
| VITAMIN B-1 100 MG CAPSULE                                             | T4                    |                                   |
| <i>vitamin b-1 100 mg tablet</i>                                       | T2                    |                                   |
| <i>vitamin b-1 250 mg tablet</i>                                       | T2                    |                                   |
| <i>vitamin b-1 50 mg tablet</i>                                        | T2                    |                                   |

T1 – Genéricos preferidos

T2 – Genéricos no preferidos

T3 – Marcas preferidas

T4 – Marcas no preferidas

T5 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T1 – Genéricos preferidos

T2 – Genéricos no preferidos

T3 – Marcas preferidas

T4 – Marcas no preferidas

T5 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T1 – Genéricos preferidos

T2 – Genéricos no preferidos

T3 – Marcas preferidas

T4 – Marcas no preferidas

T5 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T1 – Genéricos preferidos

T2 – Genéricos no preferidos

T3 – Marcas preferidas

T4 – Marcas no preferidas

T5 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a 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 |
| <b>PREPARACIONES DE VITAMINA B12 (cont.)</b>                    |                       |                                   |
| <i>vitamin b-12 500 mcg tablet</i>                              | T2                    |                                   |
| <i>vitamin b-12 er 1,000 mcg tab</i>                            | T2                    |                                   |
| <i>vitamin b-12 tr 1,000 mcg tab</i>                            | T2                    |                                   |
| <i>vitamin b-12 tr 2,000 mcg tab</i>                            | T2                    |                                   |
| VITAMIN B12-FOLIC ACID                                          | T4                    |                                   |
| <b>PREPARACIONES DE VITAMINA B2</b>                             |                       |                                   |
| CYTO B-2                                                        | T4                    |                                   |
| PUREVITA VITAMIN B2                                             | T4                    |                                   |
| <i>riboflavin (vitamin b2)</i>                                  | T2                    |                                   |
| RIBOFLAVIN 100 MG CAPSULE                                       | T4                    |                                   |
| <i>riboflavin 100 mg tablet</i>                                 | T2                    |                                   |
| RIBOFLAVIN 400 MG TABLET                                        | T4                    |                                   |
| <i>riboflavin 50 mg tablet</i>                                  | T2                    |                                   |
| <b>PREPARACIONES DE VITAMINA B6</b>                             |                       |                                   |
| <i>cvs vitamin b-6 100 mg tablet</i>                            | T2                    |                                   |
| <i>eql vitamin b-6 100 mg tablet</i>                            | T2                    |                                   |
| <i>ft vitamin b-6 100 mg tablet</i>                             | T2                    |                                   |
| <i>gnp vitamin b-6 100 mg tablet</i>                            | T2                    |                                   |
| PUREVITA VITAMIN B6                                             | T4                    |                                   |
| <i>pyridoxine 100 mg/ml vial</i>                                | T2                    |                                   |
| <i>pyridoxine 25 mg, 250 mg tablet</i>                          | T2                    |                                   |
| PYRIDOXINE 50 MG TABLET ( <i>pyridoxine hcl (vitamin b6)</i> )  | T3                    |                                   |
| <i>pyridoxine 50 mg tablet (Pyridoxine Hcl)</i>                 | T2                    |                                   |
| PYRIDOXINE 500 MG TABLET ( <i>pyridoxine hcl (vitamin b6)</i> ) | T4                    |                                   |
| <i>pyridoxine hcl (vitamin b6)</i>                              | T2                    |                                   |
| <i>pyridoxine hcl (vitamin b6) (Pyridoxine Hcl)</i>             | T2                    |                                   |
| <i>ra vitamin b-6 100 mg tablet</i>                             | T2                    |                                   |
| <i>ra vitamin b-6 50 mg tablet</i>                              | T2                    |                                   |
| <i>sm vitamin b-6 100 mg tablet</i>                             | T2                    |                                   |
| <i>sv vitamin b-6 100 mg tablet</i>                             | T2                    |                                   |
| <i>true vitamin b-6 100 mg tablet</i>                           | T2                    |                                   |
| <i>true vitamin b-6 25 mg tablet</i>                            | T2                    |                                   |
| <i>true vitamin b-6 50 mg tablet</i>                            | T2                    |                                   |
| TRUE VITAMIN B-6 10 MG TABLET                                   | T4                    |                                   |

T1 – Genéricos preferidos

T2 – Genéricos no preferidos

T3 – Marcas preferidas

T4 – Marcas no preferidas

T5 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a 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 |
| <b>PREPARACIONES DE VITAMINA B6 (cont.)</b> |                       |                                   |
| VB6 PSP                                     | T4                    |                                   |
| vitamin b-6 100 mg tablet                   | T2                    |                                   |
| vitamin b-6 25 mg tablet                    | T2                    |                                   |
| vitamin b-6 250 mg tablet                   | T2                    |                                   |
| vitamin b-6 50 mg tablet                    | T2                    |                                   |
| <b>PREPARACIONES DE VITAMINA C</b>          |                       |                                   |
| ASCOR                                       | T4                    |                                   |
| ascorbate calcium                           | T2                    |                                   |
| ascorbic acid                               | T2                    |                                   |
| ascorbic acid 500 mg/5 ml cup               | T2                    |                                   |
| ascorbic acid 500 mg tablet                 | T2                    |                                   |
| ascorbic acid 500 mg/ml vial                | T2                    |                                   |
| ASCORBIC ACID GRANULES                      | T3                    |                                   |
| ascorbic acid/ascorbate sodium              | T2                    |                                   |
| BIO C 1:1                                   | T4                    |                                   |
| c-1,000 mg tablet sa                        | T2                    |                                   |
| cod liver oil tab chewable                  | T2                    |                                   |
| cvs vit c-rose hip 1,000 mg tb              | T2                    |                                   |
| cvs vit c-rose hip 500 mg chew              | T2                    |                                   |
| cvs vit c-rose hip 500 mg cplt              | T2                    |                                   |
| cvs vit c-rose hips 500 mg tab              | T2                    |                                   |
| cvs vitamin c 1,000 mg caplet               | T2                    |                                   |
| CVS VITAMIN C 1,000 MG POWDER               | T4                    |                                   |
| cvs vitamin c 250 mg tablet                 | T2                    |                                   |
| cvs vitamin c 500 mg caplet, tablet         | T2                    |                                   |
| CYTO C                                      | T4                    |                                   |
| EASY-C IMMUNE HEALTH                        | T4                    |                                   |
| EMERGEN-C                                   | T4                    |                                   |
| EMERGEN-C APPLE CIDER VINEGAR               | T4                    |                                   |
| EMERGEN-C ASHWAGANDHA                       | T4                    |                                   |
| EMERGEN-C TURMERIC GINGER                   | T4                    |                                   |
| EMERGEN-C ELDERBERRY                        | T4                    |                                   |
| EMERGEN-C ENERGY PLUS                       | T4                    |                                   |
| EMERGEN-C IMMUNE PLUS                       | T4                    |                                   |

T1 – Genéricos preferidos

T2 – Genéricos no preferidos

T3 – Marcas preferidas

T4 – Marcas no preferidas

T5 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T1 – Genéricos preferidos

T2 – Genéricos no preferidos

T3 – Marcas preferidas

T4 – Marcas no preferidas

T5 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T1 – Genéricos preferidos

T2 – Genéricos no preferidos

T3 – Marcas preferidas

T4 – Marcas no preferidas

T5 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T1 – Genéricos preferidos  
T2 – Genéricos no preferidos  
T3 – Marcas preferidas  
T4 – Marcas no preferidas

T5 – Medicamentos de especialidad de marca  
PA – Autorización previa  
QL – Límite a la cantidad

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

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

T1 – Genéricos preferidos

T2 – Genéricos no preferidos

T3 – Marcas preferidas

T4 – Marcas no preferidas

T5 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a 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 |
| <b>PREPARACIONES DE VITAMINA D (cont.)</b>   |                       |                                   |
| DERMACINRX FOLIXAPURE                        | T4                    | HD                                |
| DERMACINRX FOLIXATE                          | T4                    | HD                                |
| DERMACINRX FOLTAMIN                          | T4                    | HD                                |
| DERMACINRX FOLTREXYL                         | T4                    | HD                                |
| DERMACINRX PUREFOLIX                         | T4                    | HD                                |
| DIALYVITE VITAMIN D3 MAX                     | T4                    | HD                                |
| DOSOKAP                                      | T4                    | HD                                |
| <i>eqi vitamin d3 2,000 unit sfgl</i>        | T2                    | HD                                |
| <i>eqi vitamin d3 400 unit sftgl</i>         | T2                    | HD                                |
| ERGOCAL                                      | T4                    | HD                                |
| <i>ergocalciferol (vitamin d2)</i>           | T2                    | HD                                |
| FOLIC D3                                     | T4                    | HD                                |
| FOLIKA-D                                     | T4                    | HD                                |
| FOLVITE-D                                    | T4                    | HD                                |
| <i>ft biotin 5,000 mcg capsule (Meribin)</i> | T2                    | HD                                |
| <i>ft vitamin d3 25 mcg softgel, tablet</i>  | T2                    | HD                                |
| <i>ft vitamin d3 50 mcg softgel, tablet</i>  | T2                    | HD                                |
| <i>ft vitamin d3 125 mcg softgel, tablet</i> | T2                    | HD                                |
| FT VITAMIN D3 250 MCG SOFTGEL, TABLET        | T4                    | HD                                |
| GENICIN VITA-D                               | T4                    | HD                                |
| <i>gnp vit d3 10mcg(400 unit) chw</i>        | T2                    | HD                                |
| <i>gnp vitamin d3 50 mcg softgel</i>         | T2                    | HD                                |
| GNP VITAMIN D3 250 MCG SOFTGEL               | T4                    | HD                                |
| <i>gnp vitamin d3 1,000 unit tab</i>         | T2                    | HD                                |
| <i>gnp vitamin d3 10 mcg tablet</i>          | T2                    | HD                                |
| <i>gnp vitamin d3 125 mcg softgel</i>        | T2                    | HD                                |
| GNP VITAMIN D3 250 MCG TABLET                | T4                    | HD                                |
| <i>gnp vitamin d3 2,000 unit tab</i>         | T2                    | HD                                |
| <i>gnp vitamin d3 25 mcg tablet</i>          | T2                    | HD                                |
| <i>gnp vitamin d3 25mcg(1000 unt)</i>        | T2                    | HD                                |
| <i>gnp vitamin d3 5,000 unit tab</i>         | T2                    | HD                                |
| <i>hm vitamin d3 1,000 unit tab</i>          | T2                    | HD                                |
| <i>hm vitamin d3 2,000 unit sftgl</i>        | T2                    | HD                                |
| HM VITAMIN D3 4,000 UNIT SFTGL               | T4                    | HD                                |

T1 – Genéricos preferidos

T2 – Genéricos no preferidos

T3 – Marcas preferidas

T4 – Marcas no preferidas

T5 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a 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 |
| <b>PREPARACIONES DE VITAMINA D (cont.)</b>  |                       |                                   |
| IS-D-10,000                                 | T4                    | HD                                |
| K2 PLUS D3                                  | T4                    | HD                                |
| K2-D3 10,000                                | T4                    | HD                                |
| K2-D3 5000                                  | T4                    | HD                                |
| K2-D3 MAX                                   | T4                    | HD                                |
| MAXIMUM D3                                  | T3                    | HD                                |
| NOXIFOL-D3                                  | T4                    | HD                                |
| OPTIMAL D3 M                                | T4                    | HD                                |
| ORTHO DF                                    | T4                    | HD                                |
| OSTACHOL                                    | T4                    | HD                                |
| <i>purevita vitamin d3 25 mcg tab</i>       | T2                    | HD                                |
| PUREVITA VITAMIN D3 10 MCG/2ML              | T4                    | HD                                |
| <i>ra cod liver oil</i>                     | T2                    | HD                                |
| <i>ra cod liver oil softgel</i>             | T2                    | HD                                |
| <i>ra vitamin d3 1,000 unit tab</i>         | T2                    | HD                                |
| <i>ra vitamin d3 2,000 unit sftgl</i>       | T2                    | HD                                |
| <i>ra vitamin d3 2,000 unit sftgl</i>       | T2                    | HD                                |
| <i>ra vitamin d3 5,000 unit sftgl</i>       | T2                    | HD                                |
| REPLESTA NX                                 | T3                    | HD                                |
| REVESTA                                     | T4                    | HD                                |
| ROCALTROL ( <i>calcitriol</i> )             | T4                    | ST                                |
| ROXIFOL-D                                   | T4                    | HD                                |
| <i>sm vitamin d3 1,000 unit tab</i>         | T2                    | HD                                |
| <i>sm vitamin d3 2,000 unit sftgl</i>       | T2                    | HD                                |
| <i>sm vitamin d3 50 mcg softgel</i>         | T2                    | HD                                |
| SUPER DAILY D3                              | T4                    | HD                                |
| <i>sv vitamin d3 1,000 unit gummy</i>       | T2                    | HD                                |
| <i>sv vitamin d3 1,000 unit sftgl</i>       | T2                    | HD                                |
| <i>sv vitamin d3 2,000 unit sftgl</i>       | T2                    | HD                                |
| <i>sv vitamin d3 25mcg(1000 unit)</i>       | T2                    | HD                                |
| <i>sv vitamin d3 400 unit softgel</i>       | T2                    | HD                                |
| <i>sv vitamin d3 5,000 unit sftgl</i>       | T2                    | HD                                |
| <i>thera-d 2000 tablet</i>                  | T2                    | HD                                |
| THERA-D 4000 TABLET                         | T4                    | HD                                |

T1 – Genéricos preferidos  
T2 – Genéricos no preferidos  
T3 – Marcas preferidas  
T4 – Marcas no preferidas

T5 – Medicamentos de especialidad de marca  
PA – Autorización previa  
QL – Límite a la cantidad

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

HD – Puede requerir entrega a 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 |
| <b>PREPARACIONES DE VITAMINA D (cont.)</b>  |                       |                                   |
| <i>thera-d rapid repletion tablet</i>       | T2                    | HD                                |
| <i>thera-d sport 2,000 unit tab</i>         | T2                    | HD                                |
| <i>true vitamin d3 1,250 mcg tab</i>        | T2                    | HD                                |
| <i>true vitamin d3 10 mcg capsule</i>       | T2                    | HD                                |
| <i>true vitamin d3 10 mcg tablet</i>        | T2                    | HD                                |
| <i>true vitamin d3 125 mcg cap</i>          | T2                    | HD                                |
| <i>true vitamin d3 125 mcg tablet</i>       | T2                    | HD                                |
| <i>true vitamin d3 25 mcg capsule</i>       | T2                    | HD                                |
| <i>true vitamin d3 25 mcg tablet</i>        | T2                    | HD                                |
| <i>true vitamin d3 50 mcg capsule</i>       | T2                    | HD                                |
| <i>true vitamin d3 50 mcg tablet</i>        | T2                    | HD                                |
| TRUE VITAMIN D3 1,250 MCG CAP               | T4                    | HD                                |
| TRUE VITAMIN D3 250 MCG CAP, TABLET         | T4                    | HD                                |
| <i>vit d3 125 mcg (5000 unit) tab</i>       | T2                    | HD                                |
| VIT D3 5,000 UNIT FAST DISSOLV              | T4                    | HD                                |
| <i>vitamin d2 1.25mg(50,000 unit)</i>       | T2                    | HD                                |
| VITAMIN D2 2,000 UNIT TABLET                | T3                    | HD                                |
| <i>vitamin d2 400 unit tablet</i>           | T2                    | HD                                |
| VITAMIN D2 50 MCG (2,000 UNIT)              | T4                    | HD                                |
| VITAMIN D2-VITAMIN K1                       | T4                    | HD                                |
| VITAMIN D3-VITAMIN K2                       | T4                    | HD                                |
| VITAMIN D3 50 MCG DISSOLVE TAB              | T4                    | HD                                |
| <i>vitamin d3 1,000 unit gummies</i>        | T2                    | HD                                |
| <i>vitamin d3 1,000 unit gummy</i>          | T2                    | HD                                |
| <i>vitamin d3 1,000 unit softgel</i>        | T2                    | HD                                |
| VITAMIN D3 62.5 MCG SOFTGEL                 | T4                    | HD                                |
| VITAMIN D3 1,000 UNIT SPRAY                 | T4                    | HD                                |
| <i>vitamin d3 1,000 unit tab chew</i>       | T2                    | HD                                |
| <i>vitamin d3 1,000 unit tablet</i>         | T2                    | HD                                |
| VITAMIN D3 1,000 UNIT/10 ML LQ              | T4                    | HD                                |
| <i>vitamin d3 1,250 mcg capsule</i>         | T2                    | HD                                |
| <i>vitamin d3 1.25 mg softgel</i>           | T2                    | HD                                |
| <i>vitamin d3 10 mcg tablet</i>             | T2                    | HD                                |
| <i>vitamin d3 10 mcg(400 unit)/ml</i>       | T2                    | HD                                |

T1 – Genéricos preferidos

T2 – Genéricos no preferidos

T3 – Marcas preferidas

T4 – Marcas no preferidas

T5 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a 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 |
| <b>PREPARACIONES DE VITAMINA D (cont.)</b>  |                       |                                   |
| VITAMIN D3 10,000 UNIT TABLET               | T4                    | HD                                |
| <i>vitamin d3 10 mcg/ml drop</i>            | T2                    | HD                                |
| <i>vitamin d3 10 mcg/ml liquid</i>          | T2                    | HD                                |
| VITAMIN D3 10,000 UNIT CAPSULE              | T4                    | HD                                |
| <i>vitamin d3 10,000 unit softgel</i>       | T2                    | HD                                |
| <i>vitamin d3 125 mcg (5000 unit)</i>       | T2                    | HD                                |
| <i>vitamin d3 125 mcg capsule</i>           | T2                    | HD                                |
| <i>vitamin d3 125 mcg softgel</i>           | T2                    | HD                                |
| <i>vitamin d3 125 mcg tablet</i>            | T2                    | HD                                |
| VITAMIN D3 125 MCG/0.5 ML DROP              | T4                    | HD                                |
| <i>vitamin d3 2,000 unit softgel</i>        | T2                    | HD                                |
| VITAMIN D3 2,000 UNIT TAB CHEW              | T4                    | HD                                |
| <i>vitamin d3 2,000 unit tablet</i>         | T2                    | HD                                |
| <i>vitamin d3 25 mcg (1,000 unit)</i>       | T2                    | HD                                |
| <i>vitamin d3 25 mcg gummy</i>              | T2                    | HD                                |
| <i>vitamin d3 25 mcg softgel</i>            | T2                    | HD                                |
| <i>vitamin d3 25 mcg tablet</i>             | T2                    | HD                                |
| VITAMIN D3 250 MCG TABLET                   | T4                    | HD                                |
| VITAMIN D3 3,000 UNIT TABLET                | T4                    | HD                                |
| <i>vitamin d3 400 unit softgel</i>          | T2                    | HD                                |
| <i>vitamin d3 400 unit tab chew</i>         | T2                    | HD                                |
| <i>vitamin d3 400 unit tablet</i>           | T2                    | HD                                |
| VITAMIN D3 400 UNIT/5 ML LIQ                | T4                    | HD                                |
| <i>vitamin d3 400 unit/ml liquid</i>        | T2                    | HD                                |
| <i>vitamin d3 5,000 unit capsule</i>        | T2                    | HD                                |
| VITAMIN D3 50,000 UNIT CAPSULE              | T4                    | HD                                |
| <i>vitamin d3 5,000 unit softgel</i>        | T2                    | HD                                |
| <i>vitamin d3 5,000 unit tablet</i>         | T2                    | HD                                |
| <i>vitamin d3 5,000 unit/ml drops</i>       | T2                    | HD                                |
| <i>vitamin d3 50 mcg (2,000 unit)</i>       | T2                    | HD                                |
| <i>vitamin d3 50 mcg capsule</i>            | T2                    | HD                                |
| <i>vitamin d3 50 mcg softgel</i>            | T2                    | HD                                |
| <i>vitamin d3 50 mcg tablet</i>             | T2                    | HD                                |
| <i>vitamin d3 50,000 unit capsule</i>       | T2                    | HD                                |

T1 – Genéricos preferidos

T2 – Genéricos no preferidos

T3 – Marcas preferidas

T4 – Marcas no preferidas

T5 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a 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 |
| <b>PREPARACIONES DE VITAMINA D (cont.)</b>  |                       |                                   |
| VITAMIN D3 10 MCG/ML ENFIT SYR              | T4                    | HD                                |
| <i>v-r cod liver oil capsule</i>            | T2                    | HD                                |
| <i>well vitamin d3 125 mcg softgl</i>       | T2                    | HD                                |
| <i>well vitamin d3 25 mcg softgel</i>       | T2                    | HD                                |
| <i>well vitamin d3 50 mcg softgel</i>       | T2                    | HD                                |
| <b>PREPARACIONES DE VITAMINA E</b>          |                       |                                   |
| AQUA-E                                      | T3                    |                                   |
| AQUA-E CONCENTRATE                          | T4                    |                                   |
| <i>cvs vitamin e 180 mg softgel</i>         | T2                    |                                   |
| <i>cvs vitamin e 200 unit softgel</i>       | T2                    |                                   |
| CVS VITAMIN E 450 MG SOFTGEL                | T4                    |                                   |
| <i>cvs vitamin e 90 mg softgel</i>          | T2                    |                                   |
| <i>eql vitamin e 1,000 unit sftgl</i>       | T2                    |                                   |
| <i>eql vitamin e 180 mg softgel</i>         | T2                    |                                   |
| <i>ft vitamin e 180 mg softgel</i>          | T2                    |                                   |
| <i>gnp vitamin e 180 mg softgel</i>         | T2                    |                                   |
| <i>gnp vitamin e 400 unit softgel</i>       | T2                    |                                   |
| GNP VITAMIN E 450 MG SOFTGEL                | T4                    |                                   |
| <i>gnp vitamin e 90 mg softgel</i>          | T2                    |                                   |
| <i>hm vitamin e 180 mg softgel</i>          | T2                    |                                   |
| <i>hm vitamin e 200 unit softgel</i>        | T2                    |                                   |
| <i>hm vitamin e 400 unit softgel</i>        | T2                    |                                   |
| MIXED TOCOTRIENOLS                          | T4                    |                                   |
| PUREVITA VITAMIN E                          | T4                    |                                   |
| <i>ra vitamin e 268 mg softgel</i>          | T2                    |                                   |
| <i>sv vitamin e 180 mg softgel</i>          | T2                    |                                   |
| <i>sv vitamin e 400 unit softgel</i>        | T2                    |                                   |
| <i>sv vitamin e 450 mg softgel</i>          | T2                    |                                   |
| <i>sv vitamin e 670 mg softgel</i>          | T2                    |                                   |
| <i>true vitamin e 180 mg capsule</i>        | T2                    |                                   |
| <i>true vitamin e 90 mg capsule</i>         | T2                    |                                   |
| TRUE VITAMIN E 450 MG CAPSULE               | T4                    |                                   |
| <i>vitamin e (dl,tocopheryl acet)</i>       | T2                    |                                   |
| <i>vitamin e 1,000 unit softgel</i>         | T2                    |                                   |

T1 – Genéricos preferidos

T2 – Genéricos no preferidos

T3 – Marcas preferidas

T4 – Marcas no preferidas

T5 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T1 – Genéricos preferidos

T2 – Genéricos no preferidos

T3 – Marcas preferidas

T4 – Marcas no preferidas

T5 – Medicamentos de especialidad de marca

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a 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 |
| <b>PREPARACIONES DE VITAMINA K (cont.)</b>    |                       |                                   |
| <i>phytonadione 1 mg/0.5 ml syr</i>           | T2                    |                                   |
| <i>phytonadione 10 mg/ml vial</i>             | T2                    |                                   |
| VITAMIN K                                     | T3                    |                                   |
| VITAMIN K-1                                   | T3                    |                                   |
| VITAMIN K2 (MENAQUINONE-4)                    | T4                    |                                   |
| VITAMIN K2 100 MCG SOFTGEL                    | T4                    |                                   |
| <b>VITAMINAS (Vitaminas)</b>                  |                       |                                   |
| <b>PREPARACIONES MULTIVITAMÍNICAS</b>         |                       |                                   |
| ALIVE MEN'S MAX3 POTENCY                      | T4                    |                                   |
| BOOSTNOW IMMUNE SUPPORT                       | T4                    |                                   |
| CENTRUM ADULTS 50 PLUS MINIS                  | T4                    |                                   |
| CENTRUM MEN 50 PLUS MINIS                     | T4                    |                                   |
| DAVIMET-M                                     | T4                    |                                   |
| DERMACINRX MULTIVITAMIN                       | T4                    |                                   |
| LIVITA FOR ADULT                              | T4                    |                                   |
| MULTITOL-M                                    | T4                    |                                   |
| NANOVN ADULT                                  | T4                    |                                   |
| SUPERIOR WOMEN'S MULTI                        | T4                    |                                   |
| <b>PREPARACIONES DE VITAMINAS PEDIÁTRICAS</b> |                       |                                   |
| <i>ft children's multi gummy</i>              | T2                    |                                   |
| GNP CHILDREN'S MULTI GUMMY                    | T4                    |                                   |
| <i>multivit-fluor 0.5 mg tab chew</i>         | T2                    | PPACA                             |

T1 – Genéricos preferidos  
T2 – Genéricos no preferidos  
T3 – Marcas preferidas  
T4 – Marcas no preferidas

T5 – Medicamentos de especialidad de marca  
PA – Autorización previa  
QL – Límite a la cantidad

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

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

## Exclusiones y limitaciones de la cobertura

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

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

- 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,<sup>11</sup> la disfunción sexual, con fines estéticos, para bajar de peso, para dejar de fumar<sup>12</sup> o para mejorar el desempeño atlético.
- Cualquier vitamina con receta (a excepción de las vitaminas prenatales) o suplementos alimenticios, a menos que la ley estatal o federal exija que dichos productos estén cubiertos.
- Agentes inmunizantes, productos biológicos para inmunización para la alergia, sueros biológicos, sangre, plasma sanguíneo y otros derivados hematológicos o fracciones sanguíneas y medicamentos usados para profilaxis en caso de viaje.
- Reemplazo de medicamentos con receta y suministros relacionados debido a pérdida o robo.
- Medicamentos que deba tomar o que se le deban administrar a una persona cubierta mientras sea paciente en un hospital con licencia, un centro de cuidados especiales, un hogar de ancianos u otra institución similar, que opere o permita que operen en su establecimiento instalaciones para despachar productos farmacéuticos.
- Recetas cuya fecha de emisión tenga más de un año de antigüedad.
- La cobertura de productos farmacológicos con receta por una cantidad despachada (días de suministro) que supera el límite de suministro aplicable o es inferior a cualquier suministro mínimo aplicable indicado en el Programa, o que supera uno o más límites de cantidad o límites de dosis establecidos por el Comité de P&T.
- Más de una receta médica o renovación para un determinado período de suministro de recetas para el mismo producto farmacológico con receta indicado por uno o más médicos y despachado por una o más farmacias.
- Productos farmacológicos con receta despachados fuera de la jurisdicción de los Estados Unidos, salvo que se requieran para un tratamiento de emergencia o de cuidado de urgencia.

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

# Índice de medicamentos

## Símbolos

|                                  |          |
|----------------------------------|----------|
| I.5 VOLT BATTERIES .....         | 161      |
| IST TIER .....                   | 140, 156 |
| IST TIER UNILET COMFORTOUCH..... | 156      |
| 2-IN-1 .....                     | 140, 156 |
| 2-IN-1 LANCET DEVICE .....       | 156      |
| 2TEK.....                        | 133      |
| 5-MTHF.....                      | 224      |
| 50 PLUS ADULT EYE.....           | 202      |

## A

|                                      |                    |
|--------------------------------------|--------------------|
| A-25 .....                           | 223                |
| abacavir .....                       | 66, 67, 68         |
| abacavir sulfate/lamivudine .....    | 66                 |
| ABANEU-SL.....                       | 230                |
| ABATRON .....                        | 112                |
| ABC .....                            | 165, 205           |
| ABC COMPLETE .....                   | 205                |
| ABDEK.....                           | 219                |
| ABILIFY.....                         | 176                |
| abiraterone.....                     | 55                 |
| ABRYSVO.....                         | 76                 |
| ABSORICA .....                       | 180                |
| ABSTRAL .....                        | 21                 |
| ACAM2000 .....                       | 76                 |
| acamprosate.....                     | 195                |
| acarbose .....                       | 49                 |
| ACCOLATE .....                       | 32                 |
| ACCRUFER .....                       | 112                |
| ACCU-CHEK .....                      | 133, 140, 156, 161 |
| ACCUPRIL.....                        | 83                 |
| ACCURETIC.....                       | 81                 |
| ACCUTREND.....                       | 133                |
| ACD-A .....                          | 43                 |
| ACD SOLUTION A .....                 | 42                 |
| ACE.....                             | 81, 82, 83         |
| ACE AEROSOL.....                     | 162                |
| acebutolol.....                      | 84                 |
| acetaminophen/caff/dihydrocod.....   | 21                 |
| acetaminophen with codeine.....      | 21                 |
| acetazolamide.....                   | 100                |
| acetic acid .....                    | 52, 103, 179       |
| acetic acid/oxyquinoline .....       | 52                 |
| acetylcyst .....                     | 224                |
| acetylcysteine .....                 | 32                 |
| a/c/e/zinc ox/cupric ox/lutein.....  | 202                |
| a/c/e/zinc/sod selenate/copper ..... | 205                |
| acitretin .....                      | 180                |
| ACTEMRA.....                         | 131                |

|                                 |                                   |
|---------------------------------|-----------------------------------|
| ACTHAR .....                    | 125                               |
| ACTHIB .....                    | 75                                |
| ACTICLATE .....                 | 39                                |
| acti-lance .....                | 140, 156                          |
| ACTI-LANCE .....                | 140, 156                          |
| acti-lance lite.....            | 156                               |
| acti-lance univers.....         | 156                               |
| ACTI-LANCE UNIVERS .....        | 156                               |
| ACTIMMUNE.....                  | 61                                |
| ACTIQ .....                     | 21                                |
| ACTIVE FE .....                 | 112                               |
| ACTIVELLA.....                  | 126                               |
| ACTIVNUTRIENTS .....            | 205                               |
| ACTONEL .....                   | 199                               |
| ACTOPLUS MET .....              | 50                                |
| ACTOS .....                     | 50                                |
| ACULAR .....                    | 103                               |
| acyclovir .....                 | 69, 70, 71                        |
| ACZONE.....                     | 180                               |
| ADACEL TDAP .....               | 75                                |
| ADALIMUMAB .....                | 54                                |
| ADALIMUMAB-ADAZ .....           | 54                                |
| ADALIMUMAB-ADBM .....           | 54                                |
| ADALIMUMAB-RYVK.....            | 54                                |
| adapalene .....                 | 180, 181, 189, 190                |
| ADAPALENE .....                 | 189                               |
| adapalene/benzoyl peroxide..... | 180, 181                          |
| ADBRY .....                     | 200                               |
| ADDYI .....                     | 174                               |
| adefovir .....                  | 70                                |
| ADEK GUMMIES .....              | 205                               |
| ADEMPAS .....                   | 80                                |
| ADIPEX-P .....                  | 62                                |
| ADJUSTABLE LANCING DEVICE ..... | 133                               |
| ADLARTY.....                    | 71                                |
| ADLYXIN.....                    | 48                                |
| ADRENALIN CHLORIDE .....        | 103                               |
| adthyza .....                   | 190, 191                          |
| ADULT 50 PLUS EYE HEALTH.....   | 202                               |
| ADULT MULTI.....                | 206                               |
| ADULT ONE DAILY .....           | 206                               |
| ADULTS' DAILY FORMULA.....      | 206                               |
| ADULTS MULTIVITAMIN .....       | 206                               |
| ADVAIR HFA.....                 | 30                                |
| ADVANCED .....                  | 133, 140, 156, 203, 206, 211, 217 |
| ADVANCED LANCING DEVICE.....    | 133                               |
| ADVANCED MULTI EA.....          | 206                               |

## Índice de medicamentos

|                                      |                                      |                                      |                                          |
|--------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|------------------------------------------|
| ADVANCED TRAVEL LANCETS.....         | 156                                  | ALIVE PREMIUM .....                  | 206                                      |
| ADVOCATE.....                        | 133, 140, 156, 178, 182              | ALIVE WOMEN'S .....                  | 206                                      |
| ADVOCATE CONTROL SOLUTION.....       | 133                                  | ALKALINE BATTERIES.....              | 133                                      |
| ADVOCATE LANCET .....                | 156                                  | ALKERAN.....                         | 55                                       |
| ADVOCATE LANCETS .....               | 156                                  | ALLERGIST TRAY.....                  | 147, 148                                 |
| ADVOCATE LANCING DEVICE.....         | 133                                  | ALLERGY SYRINGE .....                | 148, 152, 153                            |
| ADVOCATE RAPID-SAFE LANCING DV ..... | 133                                  | allopurinol.....                     | 26                                       |
| ADVOCATE REDI-CODE+ CTRL SOLN.....   | 133                                  | almotriptan.....                     | 19                                       |
| ADZENYS .....                        | 72                                   | almotriptan malate .....             | 15                                       |
| AEMCOLO.....                         | 38                                   | ALOCRILO.....                        | 105                                      |
| AEROCHAMBER.....                     | 162                                  | alosetron.....                       | 122                                      |
| AEROCHAMBER2GO .....                 | 162                                  | ALPHA .....                          | 32, 49, 82, 131, 169, 173, 197, 201, 206 |
| AEROTRACH .....                      | 162                                  | ALPHAGAN P .....                     | 105                                      |
| AEROVENT .....                       | 162                                  | alprazolam.....                      | 169                                      |
| AFLORA.....                          | 206                                  | ALTABAX.....                         | 185                                      |
| AFLURIA.....                         | 74                                   | ALTACE .....                         | 83                                       |
| AFLURIA QUAD .....                   | 74                                   | ALTAFLUOR BENOX.....                 | 104                                      |
| AGAMATRIX .....                      | 133, 140, 156                        | ALTERNATE.....                       | 133, 140, 156                            |
| AGAMATRIX CONTROL .....              | 133                                  | ALTERNATE SITE LANCETS .....         | 156                                      |
| AGRYLIN .....                        | 65                                   | ALTERNATE SITE LANCING DEVICE.....   | 133                                      |
| AIMOVIG.....                         | 15                                   | ALTRENO.....                         | 189                                      |
| AIMOVIG AUTOINJECTOR.....            | 19                                   | ALTRIXA .....                        | 206                                      |
| AIRSUPRA.....                        | 31                                   | ALUNBRIG.....                        | 57                                       |
| AJOVY .....                          | 15, 19                               | ALVESCO.....                         | 31                                       |
| AKLIEF .....                         | 185                                  | alvimopan.....                       | 123                                      |
| AKTEN.....                           | 104                                  | ALYFTREK.....                        | 191                                      |
| AKTIPAK .....                        | 41                                   | amantadine.....                      | 64                                       |
| ALA-SCALP .....                      | 185                                  | ambrisentan.....                     | 80                                       |
| ALBA-LYBE .....                      | 224                                  | amcinonide.....                      | 185                                      |
| albendazole.....                     | 52                                   | AMERGE.....                          | 19                                       |
| ALBENZA .....                        | 52                                   | AMICAR .....                         | 76                                       |
| albuterol .....                      | 29, 30                               | amiloride.....                       | 101, 102                                 |
| ALCAINE.....                         | 104                                  | amino acids/mytx,iron,mineral.....   | 206                                      |
| alclometasone .....                  | 185                                  | aminocaproic .....                   | 76                                       |
| ALCOH-GLOVE .....                    | 161                                  | amiodarone .....                     | 78                                       |
| alcohol .....                        | 178, 179, 182, 183, 197, 198         | amitriptyline.....                   | 172                                      |
| ALCOHOL.....                         | 53, 54, 178, 179, 182, 183, 197, 198 | amitriptyline/chlordiazepoxide ..... | 172                                      |
| ALCOH-WIPE.....                      | 161                                  | AMLADEX .....                        | 206                                      |
| ALDACTONE .....                      | 101                                  | amlodipine .....                     | 78, 81, 82, 83, 86                       |
| ALECENSA.....                        | 57                                   | amoxapine .....                      | 172                                      |
| alendronate.....                     | 199                                  | amoxicillin .....                    | 38                                       |
| alfuzosin .....                      | 201                                  | amphetamine .....                    | 72                                       |
| ALHEMO .....                         | 77                                   | ampicillin .....                     | 38                                       |
| ALINIA .....                         | 64                                   | AMZEEQ.....                          | 41                                       |
| aliskiren hemifumarate.....          | 85                                   | ANAFRANIL.....                       | 172                                      |
| ALIVE.....                           | 206, 219, 245                        | anagrelide .....                     | 65                                       |
| ALIVE DAILY .....                    | 206                                  | ANA-LEX.....                         | 124                                      |

## Índice de medicamentos

|                                   |               |                                |                    |
|-----------------------------------|---------------|--------------------------------|--------------------|
| ANALPRAM.....                     | 121, 124, 189 | ARTISS.....                    | 184                |
| ANAPROX DS.....                   | 27            | ASACOL.....                    | 121                |
| anastrozole.....                  | 56            | ASCOR.....                     | 234                |
| ANCOBON.....                      | 44            | ascorbate.....                 | 234                |
| ANGELIQ.....                      | 127           | ascorbic.....                  | 114, 234           |
| ANIMAL SHAPES COMPLETE.....       | 219           | ASCORBIC ACID.....             | 234                |
| ANIMI-3.....                      | 206           | asenapine.....                 | 175                |
| ANNOVERA.....                     | 95            | ASMANEX.....                   | 31                 |
| ANORO ELLIPTA.....                | 30            | ASPIRIN.....                   | 65                 |
| ANTICOAGULANT SODIUM CITRATE..... | 43            | aspirin/dipyridamole.....      | 65                 |
| ANTIOXIDANT FORMULA.....          | 202           | ASSURE.....                    | 133, 140, 156, 165 |
| APATATE.....                      | 230           | ASSURE 4 CONTROL SOLUTION..... | 133                |
| APETEX.....                       | 224           | ASSURE DOSE.....               | 133                |
| APETIGEN.....                     | 112, 224      | ASSURE HAEMOLANCE PLUS.....    | 156                |
| APETIGEN-PLUS.....                | 112           | ASSURE LANCE.....              | 156                |
| apomorphine.....                  | 64            | ASSURE PRISM.....              | 133                |
| APO-VARENICLINE.....              | 190           | ASTAGRAF.....                  | 132                |
| apraclonidine.....                | 105           | ASTRINGYN.....                 | 77                 |
| aprepitant.....                   | 119           | atazanavir.....                | 68                 |
| APRETUDE.....                     | 68            | ATELVIA.....                   | 199                |
| APRISO.....                       | 121           | atenolol.....                  | 84, 85             |
| APTENSIO.....                     | 173           | AT HOME AIC.....               | 133                |
| APTIOM.....                       | 91            | a thru z.....                  | 205                |
| APTIVUS.....                      | 66            | A THRU Z MEN'S ULTIMATE.....   | 205                |
| AQUA-E.....                       | 243           | A THRU Z SELECT.....           | 205                |
| AQUA LANCE LANCING DEVICE.....    | 133           | ATIVAN.....                    | 169                |
| AQUASOL A.....                    | 223           | atomoxetine.....               | 174                |
| AQUORAL.....                      | 194           | atorvastatin.....              | 86                 |
| ARAKODA.....                      | 53            | atovaquone.....                | 53                 |
| ARAVA.....                        | 26            | atovaquone-proguanil.....      | 53                 |
| ARAZLO.....                       | 185           | atropine.....                  | 106, 107, 118, 120 |
| ARCALYST.....                     | 200           | ATROPINE.....                  | 106, 107           |
| AREXVY.....                       | 76            | ATROVENT HFA.....              | 29                 |
| arformoterol.....                 | 30            | ATTRUBY.....                   | 197                |
| ARGLAES FILM.....                 | 154           | AUDENZ.....                    | 74                 |
| ARICEPT.....                      | 71            | AUGMENTIN.....                 | 38                 |
| ARIDOL.....                       | 98            | AUGTYRO.....                   | 57                 |
| ARIKAYCE.....                     | 35            | AURYXIA.....                   | 111                |
| aripiprazole.....                 | 176           | AUSTEDO.....                   | 88                 |
| ARIXTRA.....                      | 43            | AUTOJECT.....                  | 133                |
| ARKALIOX.....                     | 224           | AUTO-LANCET.....               | 133                |
| armodafinil.....                  | 177           | AUTOLET.....                   | 133, 136           |
| ARMOUR THYROID.....               | 191           | AUTOPEN.....                   | 133                |
| ARNUITY ELLIPTA.....              | 31            | AUTOSHIELD.....                | 145                |
| AROMASIN.....                     | 56            | AUTOSOFT.....                  | 133, 134           |
| ARTHROTEC 50.....                 | 27            | AUVELITY.....                  | 170                |
| ARTHROTEC 75.....                 | 27            | AUVI-Q.....                    | 71                 |

## Índice de medicamentos

|                                    |                                                  |                                     |                                   |
|------------------------------------|--------------------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------|
| avanafil.....                      | 193                                              | BARIATRIC MULTIVITAMINS.....        | 207                               |
| AVAR-E.....                        | 41                                               | BAXDELA.....                        | 38                                |
| AVAR LS.....                       | 41                                               | BCG.....                            | 75                                |
| AVC.....                           | 52                                               | b comp.....                         | 224, 228                          |
| AVIDOXY.....                       | 39                                               | b complex.....                      | 216, 217, 224, 226, 227, 228, 229 |
| avita.....                         | 189                                              | b-complex.....                      | 207, 208, 216, 224, 225, 228, 229 |
| AVITA.....                         | 190                                              | B COMPLEX.....                      | 224, 226, 227                     |
| AVITENE.....                       | 77                                               | B-COMPLEX.....                      | 216, 224, 225                     |
| AVMAPKI.....                       | 57                                               | B-COMPLEX-VITAMIN C.....            | 225                               |
| AVONEX.....                        | 89                                               | B-COMPLEX WITH B-12.....            | 224                               |
| AYVAKIT.....                       | 57                                               | BD.....                             | 141, 145, 146, 148, 156           |
| AZASAN.....                        | 132                                              | BD ECLIPSE.....                     | 145, 146, 148                     |
| AZASITE.....                       | 34                                               | BELBUCA.....                        | 22                                |
| azathioprine.....                  | 132                                              | BELSOMRA.....                       | 177                               |
| azelaic acid.....                  | 184                                              | BELVIQ.....                         | 63                                |
| azelastine.....                    | 48, 102                                          | benazepril.....                     | 81, 82, 83                        |
| AZELEX.....                        | 180                                              | benazepril/hydrochlorothiazide..... | 81, 82                            |
| AZILECT.....                       | 64                                               | BENLYSTA.....                       | 200                               |
| azithromycin.....                  | 37                                               | BENTIVITE BX.....                   | 112                               |
| AZSTARYS.....                      | 173                                              | BENZAMYCIN.....                     | 41                                |
| AZULFIDINE.....                    | 121                                              | benzepro.....                       | 183                               |
| <b>B</b> .....                     |                                                  | BENZEPRO.....                       | 183                               |
| BI.....                            | 229                                              | BENZNIDAZOLE.....                   | 53                                |
| b-12.....                          | 228, 230, 231, 232, 233                          | benzonatate.....                    | 96                                |
| bi2.....                           | 113, 114, 115, 214, 224, 225, 227, 228, 231, 232 | benzoyl peroxide.....               | 41, 180, 181, 183, 184            |
| B-12.....                          | 114, 210, 224, 230, 231, 232                     | benzphetamine.....                  | 62                                |
| BI2.....                           | 224, 230, 231, 233                               | benztropine.....                    | 64                                |
| BI2 ACTIVE.....                    | 230                                              | bepotastine.....                    | 48                                |
| b-12 er.....                       | 230, 231                                         | BEPREVE.....                        | 48                                |
| bi2/levomefolate calcium/b-6.....  | 224                                              | BEROCCA.....                        | 207                               |
| B-50 COMPLEX.....                  | 224                                              | beta-carotene.....                  | 207, 223                          |
| BABY DDROPS.....                   | 237                                              | BETADINE.....                       | 103                               |
| BABY'S SUPER DAILY D3.....         | 238                                              | betaine.....                        | 199                               |
| BABY VITAMIN D3.....               | 237                                              | betamethasone.....                  | 46, 185, 187, 189                 |
| bacitracin.....                    | 34                                               | BETAPACE.....                       | 84                                |
| baclofen.....                      | 163, 164                                         | BETASERON.....                      | 89                                |
| BACLOFEN.....                      | 164                                              | betaxolol.....                      | 84, 105                           |
| BACMIN.....                        | 207                                              | bethanechol.....                    | 72, 73                            |
| B ACTIV.....                       | 224                                              | BETHKIS.....                        | 35                                |
| BACTRIM.....                       | 35                                               | BETOPTIC S.....                     | 105                               |
| BAFIERTAM.....                     | 89                                               | bexarotene.....                     | 54, 62                            |
| BALANCED B-100.....                | 225                                              | BEXSERO.....                        | 74                                |
| balanced b-100 complex tab sa..... | 224                                              | BEYAZ.....                          | 95                                |
| BAL-CARE DHA.....                  | 165                                              | BEYFORTUS.....                      | 69                                |
| balsalazide.....                   | 121                                              | bicalutamide.....                   | 55                                |
| BALVERSA.....                      | 57                                               | BIKTARVY.....                       | 68                                |
| BARACLUDE.....                     | 70                                               | BILTRICIDE.....                     | 52                                |

## Índice de medicamentos

|                                      |                                        |                                             |                         |
|--------------------------------------|----------------------------------------|---------------------------------------------|-------------------------|
| bimatoprost .....                    | 105                                    | BROVANA.....                                | 30                      |
| BIMATOPROST.....                     | 105, 106                               | BRUKINSA.....                               | 58                      |
| BINOSTO .....                        | 199                                    | BRYHALI.....                                | 186                     |
| BIO-35 .....                         | 207                                    | B-STRESS .....                              | 225                     |
| BIO C .....                          | 234                                    | budesonide .....                            | 31, 127, 128            |
| BIO-D-MULSION .....                  | 238                                    | BULK SYRINGE .....                          | 148                     |
| bioflav,lemon/vit bcomp,c .....      | 203                                    | BULLSEYE .....                              | 141, 156                |
| biotect.....                         | 207                                    | BULLSEYE MINI SAFETY LANCETS .....          | 156                     |
| BIOTECT.....                         | 202                                    | bumetanide.....                             | 101                     |
| biotin.....                          | 211, 213, 224, 225, 227, 228           | BUPHENYL .....                              | 118                     |
| BIOTIN.....                          | 217, 225, 227, 228                     | buprenorphine .....                         | 22, 200                 |
| bisac/nacl/nahco3/kcl/peg 3350 ..... | 122                                    | bupropion .....                             | 170, 190                |
| bisoprolol.....                      | 84, 85                                 | buspirone .....                             | 170                     |
| BLADDER 2.2 .....                    | 207                                    | butalb-acetamin-caff 50-300-40.....         | 15                      |
| BLEPH-IO .....                       | 34                                     | butalb-acetamin-caff 50-325-40 .....        | 15                      |
| BLEPHAMIDE S.O.P.....                | 34                                     | butalb/acetaminophen/caffeine .....         | 15, 19                  |
| BLOOD.....                           | 76, 77, 78, 97, 98, 134, 141, 146, 156 | butalb-aspirin-caffe 50-325-40 .....        | 15                      |
| BLOOD GLUCOSE CONTROL.....           | 134                                    | butalbit/acetamin/caff/codeine .....        | 24                      |
| BLOOD-GLUCOSE CONTROL.....           | 134                                    | butalbital/acetaminophen.....               | 15, 19                  |
| BLOOD LANCETS .....                  | 156                                    | butalbital-asa-caffeine cap (Fiorinal)..... | 15                      |
| BLUNT .....                          | 146, 151                               | butalbital/aspirin/caffeine .....           | 19                      |
| BOCASAL .....                        | 194                                    | butorphanol.....                            | 22                      |
| BODY, HAIR, SKIN AND NAILS.....      | 207                                    | BUTTERFLY .....                             | 141, 156                |
| BONSITY .....                        | 199                                    | BUTTERFLY TOUCH LANCET .....                | 156                     |
| BOOSTNOW .....                       | 245                                    | BYDUREON BCISE.....                         | 48                      |
| BOOSTRIX TDAP .....                  | 75                                     | BYDUREON PEN.....                           | 48                      |
| bosentan.....                        | 80                                     | BYETTA .....                                | 48                      |
| BOSULIF .....                        | 57, 58                                 | BYLVAY .....                                | 122                     |
| BRAFTOVI.....                        | 56                                     | <b>C</b>                                    |                         |
| BREATHERITE.....                     | 162                                    | c-1,000 .....                               | 234                     |
| BREATHRITE.....                      | 162                                    | cabergoline.....                            | 129                     |
| BREEZE 2 .....                       | 134                                    | CADEAU DHA .....                            | 165                     |
| BREO ELLIPTA.....                    | 31                                     | CADUET .....                                | 86                      |
| BREXAFEMME.....                      | 45                                     | CAFERGOT .....                              | 15                      |
| breynd.....                          | 31                                     | caffeine.....                               | 19, 89, 164             |
| BREZTRI AEROSPHERE .....             | 31                                     | CALAN .....                                 | 78                      |
| BRILINTA.....                        | 65                                     | calcipotriene.....                          | 181, 189                |
| brimonidine .....                    | 105                                    | calcitonin,salmon,synthetic .....           | 130                     |
| BRIMONIDINE .....                    | 105                                    | calcitriol.....                             | 181, 238, 240           |
| BRINSUPRI .....                      | 191                                    | calcium acetate.....                        | 111                     |
| brinzolamide.....                    | 105                                    | CALCIUM PANTOTHENATE.....                   | 219                     |
| BRIVIACT .....                       | 91                                     | CALQUENCE .....                             | 58                      |
| BROMFED DM .....                     | 96                                     | CAMBIA .....                                | 19                      |
| bromfenac.....                       | 103                                    | CAMZYOS.....                                | 79                      |
| bromocriptine .....                  | 64                                     | candesartan cilexetil.....                  | 83                      |
| brompheniramine/pseudoephed/dm ..... | 96                                     | candesartan/hydrochlorothiazid.....         | 83                      |
| BRONCHITOL.....                      | 191                                    | CANNULA .....                               | 146, 148, 151, 152, 153 |

## Índice de medicamentos

|                                    |                                   |                                     |                         |
|------------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------------|-------------------------|
| CANTHARIDIN-ACETONE .....          | 183                               | CENTRAL-VITE .....                  | 207                     |
| CAPCOF .....                       | 96                                | CENTRAVITES .....                   | 207                     |
| capecitabine.....                  | 56                                | centrum .....                       | 208                     |
| CAPEX .....                        | 186                               | CENTRUM .....                       | 205, 207, 208, 219, 245 |
| CAPHOSOL .....                     | 194                               | CENTRUM KIDS .....                  | 219                     |
| CAPLYTA.....                       | 175                               | CENTRUM SILVER .....                | 205, 207, 208           |
| CAPRELSA .....                     | 58                                | cephalexin.....                     | 36                      |
| captopril .....                    | 82, 83                            | CEQUA .....                         | 107                     |
| captopril/hydrochlorothiazide..... | 82                                | CEQUR SIMPLICITY .....              | 134                     |
| CAPVAXIVE .....                    | 74                                | CERDELGA .....                      | 195                     |
| CARBAGLU .....                     | 195                               | CEREFOLIN .....                     | 225                     |
| carbamazepine.....                 | 91, 93                            | certavite .....                     | 208                     |
| CARBAMAZEPINE .....                | 91                                | CERTAVITE.....                      | 208                     |
| CARBATROL.....                     | 91                                | CERVIDIL.....                       | 129                     |
| carbidopa .....                    | 64, 65                            | CETACAINE ANESTHETIC.....           | 25                      |
| carbidopa/levodopa .....           | 64, 65                            | cetrorelix .....                    | 128                     |
| carbinoxamine .....                | 47                                | CETROTIDE .....                     | 128                     |
| CARDIOTEK-RX .....                 | 225                               | cevimeline.....                     | 72                      |
| CARDIZEM .....                     | 78                                | CHANTIX.....                        | 190                     |
| CARDURA .....                      | 82                                | CHEK-STIX .....                     | 100                     |
| CAREONE.....                       | 134, 141, 156                     | CHEMET .....                        | 196                     |
| CAREPOINT .....                    | 146, 148, 149                     | CHEMO TRANSFER PIN .....            | 146                     |
| CARESENS.....                      | 134, 141, 156                     | CHEMSTRIP.....                      | 100, 134                |
| CARETOUCH.....                     | 134, 141, 146, 149, 156, 178, 182 | CHENODAL .....                      | 120                     |
| carglumic .....                    | 195                               | CHILD CHEWABLE VITAMN .....         | 219                     |
| carisoprodol .....                 | 24, 164                           | CHILD COMPLETE .....                | 219                     |
| carisoprodol/aspirin/codeine ..... | 24                                | CHILD MULTIVITAMIN PLUS IRON.....   | 219                     |
| CARNITOR.....                      | 199                               | children multivitamin.....          | 219                     |
| carteolol.....                     | 105                               | CHILDREN MULTIVITAMIN .....         | 219, 220                |
| carvedilol.....                    | 82                                | CHILDREN'S .....                    | 219                     |
| CASODEX .....                      | 55                                | CHILDREN'S CHEWABLE .....           | 219                     |
| CATAPRES.....                      | 84                                | CHILDREN'S CHEW MULTIVIT-IRON ..... | 219                     |
| CAVERJECT .....                    | 193                               | childrens chew vitamin .....        | 219                     |
| CAYSTON.....                       | 36                                | CHILDREN'S MULTI-VIT .....          | 219                     |
| cefaclor .....                     | 36                                | CHILDREN'S MULTIVITAMIN GUMMY ..... | 219                     |
| cefadroxil .....                   | 36                                | CHILD'S CHEWABLE.....               | 219                     |
| cefdinir .....                     | 37                                | CHILD'S OMEGA-3 .....               | 219                     |
| cefditoren pivoxil .....           | 37                                | chlordiazepoxide.....               | 118, 169                |
| cefpodoxime proxetil.....          | 37                                | chlordiazepoxide/clidinium br ..... | 118                     |
| cefprozil.....                     | 36                                | chlorhexidine .....                 | 192                     |
| ceftriaxone .....                  | 37                                | chloroquine .....                   | 53                      |
| cefuroxime axetil.....             | 36                                | chlorpromazine .....                | 176                     |
| CEFUROXIME SODIUM-0.9% NACL.....   | 34                                | chlorthalidone .....                | 85, 102                 |
| celecoxib .....                    | 29                                | chlorzoxazone .....                 | 164                     |
| CELLCEPT .....                     | 132                               | CHOLBAM.....                        | 120                     |
| CELONTIN.....                      | 91                                | cholecalciferol.....                | 238                     |
| CENTANY .....                      | 41                                | CHOLECAL DF .....                   | 238                     |

## Índice de medicamentos

|                                      |                          |                                                                              |                                                           |
|--------------------------------------|--------------------------|------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| cholestyramine .....                 | 87                       | clomipramine .....                                                           | 172                                                       |
| choline salicyl/mag salicylate.....  | 15, 19                   | clonazepam.....                                                              | 90                                                        |
| CHORIONIC .....                      | 130                      | clonidine.....                                                               | 84, 173                                                   |
| CHORIONIC GONAD .....                | 130                      | clopidogrel .....                                                            | 65                                                        |
| CHOSEN.....                          | 134, 141, 156            | clorazepate.....                                                             | 169                                                       |
| CHROMAGEN.....                       | 112                      | clotrimazole.....                                                            | 44, 46                                                    |
| CIALIS .....                         | 193                      | clozapine.....                                                               | 175                                                       |
| CIBINQO.....                         | 183                      | CLOZARIL .....                                                               | 175                                                       |
| ciclodan.....                        | 46                       | COAGUCHEK .....                                                              | 141, 156                                                  |
| CICLODAN .....                       | 46, 54                   | COARTEM .....                                                                | 53                                                        |
| ciclopirox.....                      | 46                       | COBALEFOL .....                                                              | 204                                                       |
| ciclopirox 8% treatment kit.....     | 54                       | COCAINE.....                                                                 | 102                                                       |
| cilostazol .....                     | 65                       | codeine.....                                                                 | 21, 22, 24, 96, 97                                        |
| CILOXAN .....                        | 34                       | CODITUSSIN AC .....                                                          | 97                                                        |
| CIMDUO.....                          | 66                       | CODITUSSIN DAC.....                                                          | 97                                                        |
| cimetidine .....                     | 122                      | cod liver oil.....                                                           | 223, 234, 238, 240, 243                                   |
| cinacalcet.....                      | 195                      | COLAZAL .....                                                                | 121                                                       |
| CIPRO.....                           | 38                       | colchicine .....                                                             | 26, 29                                                    |
| ciprofloxacin.....                   | 33, 34, 38               | COLCHICINE.....                                                              | 26                                                        |
| citalopram.....                      | 170                      | colesevelam.....                                                             | 87                                                        |
| CITRANATAL .....                     | 112, 165, 168            | COLESTID.....                                                                | 87                                                        |
| CITRANATAL BLOOM .....               | 112                      | colestipol .....                                                             | 87                                                        |
| CITRATE PHOSPHATE DEXTROSE.....      | 43                       | COLOR.....                                                                   | 141, 157                                                  |
| citric.....                          | 117                      | COLOR LANCETS.....                                                           | 157                                                       |
| CITRUS BIOFLAVONOIDS.....            | 203                      | COMBIGAN .....                                                               | 105                                                       |
| CLARINEX .....                       | 47                       | COMBIPATCH .....                                                             | 126                                                       |
| CLARINEX-D.....                      | 47                       | COMBISTIX REAGENT .....                                                      | 100                                                       |
| clarithromycin.....                  | 37                       | COMBIVENT RESPIMAT.....                                                      | 30                                                        |
| CLEOCIN .....                        | 37, 40, 41               | COMBIVIR.....                                                                | 66                                                        |
| CLEVER .....                         | 134, 141, 156, 162       | COMETRIQ .....                                                               | 58                                                        |
| CLEVER CHEK LANCETS.....             | 156                      | COMFORT .....                                                                | 27, 139, 141, 143, 144, 145, 157, 159, 160, 163, 182, 183 |
| CLEVER CHOICE.....                   | 162                      | COMFORT PAC-IBUPROFEN.....                                                   | 27                                                        |
| CLEVER CHOICE CONTROL SOLUTION ..... | 134                      | COMFORT PAC-MELOXICAM.....                                                   | 27                                                        |
| CLIMARA.....                         | 126                      | COMFORT PAC-NAPROXEN.....                                                    | 27                                                        |
| clindacin.....                       | 41                       | COMFORTSEAL .....                                                            | 162                                                       |
| CLINDACIN .....                      | 41                       | COMIRNATY.....                                                               | 73                                                        |
| clindamycin.....                     | 36, 37, 40, 41, 180, 181 | COMPACT SPACE CHAMBER.....                                                   | 162                                                       |
| CLINDESSE.....                       | 40                       | COMPAZINE.....                                                               | 119                                                       |
| CLINPRO 5000 .....                   | 108, 111                 | COMPLETE165, 166, 168, 205, 207, 208, 209, 214, 215, 219, 220, 221, 223, 225 |                                                           |
| clobazam .....                       | 90                       | COMPLETIA .....                                                              | 208                                                       |
| clobetasol.....                      | 186, 188                 | COMPLEX B-50 .....                                                           | 225                                                       |
| CLOBEX .....                         | 186                      | complex b-100 .....                                                          | 225                                                       |
| clocortolone.....                    | 186                      | COMPLEX B-100.....                                                           | 225                                                       |
| clodan .....                         | 186                      | CONCEPT .....                                                                | 208                                                       |
| CLODAN .....                         | 186                      | CONFORMANT 2 .....                                                           | 154                                                       |
| CLODERM.....                         | 186                      | CONSENSI.....                                                                | 78                                                        |
| clomiphene .....                     | 129                      |                                                                              |                                                           |

## Índice de medicamentos

|                                                                                              |                                                           |                                                                                     |                                             |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|
| CONTOUR.....                                                                                 | 134                                                       | cvs vitamin d3.....                                                                 | 238                                         |
| CONTRAVE.....                                                                                | 63                                                        | cvs vitamin e.....                                                                  | 243                                         |
| CONTROL SOLUTION.....                                                                        | 133, 134, 135, 136, 137, 138, 139, 140                    | cvs vit c.....                                                                      | 234                                         |
| COOL CONTROL SOLUTION.....                                                                   | 134                                                       | cvs vit d3.....                                                                     | 238                                         |
| COPIKTRA.....                                                                                | 58                                                        | cyanocobalamin.....                                                                 | 224, 225, 226, 227, 231                     |
| CORDRAN.....                                                                                 | 186                                                       | cyclobenzaprine.....                                                                | 164                                         |
| COREG.....                                                                                   | 82                                                        | CYCLOGYL.....                                                                       | 107                                         |
| CORNWALL SYRINGE TIP CONNECTOR.....                                                          | 149                                                       | CYCLOMYDRIL.....                                                                    | 107                                         |
| CORTANE-B.....                                                                               | 103                                                       | cyclopentolate.....                                                                 | 107                                         |
| CORTEF.....                                                                                  | 127                                                       | CYCLOPENTOLATE-TROPICAMIDE-PE.....                                                  | 107                                         |
| CORTENEMA.....                                                                               | 125                                                       | cyclopentolat/tropic/phenyleph.....                                                 | 107                                         |
| cortisone.....                                                                               | 127                                                       | cyclophosphamide.....                                                               | 55                                          |
| CORTISPORIN.....                                                                             | 33                                                        | CYCLOPHOSPHAMIDE.....                                                               | 55                                          |
| CORVITE.....                                                                                 | 112, 208                                                  | cycloserine.....                                                                    | 36                                          |
| CORVITE 150.....                                                                             | 112                                                       | CYCLOSET.....                                                                       | 49                                          |
| CORVITE FE.....                                                                              | 112                                                       | cyclosporine.....                                                                   | 107, 132                                    |
| COTELLIC.....                                                                                | 56                                                        | CYCLOSPORINE.....                                                                   | 107                                         |
| COTEMPLA.....                                                                                | 173                                                       | CYFOLEX.....                                                                        | 238                                         |
| CREON.....                                                                                   | 123                                                       | CYLTEZO.....                                                                        | 54                                          |
| CRESEMBA.....                                                                                | 44                                                        | cyproheptadine.....                                                                 | 47                                          |
| CREXONT.....                                                                                 | 64                                                        | CYPROHEPTADINE.....                                                                 | 47                                          |
| CRINONE.....                                                                                 | 130                                                       | CYSTAGON.....                                                                       | 201                                         |
| cromolyn.....                                                                                | 26, 32, 105                                               | CYSTARAN.....                                                                       | 108                                         |
| crotamiton.....                                                                              | 64                                                        | CYSTO-CONRAY II.....                                                                | 99                                          |
| CRRT TRISODIUM CITRATE.....                                                                  | 43                                                        | CYSTOGRAFIN.....                                                                    | 99                                          |
| CTEXLI.....                                                                                  | 120                                                       | CYSTOGRAFIN-DILUTE.....                                                             | 99                                          |
| CULTURELLE.....                                                                              | 208, 219, 220                                             | CYTO B-1.....                                                                       | 229                                         |
| CULTURELLE KIDS.....                                                                         | 219, 220                                                  | CYTO B-2.....                                                                       | 233                                         |
| CURITY.....                                                                                  | 178, 182                                                  | CYTO B7.....                                                                        | 226                                         |
| CURITY ALCOHOL PREPS.....                                                                    | 182                                                       | CYTO C.....                                                                         | 234                                         |
| CUROSURF.....                                                                                | 191                                                       | CYTOTEC.....                                                                        | 120                                         |
| cvs.109, 112, 165, 178, 182, 197, 204, 208, 218, 223, 225, 229, 230, 231, 233, 234, 238, 243 |                                                           | <b>D</b>                                                                            |                                             |
| CVS.....                                                                                     | 53, 109, 112, 168, 178, 182, 197, 225, 230, 234, 238, 243 | D3.....                                                                             | 176, 214, 217, 237, 238, 239, 240, 241, 242 |
| CVS ALCOHOL 70% PREP PADS.....                                                               | 182                                                       | DAILY...58, 59, 94, 165, 192, 206, 208, 209, 211, 212, 214, 215, 217, 236, 238, 240 |                                             |
| cvs glucose.....                                                                             | 109                                                       | daily-vite.....                                                                     | 208                                         |
| CVS GLUCOSE LIQUID.....                                                                      | 109                                                       | danazol.....                                                                        | 129                                         |
| cvs isopropyl alcohol 70% wipe.....                                                          | 182                                                       | DANTRIUM.....                                                                       | 164                                         |
| CVS ISOPROPYL ALCOHOL 91% SPRY.....                                                          | 53                                                        | dantrolene.....                                                                     | 164                                         |
| cvs prenatal.....                                                                            | 165                                                       | DANZITEN.....                                                                       | 58                                          |
| CVS PRENATAL.....                                                                            | 168                                                       | dapsone.....                                                                        | 36, 180, 181                                |
| cvs slow release iron.....                                                                   | 112                                                       | DAPTACEL DTAP.....                                                                  | 75                                          |
| CVS SLOW RELEASE IRON.....                                                                   | 112                                                       | DARAPRIM.....                                                                       | 53                                          |
| CVS VITAMIN.....                                                                             | 230, 234, 243                                             | darifenacin.....                                                                    | 201                                         |
| cvs vitamin a.....                                                                           | 223                                                       | darunavir.....                                                                      | 66                                          |
| cvs vitamin b-12.....                                                                        | 231                                                       | dasatinib.....                                                                      | 58                                          |
| cvs vitamin c.....                                                                           | 234                                                       | DAURISMO.....                                                                       | 56                                          |

## Índice de medicamentos

|                                     |                    |                                    |                      |
|-------------------------------------|--------------------|------------------------------------|----------------------|
| DAVIMET .....                       | 208, 220, 245      | desonide .....                     | 186, 187, 188        |
| DAVIMET-M .....                     | 245                | desoximetasone .....               | 187, 188             |
| DAVOL IRRIGATION SYRINGE .....      | 149                | DESOXYN .....                      | 72                   |
| DAYAVITE .....                      | 208                | DESVENLAFAXINE .....               | 171                  |
| DAYPRO .....                        | 27                 | dex4 glucose .....                 | 109                  |
| DAYTRANA .....                      | 173                | DEX4 GLUCOSE .....                 | 109                  |
| DAYVIGO .....                       | 177                | dex4 quick dissolve tab chew ..... | 109                  |
| DDAVP .....                         | 126                | dexamethasone .....                | 33, 103, 127         |
| DDROPS .....                        | 237, 238           | dexchlorpheniramine .....          | 47                   |
| decara .....                        | 238                | DEXCOM .....                       | 134                  |
| DECARA .....                        | 238                | DEXCOM G6 .....                    | 134                  |
| DECUBI .....                        | 208                | DEXEDRINE .....                    | 72                   |
| deferasirox .....                   | 196                | dexlansoprazole .....              | 123                  |
| deferiprone .....                   | 196, 197           | dexmethylphenidate .....           | 173                  |
| deflazacort .....                   | 127                | DEXONTO .....                      | 127                  |
| DEKAS .....                         | 208, 209, 220      | DEXENZA .....                      | 103                  |
| DEKAS PLUS .....                    | 209, 220           | dextroamphetamine .....            | 72                   |
| DELESTROGEN .....                   | 126                | dextrose .....                     | 109, 110             |
| DELSTRIGO .....                     | 68                 | DIABETES HEALTH .....              | 209                  |
| demeclocycline .....                | 39                 | DIABETIC VITAMIN .....             | 209                  |
| DEMSEER .....                       | 84                 | DIACOMIT .....                     | 91                   |
| DENAVIR .....                       | 70                 | dialyvite .....                    | 226                  |
| DENG VAXIA .....                    | 75                 | DIALYVITE .....                    | 209, 226, 239        |
| DENOVO .....                        | 204                | DIASTAT .....                      | 91                   |
| DEPAKOTE .....                      | 91                 | DIASTIX REAGENT .....              | 98, 100              |
| DEPEN .....                         | 26                 | diatrizoate meglumine .....        | 98, 99               |
| DEPLIN .....                        | 204                | DIATROL .....                      | 209                  |
| DEPLIN-ALGAL OIL .....              | 204                | DIATRU .....                       | 134                  |
| DEPO-ESTRADIOL .....                | 126                | diazepam .....                     | 91, 169              |
| DEPO-PROVERA .....                  | 95                 | diazoxide .....                    | 109, 110             |
| DEPO-SUBQ PROVERA .....             | 95                 | DIBENZYLINE .....                  | 72                   |
| DEPO-TESTOSTERONE .....             | 125                | dichlorphenamide .....             | 195                  |
| DERMACINRX .....                    | 209, 238, 239, 245 | DICLEGIS .....                     | 119                  |
| DERMA-SMOOTH-FS .....               | 186                | diclofenac .....                   | 20, 27, 62, 103, 180 |
| DERMASORB .....                     | 186                | dicloxacillin .....                | 38                   |
| DERMATOP .....                      | 186                | dicyclomine .....                  | 118                  |
| DERMAVIEW .....                     | 154                | didanosine .....                   | 67                   |
| DERMOTIC .....                      | 103                | diethylpropion .....               | 62                   |
| DESCOVY .....                       | 66                 | DIFFERIN .....                     | 190                  |
| desflurane .....                    | 24                 | DIFICID .....                      | 37                   |
| desipramine .....                   | 172                | DIFLUCAN .....                     | 45                   |
| desloratadine .....                 | 47                 | diflunisal .....                   | 15, 19               |
| desmopressin .....                  | 126                | difluprednate .....                | 103                  |
| DESMOPRESSIN .....                  | 126                | digoxin .....                      | 79                   |
| desog-e.estradiol/e.estradiol ..... | 95                 | dihydroergotamine .....            | 15, 19, 20           |
| desogestrel-ethinyl estradiol ..... | 95                 | DILANTIN .....                     | 91                   |
| DESONATE .....                      | 186                | DILAUDID .....                     | 22                   |

## Índice de medicamentos

|                                     |                         |                               |                                                       |
|-------------------------------------|-------------------------|-------------------------------|-------------------------------------------------------|
| diltiazem.....                      | 78, 79                  | dutasteride.....              | 201                                                   |
| dimethyl.....                       | 195                     | DYAZIDE.....                  | 102                                                   |
| diphenoxylate hcl/atropine.....     | 118                     | DYCLOPRO.....                 | 25                                                    |
| DIPHThERIA-TETANUS TOXOIDS-PED..... | 75                      | DYRENIUM.....                 | 101                                                   |
| DIPROLENE.....                      | 187                     | <b>E</b>                      |                                                       |
| dipyridamole.....                   | 65                      | EAR HEALTH PLUS.....          | 203                                                   |
| DISALCID.....                       | 26                      | ear health plus caplet.....   | 203                                                   |
| disopyramide.....                   | 78                      | EASIVENT.....                 | 162                                                   |
| disulfiram.....                     | 195                     | EASY.....                     | 134, 135, 141, 142, 146, 149, 150, 157, 178, 182, 234 |
| DIURIL.....                         | 102                     | EASY-C.....                   | 234                                                   |
| divalproex.....                     | 91, 92                  | EASY COMFORT ALCOHOL PAD..... | 182                                                   |
| dofetilide.....                     | 78                      | EASY COMFORT LANCETS.....     | 157                                                   |
| DOJOLVI.....                        | 108                     | EASY GLIDE CATHETER.....      | 149                                                   |
| donepezil.....                      | 71                      | EASY GLIDE LUER.....          | 149                                                   |
| DONNATAL.....                       | 120                     | EASYGLUCO PLUS.....           | 135                                                   |
| DOPTLET.....                        | 94                      | EASYMAX I5.....               | 135                                                   |
| dorzolamide.....                    | 105                     | EASYMAX NORMAL.....           | 135                                                   |
| DORZOLAMIDE.....                    | 105, 106                | EASY MINI EJECT.....          | 134                                                   |
| DOSOKAP.....                        | 239                     | EASY PLUS II.....             | 134                                                   |
| DOVATO.....                         | 66                      | EASYPOINT.....                | 146                                                   |
| DOVER BULB SYRINGE.....             | 149                     | EASY STEP.....                | 134                                                   |
| DOVONEX.....                        | 181                     | EASY TALK.....                | 134                                                   |
| doxazosin.....                      | 82                      | EASY TOUCH.....               | 135, 146, 149, 150, 157, 182                          |
| doxepin.....                        | 172, 177, 178, 181      | EASY TOUCH FLIPLOCK.....      | 146, 149                                              |
| doxercalciferol.....                | 195                     | EASY TRAK.....                | 135                                                   |
| doxycycline.....                    | 39, 40, 193             | EASY TWIST CAP LANCETS.....   | 157                                                   |
| doxylamine succinate/vit b6.....    | 119                     | EBGLYSS.....                  | 200                                                   |
| dronabinol.....                     | 119                     | ECLIPSE SYRINGE.....          | 150                                                   |
| DROPLET.....                        | 134, 141, 157           | EC-NAPROSYN.....              | 27                                                    |
| DROPLET GENTEEL LANCING DEVICE..... | 134                     | ec-naproxen.....              | 27                                                    |
| DROPLET LANCETS.....                | 157                     | econazole.....                | 46                                                    |
| DROPLET LANCING DEVICE.....         | 134                     | EDECIN.....                   | 101                                                   |
| DROPSAFE.....                       | 141, 146, 157, 178, 182 | EDEX.....                     | 193                                                   |
| DROPSAFE PREP PADS.....             | 182                     | EDLUAR.....                   | 178                                                   |
| drospir/eth estra/levomefol.....    | 95                      | EDURANT.....                  | 66, 67                                                |
| DROXIA.....                         | 77                      | E.E.S. 200.....               | 37                                                    |
| droxidopa.....                      | 72                      | efavirenz.....                | 67, 68                                                |
| drug mart glucose.....              | 109                     | effer-k.....                  | 117                                                   |
| DUAVEE.....                         | 127                     | EFFER-K.....                  | 116, 117                                              |
| DUET.....                           | 165, 168                | EFFIENT.....                  | 65                                                    |
| DUETACT.....                        | 50                      | EFUDEX.....                   | 62                                                    |
| DUET DHA.....                       | 165                     | EGRIFTA.....                  | 128                                                   |
| DULERA.....                         | 31                      | eldertonic.....               | 205                                                   |
| duloxetine.....                     | 171                     | ELDERTONIC LIQUID.....        | 205                                                   |
| DUOBRII.....                        | 181                     | ELEMENT COMPACT.....          | 135                                                   |
| DUOPA.....                          | 64                      | ELEMENT CONTROL.....          | 135                                                   |
| DUPIXENT.....                       | 131                     | ELEPSIA.....                  | 92                                                    |

## Índice de medicamentos

|                                    |                    |                                    |                                             |
|------------------------------------|--------------------|------------------------------------|---------------------------------------------|
| eletriptan hydrobromide .....      | 15, 19             | entacapone .....                   | 64, 65                                      |
| ELFOLATE.....                      | 226                | entecavir.....                     | 70                                          |
| ELIMITE .....                      | 64                 | ENTEREG .....                      | 123                                         |
| ELIQUIS .....                      | 43                 | ENTERO VU .....                    | 99                                          |
| ELIXOPHYLLIN.....                  | 32                 | ENTRESTO.....                      | 82                                          |
| ELLA .....                         | 95                 | ENZOCLEAR.....                     | 183                                         |
| ELMIRON.....                       | 24                 | EPCLUSA.....                       | 70                                          |
| ELON .....                         | 209                | EPIDIOLEX.....                     | 91                                          |
| eltrombopag .....                  | 94                 | EPIDUO FORTE .....                 | 181                                         |
| EMBRACE .....                      | 135, 142, 157      | EPIFOAM .....                      | 189                                         |
| EMBRACE EVO LEVEL I.....           | 135                | epinastine .....                   | 48                                          |
| EMBRACE GLUC CONTROL SOLN.....     | 135                | epinephrine.....                   | 71, 103                                     |
| EMBRACE LANCING DEVICE.....        | 135                | EPINEPHRINE.....                   | 71                                          |
| EMBRACE PRO.....                   | 135                | EPIPEN.....                        | 71                                          |
| EMBRACE TALK CONTROL .....         | 135                | EPISIL.....                        | 194                                         |
| EMERGEN.....                       | 220, 234, 235      | EPIVIR .....                       | 67                                          |
| EMERGEN-C.....                     | 220, 234, 235      | eplerenone .....                   | 101                                         |
| EMERGEN-C KIDZ.....                | 220                | eprosartan .....                   | 83                                          |
| EMGALITY.....                      | 15, 19, 90         | EPSOLAY .....                      | 184                                         |
| EMGALITY PEN.....                  | 19                 | EPZICOM.....                       | 66                                          |
| EMPAVELI .....                     | 76                 | EQ.....                            | 202, 209, 220                               |
| EMSAM .....                        | 170                | EQ CHILD .....                     | 220                                         |
| emtricitabine.....                 | 68                 | eql.....                           | 112, 197, 202, 226, 231, 233, 235, 239, 243 |
| emtricitabine .....                | 66, 67             | eql slow release iron.....         | 112                                         |
| emtricitabine-tenofv .....         | 66                 | eql vitamin.....                   | 231, 235, 239, 243                          |
| EMTRIVA .....                      | 67                 | EQUETRO .....                      | 170                                         |
| EMVERM .....                       | 52                 | EQ VISION .....                    | 202                                         |
| enalapril.....                     | 82, 83             | ERGOCAL .....                      | 239                                         |
| enalapril/hydrochlorothiazide..... | 82                 | ergocalciferol .....               | 239                                         |
| ENBRACE .....                      | 209                | ergoloid.....                      | 85                                          |
| ENBREL.....                        | 54                 | ERGOMAR.....                       | 19                                          |
| ENDARI.....                        | 77                 | ergotamine tartrate/caffeine ..... | 15, 19                                      |
| ENDO-AVITENE.....                  | 77                 | ERIVEDGE.....                      | 56                                          |
| ENDOMETRIN .....                   | 130                | ERLEADA .....                      | 55                                          |
| ENDUR-AMIDE.....                   | 218                | erlotinib .....                    | 58                                          |
| ENDUR-THINE .....                  | 218                | ERMEZA .....                       | 191                                         |
| ENDUR-VM .....                     | 209                | ERVEBO.....                        | 76                                          |
| ENFAMIL.....                       | 110                | ERYPED .....                       | 37                                          |
| ENFIT .....                        | 150, 152, 222, 243 | ERY-TAB.....                       | 37                                          |
| ENFLONSIA.....                     | 69                 | ery-tab dr .....                   | 37                                          |
| ENERGIX-B .....                    | 76                 | erythromycin.....                  | 34, 37, 41                                  |
| ENLITE SERTER.....                 | 135                | escitalopram.....                  | 170                                         |
| ENLYTE .....                       | 204                | ESGIC .....                        | 15, 19                                      |
| enoxaparin .....                   | 43                 | ESKATA .....                       | 181                                         |
| ENSACOVE .....                     | 58                 | eslicarbazepine.....               | 91, 92                                      |
| ENSPRYNG .....                     | 131                | esomeprazole .....                 | 123                                         |
| ENSTILAR.....                      | 189                | ESOMEPRAZOLE.....                  | 123                                         |

## Índice de medicamentos

|                                      |                         |                                      |               |
|--------------------------------------|-------------------------|--------------------------------------|---------------|
| ESSENCE C.....                       | 235                     | EYEPROTECT .....                     | 202           |
| ESSENTIAL.....                       | 165, 208, 209, 214, 215 | EYSUVIS .....                        | 103           |
| estazolam.....                       | 177                     | EZ.....                              | 141, 142, 157 |
| ESTER-C.....                         | 235                     | E-Z DISK.....                        | 99            |
| ESTRACE .....                        | 126                     | ezetimibe .....                      | 86, 87        |
| estradiol.....                       | 95, 126, 127, 129       | ezetimibe/simvastatin.....           | 86            |
| ESTRATEST .....                      | 126                     | E-Z-HD.....                          | 99            |
| estrogen.....                        | 126                     | EZ-LETS .....                        | 157           |
| estrogen,ester/me-testosterone ..... | 126                     | E-Z-PAQUE .....                      | 99            |
| ESTROVEN .....                       | 209                     | E-Z-PASTE.....                       | 99            |
| eszopiclone.....                     | 178                     | EZ SMART LANCETS.....                | 157           |
| ethacrynic .....                     | 101                     | <b>F</b>                             |               |
| ethambutol.....                      | 36                      | FA-8.....                            | 204           |
| ethinyl estradiol/drospirenone.....  | 95                      | FABHALTA.....                        | 76            |
| ethosuximide.....                    | 92, 94                  | FACTIVE .....                        | 38            |
| ethynodiol d-ethinyl estradiol.....  | 95                      | famciclovir .....                    | 69            |
| etodolac.....                        | 27, 28                  | famotidine.....                      | 122           |
| etonogestrel/ethinyl estradiol ..... | 95                      | fa/mv,ca,iron,min/lycopene/lut ..... | 209           |
| etoposide .....                      | 61                      | FARESTON.....                        | 62            |
| etravirine .....                     | 67                      | FARXIGA .....                        | 51            |
| EUCRISA.....                         | 185                     | FARYDAK.....                         | 55            |
| EULEXIN .....                        | 55                      | FASENRA .....                        | 32            |
| EURAX.....                           | 64                      | FATIGUE RELIEF COMPLEX .....         | 209           |
| EVAMIST .....                        | 127                     | febuxostat.....                      | 26            |
| EVEKEO.....                          | 72                      | felbamate.....                       | 92            |
| EVENCARE.....                        | 135                     | FELBATOL.....                        | 92            |
| everolimus .....                     | 57, 132                 | FELDENE.....                         | 27            |
| EVICEL .....                         | 77                      | felodipine.....                      | 79            |
| EVISTA.....                          | 199                     | FEMARA.....                          | 56            |
| EVOCLIN .....                        | 41                      | fenofibrate.....                     | 87            |
| EVOLUTION .....                      | 135                     | fenofibric.....                      | 87            |
| EVOTAZ.....                          | 68                      | FENOGLIDE.....                       | 87            |
| EVOXAC .....                         | 72                      | fenoprofen.....                      | 27, 28        |
| EVRYSDI.....                         | 196                     | FENORTHO.....                        | 28            |
| EVZIO .....                          | 44                      | fentanyl.....                        | 21, 22        |
| EXEL.....                            | 146, 150, 151           | FENTANYL.....                        | 22            |
| EXELDERM .....                       | 46                      | feosol .....                         | 112           |
| EXEL HUBER .....                     | 146                     | FEOSOL.....                          | 112           |
| EXELON.....                          | 71                      | FERAHEME.....                        | 112           |
| exemestane .....                     | 56                      | FERGON.....                          | 112           |
| exenatide .....                      | 48                      | FER-IN-SOL .....                     | 112           |
| EXPECTA PRENATAL.....                | 165                     | FERIVA 21-7 .....                    | 112           |
| EXTENDED RESERVOIR.....              | 151                     | FERIVA FA.....                       | 112           |
| EXTINA.....                          | 46                      | FERRACTIV IRON .....                 | 112           |
| EYE HEALTH AND LUTEIN.....           | 202                     | FERRALET .....                       | 112           |
| EYE HEALTH PLUS LUTEIN TABLET .....  | 202                     | FERRETTIS IPS.....                   | 113           |
| EYE MULTIVITAMIN .....               | 202                     | FERRIMIN.....                        | 113           |

## Índice de medicamentos

|                                     |                                   |                                     |                              |
|-------------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------------|------------------------------|
| FERRIPROX.....                      | 196, 197                          | FLOVENT.....                        | 31, 32                       |
| FERRLECIT.....                      | 113                               | FLOW-EZE.....                       | 146                          |
| FERRO-SEQUELS.....                  | 113                               | FLUAD.....                          | 74                           |
| ferrous.....                        | 112, 113, 114, 116, 212, 213, 224 | FLUAD QUAD.....                     | 74                           |
| FERROUS.....                        | 113                               | FLUARIX.....                        | 74                           |
| ferrous fumarate.....               | 113, 114                          | FLUARIX QUAD.....                   | 74                           |
| FERROUS FUMARATE.....               | 113                               | FLUBLOK.....                        | 74                           |
| ferrous fum/vit c/b12-if/folic..... | 113                               | FLUBLOK QUAD.....                   | 74                           |
| ferrous gluconate.....              | 112, 113, 212, 213                | FLUCELVAX.....                      | 74                           |
| ferrous sulfate.....                | 112, 113                          | FLUCELVAX QUAD.....                 | 74                           |
| ferumoxytol.....                    | 112, 113                          | fluconazole.....                    | 45                           |
| fesoterodine.....                   | 201                               | flucytosine.....                    | 44, 45                       |
| FETZIMA.....                        | 171, 172                          | fludrocortisone.....                | 128                          |
| FEXMID.....                         | 164                               | FLULAVAL.....                       | 75                           |
| FIBRICOR.....                       | 87                                | FLULAVAL QUAD.....                  | 75                           |
| fidaxomicin.....                    | 37                                | FLUMADINE.....                      | 69                           |
| fifty50.....                        | 178, 182                          | FLUMIST.....                        | 75                           |
| FIFTY50.....                        | 142, 157                          | FLUMIST QUAD.....                   | 75                           |
| fifty50 alcohol prep pads.....      | 182                               | flunisolide.....                    | 102                          |
| FIFTY50 SAFETY SEAL LANCETS.....    | 157                               | fluocinolone.....                   | 103, 186, 187, 188           |
| FILSPARI.....                       | 89                                | fluocinonide.....                   | 187                          |
| FILSUVEZ.....                       | 200                               | fluorescein.....                    | 98, 104                      |
| FILTER.....                         | 146, 147, 151, 153                | FLUORESCEIN-BENOXINATE.....         | 104                          |
| FILTER ASPIRATOR.....               | 146                               | fluoride.....                       | 108, 109, 111, 116, 221, 222 |
| FINACEA.....                        | 184                               | FLUORIDEX.....                      | 108, 111                     |
| finasteride.....                    | 201                               | fluorometholone.....                | 103, 104                     |
| FINAZOL.....                        | 209                               | FLUOROPLEX.....                     | 62                           |
| FINE.....                           | 147                               | fluorouracil.....                   | 62                           |
| FINGER GRIP.....                    | 151                               | fluoxetine.....                     | 170, 171, 176                |
| FINGERSTIX.....                     | 142, 157                          | fluphenazine.....                   | 176                          |
| FIORICET.....                       | 15, 19, 24                        | FLURA-DROPS.....                    | 109, 116                     |
| FIORINAL.....                       | 15                                | flurandrenolide.....                | 186                          |
| FIRDAPSE.....                       | 90                                | flurazepam.....                     | 177                          |
| FIRST-MOUTHWASH BLM.....            | 194, 195                          | flurbiprofen.....                   | 28, 104                      |
| FLAVOVIT.....                       | 203                               | flutamide.....                      | 55                           |
| flavoxate.....                      | 202                               | fluticasone.....                    | 31, 102, 187                 |
| flecainide.....                     | 78                                | fluticasone propion/salmeterol..... | 31                           |
| FLECTOR.....                        | 180                               | fluticasone-salmeterol.....         | 31                           |
| FLEVOXIN.....                       | 235                               | fluticasone-salmeterol 100-50.....  | 31                           |
| FLEXICHAMBER.....                   | 162                               | fluvastatin.....                    | 86                           |
| FLINTSTONES.....                    | 220                               | fluvoxamine.....                    | 171                          |
| FLOGEN.....                         | 203                               | FLUZONE.....                        | 75                           |
| FLOLIPID.....                       | 86                                | FLUZONE HIGH-DOSE.....              | 75                           |
| FLOMAX.....                         | 201                               | FLUZONE HIGH-DOSE QUAD.....         | 75                           |
| FLORAFOL.....                       | 220                               | FLUZONE QUAD.....                   | 75                           |
| FLORIVA.....                        | 108, 220                          | FML.....                            | 104                          |
| FLORRAXYL.....                      | 210                               | FNP.....                            | 244                          |

## Índice de medicamentos

|                                      |                                                                                                         |                                                                      |                                   |
|--------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|
| fn vitamin .....                     | 231                                                                                                     | FRAICHE.....                                                         | 108                               |
| FOLA.....                            | 226                                                                                                     | FREEDAVITE.....                                                      | 210                               |
| FOLACHEW .....                       | 210                                                                                                     | FREESTYLE.....                                                       | 97, 98, 135, 136, 142, 157        |
| FOLAGENT .....                       | 210                                                                                                     | FREESTYLE INSULINX .....                                             | 97, 98                            |
| FOLAMAX .....                        | 210                                                                                                     | FREESTYLE LITE.....                                                  | 98                                |
| FOLAMED.....                         | 210                                                                                                     | FROVA .....                                                          | 19                                |
| FOLAPRIME .....                      | 210                                                                                                     | frovatriptan succinate.....                                          | 19                                |
| FOLAWISE .....                       | 210                                                                                                     | FRUIT C .....                                                        | 235                               |
| FOLETRA.....                         | 204                                                                                                     | fruit c-100 .....                                                    | 235                               |
| FOLIC.....                           | 165, 204, 205, 210, 224, 226, 230, 233, 239                                                             | FRUIT C-100 .....                                                    | 235                               |
| folic acid.....                      | 113, 114, 115, 166, 167, 204, 205, 208, 210, 211, 212, 213, 214, 216, 217, 220, 222, 224, 226, 227, 228 | FRUZAQLA.....                                                        | 58                                |
| folic/mvi ther-min/lycop/lut.....    | 210                                                                                                     | ft.. 113, 165, 204, 210, 218, 229, 231, 233, 235, 239, 243, 244, 245 |                                   |
| FOLICORE .....                       | 226                                                                                                     | FT .....                                                             | 113, 198, 210, 226, 231, 235, 239 |
| FOLIKA.....                          | 204, 210, 226, 239                                                                                      | ful-glo .....                                                        | 98                                |
| FOLIKA-BC.....                       | 226                                                                                                     | FUL-GLO .....                                                        | 98                                |
| FOLIKA-D .....                       | 239                                                                                                     | FULPHILA.....                                                        | 94                                |
| FOLIKA-NC .....                      | 226                                                                                                     | FURADANTIN .....                                                     | 37                                |
| FOLIKA-T .....                       | 226                                                                                                     | furosemide.....                                                      | 101                               |
| FOLIKA-V .....                       | 204                                                                                                     | FUSION.....                                                          | 66, 113                           |
| FOLINIC-PLUS .....                   | 226                                                                                                     | FUZEON.....                                                          | 66                                |
| FOLITE.....                          | 204                                                                                                     | FYCOMPA .....                                                        | 92                                |
| FOLIXAPURE.....                      | 239                                                                                                     | <b>G</b>                                                             |                                   |
| FOLLISTIM AQ.....                    | 129                                                                                                     | gabapentin .....                                                     | 90, 92                            |
| FOLTRATE .....                       | 231                                                                                                     | GALAFOLD .....                                                       | 197                               |
| FOLTX .....                          | 226                                                                                                     | galantamine.....                                                     | 71                                |
| FOLVITA.....                         | 226                                                                                                     | GALZIN.....                                                          | 197                               |
| FOLVITE-D .....                      | 239                                                                                                     | ganirelix.....                                                       | 128                               |
| fondaparinux.....                    | 43                                                                                                      | GANIRELIX .....                                                      | 128                               |
| FORA.....                            | 98, 135, 142, 157                                                                                       | GARDASIL 9 .....                                                     | 76                                |
| FORACARE .....                       | 135, 142, 157                                                                                           | GASTROCROM.....                                                      | 26                                |
| FORACARE LANCETS.....                | 157                                                                                                     | GASTROGRAFIN .....                                                   | 99                                |
| FORA GTEL .....                      | 98, 135                                                                                                 | GASTROMARK .....                                                     | 99                                |
| FORA LANCETS .....                   | 157                                                                                                     | gatifloxacin.....                                                    | 34                                |
| formaldehyde.....                    | 54, 180                                                                                                 | GATIFLOXACIN-DEXAMETHASONE .....                                     | 33                                |
| formoterol .....                     | 30                                                                                                      | GATTEX .....                                                         | 124                               |
| FORMOTEROL.....                      | 30                                                                                                      | GAVRETO .....                                                        | 58                                |
| FORTAVIT .....                       | 210                                                                                                     | GE100.....                                                           | 136                               |
| FORTISCARE .....                     | 135                                                                                                     | GELCLAIR.....                                                        | 194                               |
| FOSAMAX .....                        | 199                                                                                                     | GELFILM.....                                                         | 105, 198                          |
| FOSAMAX PLUS D .....                 | 199                                                                                                     | GEL-FLOW .....                                                       | 77                                |
| fosamprenavir .....                  | 68                                                                                                      | GELFOAM.....                                                         | 77                                |
| fosaprepitant.....                   | 119                                                                                                     | GELX.....                                                            | 194                               |
| fosfomycin tromethamine .....        | 35                                                                                                      | gemfibrozil .....                                                    | 87                                |
| fosinopril .....                     | 82, 83                                                                                                  | GEMTESA .....                                                        | 201                               |
| fosinopril/hydrochlorothiazide ..... | 82                                                                                                      | GENADEK .....                                                        | 210, 220                          |
| FRAGMIN.....                         | 43                                                                                                      | GENICIN .....                                                        | 204, 226, 239                     |
|                                      |                                                                                                         | GENICIN VITA-Q .....                                                 | 204                               |

## Índice de medicamentos

|                                                                                                  |                                                       |                                      |                                  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|--------------------------------------|----------------------------------|
| GENICIN VITA-S .....                                                                             | 226                                                   | GOLYTELY .....                       | 122                              |
| GENOTROPIN .....                                                                                 | 128                                                   | GOMEKLI .....                        | 57                               |
| gentamicin .....                                                                                 | 34, 35, 41                                            | GONAL-F .....                        | 129, 130                         |
| GENTEEL .....                                                                                    | 134, 136                                              | GONITRO .....                        | 80                               |
| GENTLE IRON .....                                                                                | 113                                                   | GOPRELTO .....                       | 102                              |
| GENVOYA .....                                                                                    | 68                                                    | GRALISE .....                        | 90                               |
| GEODON .....                                                                                     | 175                                                   | granisetron .....                    | 119                              |
| GERBER .....                                                                                     | 210, 220                                              | GRASTEK .....                        | 73                               |
| GERBER GROW MIGHTY .....                                                                         | 220                                                   | griseofulvin .....                   | 45                               |
| GERBER LIL BRAINIES .....                                                                        | 220                                                   | gs .....                             | 110                              |
| GERITOL .....                                                                                    | 205                                                   | GS .....                             | 53, 153, 165, 178, 182, 198, 210 |
| GIALAX .....                                                                                     | 122                                                   | GS PRENATAL .....                    | 165, 210                         |
| GILOTRIF .....                                                                                   | 58                                                    | GUAIACOL .....                       | 183                              |
| glatiramer .....                                                                                 | 89                                                    | guaifen-codeine .....                | 97                               |
| glatopa .....                                                                                    | 89                                                    | GUAIFEN-CODEINE .....                | 97                               |
| GLEOLAN .....                                                                                    | 98                                                    | guanfacine .....                     | 84, 173                          |
| GLEOSTINE .....                                                                                  | 55                                                    | GUARDIAN .....                       | 136                              |
| glimepiride .....                                                                                | 49, 50                                                | GUMMIES CHILDREN MULTIVITAMIN .....  | 220                              |
| glipizide .....                                                                                  | 49, 50                                                | GUMMY .....                          | 109, 206, 219, 220, 230, 231     |
| GLOPERBA .....                                                                                   | 26                                                    | GVOKE .....                          | 110                              |
| GLUCAGEN .....                                                                                   | 98                                                    | GYNAZOLE .....                       | 44                               |
| GLUCAGON .....                                                                                   | 63, 124                                               | <b>H</b>                             |                                  |
| GLUCO .....                                                                                      | 109                                                   | HAEGARDA .....                       | 195                              |
| GLUCOCARD .....                                                                                  | 136                                                   | HAIR, SKIN AND NAILS .....           | 207, 210, 211, 216               |
| GLUCOCOM .....                                                                                   | 136, 142, 157, 158                                    | HAIR-SKIN-NAILS .....                | 227                              |
| glucose .....                                                                                    | 109, 110                                              | halcinonide .....                    | 187                              |
| GLUCOSE .....                                                                                    | 109                                                   | HALCION .....                        | 177                              |
| GLUCOSE CONTROL .....                                                                            | 133, 134, 135, 136, 138                               | halobetasol .....                    | 187                              |
| GLUCOSE LIQUID .....                                                                             | 109, 110                                              | HALOG .....                          | 187                              |
| GLUCOTROL .....                                                                                  | 49                                                    | haloperidol .....                    | 176                              |
| glutamine .....                                                                                  | 77                                                    | HARD NAILS .....                     | 227                              |
| GLUTOL .....                                                                                     | 110                                                   | HARVONI .....                        | 70                               |
| GLUTOSE-15 .....                                                                                 | 109                                                   | HAVRIX .....                         | 76                               |
| GLUTOSE-45 .....                                                                                 | 109                                                   | HEALON GV .....                      | 108                              |
| glyburide .....                                                                                  | 49, 50                                                | HEALTHPRO GLUCOSE CONTROL SOLN ..... | 136                              |
| GLYCATE .....                                                                                    | 118                                                   | HEALTHY .....                        | 136, 142, 158, 202, 214, 215     |
| glycine urologic solution .....                                                                  | 53                                                    | HEALTHY ACCENTS AUTOLET .....        | 136                              |
| glycopyrrolate .....                                                                             | 118                                                   | HEALTHY ACCENTS UNILET LANCET .....  | 158                              |
| GLYNASE .....                                                                                    | 50                                                    | healthy eyes tablet .....            | 202                              |
| GLYXAMBI .....                                                                                   | 50                                                    | HEALTHY EYES TABLET .....            | 202                              |
| gnp109, 110, 113, 165, 198, 202, 204, 210, 218, 223, 226, 227, 229, 231, 233, 235, 239, 243, 244 |                                                       | HEARTBURN ACID REFLUX .....          | 211                              |
| GNP .....                                                                                        | 178, 198, 210, 223, 226, 227, 231, 235, 239, 243, 245 | HEMA-COMBISTIX .....                 | 100                              |
| gnp glucose .....                                                                                | 109, 110                                              | HEMATAX .....                        | 113                              |
| GNP VITAMIN E .....                                                                              | 243                                                   | HEMATOGEN .....                      | 113                              |
| GOJJI .....                                                                                      | 98, 136, 142, 158                                     | HEMATRON-AF .....                    | 114                              |
|                                                                                                  |                                                       | HEMAX .....                          | 114                              |

## Índice de medicamentos

|                                      |                                                  |                              |                         |
|--------------------------------------|--------------------------------------------------|------------------------------|-------------------------|
| HEMLIBRA .....                       | 77                                               | hydroxocobalamin .....       | 231                     |
| HEMOCYTE .....                       | 114                                              | hydroxychloroquine .....     | 53                      |
| heparin .....                        | 43, 44                                           | HYDROXYCHLOROQUINE .....     | 53                      |
| HEPARIN .....                        | 43, 44                                           | HYDROXYPROPYLCELLULOSE ..... | 198                     |
| HEPLISAV-B .....                     | 76                                               | hydroxyurea .....            | 55                      |
| HETLIOZ .....                        | 177                                              | hydroxyzine .....            | 47                      |
| HIBERIX .....                        | 75                                               | HYFTOR .....                 | 131                     |
| high potency multivitamin tab .....  | 211                                              | HYLAVITE .....               | 227                     |
| HIGH POTENCY MULTIVITAMIN TAB .....  | 211                                              | HYLAZINC .....               | 204                     |
| HISTEX-AC .....                      | 96                                               | HYMPAVZI .....               | 77                      |
| hm .....                             | 114, 165, 198, 204, 218, 227, 231, 235, 239, 243 | hyoscyamine .....            | 120                     |
| HM .....                             | 165, 179, 182, 211, 227, 239                     | HYPER-SAL .....              | 196                     |
| HM ALCOHOL 70% PREP PADS .....       | 182                                              | HYPODERMIC NEEDLE .....      | 146, 153                |
| HM BIOTIN .....                      | 227                                              | HYPOLANCE .....              | 136                     |
| HM HAIR, SKIN AND NAILS TABLET ..... | 211                                              | HYPROMELLOSE .....           | 198                     |
| hm iron .....                        | 114                                              | HYSINGLA .....               | 22                      |
| HM MEN'S ONE DAILY TABLET .....      | 211                                              | <b>I</b>                     |                         |
| HM ONE DAILY PRENATAL .....          | 165                                              | ibandronate .....            | 199                     |
| hm prenatal .....                    | 165                                              | IBRANCE .....                | 58                      |
| hm slow release iron .....           | 114                                              | IBTROZI .....                | 58                      |
| hm vit .....                         | 231, 235                                         | ibuprofen .....              | 21, 28                  |
| hm vitamin .....                     | 231, 235, 239, 243                               | I-CAPS .....                 | 202                     |
| HM VITAMIN .....                     | 239                                              | ICAPS .....                  | 202, 211                |
| homatropine .....                    | 107                                              | ICAPS AREDS2 .....           | 202                     |
| HOMOCYSTEINE .....                   | 227                                              | ICAR .....                   | 114                     |
| HORIZANT .....                       | 88                                               | icatibant .....              | 192                     |
| HORMONES .....                       | 125, 126, 127, 128, 129, 130, 190, 191           | ICLUSIG .....                | 58                      |
| HUMALOG .....                        | 51                                               | icosapent .....              | 118                     |
| HUMANA .....                         | 98                                               | IDHIFA .....                 | 61                      |
| HUMATIN .....                        | 52                                               | IFE-BIMIX .....              | 193                     |
| HUMULIN .....                        | 51                                               | IGALMI .....                 | 178                     |
| HURRICAIN LUER-LOCK .....            | 146                                              | IHEALTH .....                | 136                     |
| HYCAMTIN .....                       | 57                                               | ILET .....                   | 136, 137                |
| HYCODAN .....                        | 97                                               | ILEVRO .....                 | 104                     |
| hydralazine .....                    | 84, 85                                           | I.L.X. B-12 .....            | 114                     |
| HYDREA .....                         | 55                                               | IMBRUVICA .....              | 58, 59                  |
| hydrochlorothiazide .....            | 81, 82, 83, 84, 85, 102                          | IMCIVREE .....               | 63                      |
| hydrocodone .....                    | 21, 22, 96, 97                                   | imipramine .....             | 172, 173                |
| hydrocodone-acetamin .....           | 21                                               | imiquimod .....              | 183                     |
| HYDROCODONE-ACETAMIN .....           | 21                                               | IMKELDI .....                | 59                      |
| hydrocodone/ibuprofen .....          | 21                                               | IMMUNERX .....               | 211                     |
| hydrocort .....                      | 33, 103, 121, 124, 187, 189                      | IMPAVIDO .....               | 53                      |
| hydrocortisone .....                 | 103, 124, 125, 127, 185, 187, 188, 189           | IMPEKLO .....                | 188                     |
| hydrocortisone/acetic acid .....     | 103                                              | IMULDOSA .....               | 130                     |
| hydrocort-pramoxine .....            | 124, 189                                         | IMURAN .....                 | 132                     |
| hydrogen peroxide .....              | 180                                              | INBRIJA .....                | 64                      |
| hydromorphone .....                  | 22                                               | INCONTROL .....              | 137, 142, 158, 179, 182 |

## Índice de medicamentos

|                                    |                                              |                                                                                                                           |                                        |
|------------------------------------|----------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|
| INCONTROL LANCING DEVICE .....     | 137                                          | IQIRVO.....                                                                                                               | 194                                    |
| INCRELEX .....                     | 128                                          | irbesartan.....                                                                                                           | 83                                     |
| INCRUSE.....                       | 29                                           | irbesartan/hydrochlorothiazide.....                                                                                       | 83                                     |
| indapamide.....                    | 102                                          | IRESSA.....                                                                                                               | 59                                     |
| INDICLOR .....                     | 99                                           | iron95, 112, 113, 114, 115, 116, 166, 167, 168, 205, 206, 207, 208, 209, 210, 212, 213, 216, 219, 220, 221, 222, 223, 228 |                                        |
| indomethacin .....                 | 28                                           | IRON .... 112, 113, 114, 115, 116, 117, 165, 168, 169, 209, 215, 216, 217, 219, 220, 221, 222                             |                                        |
| INFANRIX DTAP .....                | 75                                           | iron bg.....                                                                                                              | 114, 166                               |
| INFANT-TODDLER MULTIVITAMIN .....  | 220                                          | IRON BISGLYCINATE.....                                                                                                    | 114                                    |
| infant-toddler multivit-iron.....  | 220                                          | iron/c.....                                                                                                               | 115                                    |
| INFANT-TODDLER MULTIVIT-IRON ..... | 220                                          | iron,carbonyl.....                                                                                                        | 112, 114                               |
| INFANT-TODDLER TRI-VITAMIN.....    | 221                                          | iron/folic.....                                                                                                           | 115, 166, 167, 207, 208, 212, 213, 216 |
| INFASURF .....                     | 191                                          | iron fum.....                                                                                                             | 114, 115, 166, 167, 208, 213, 219      |
| INFED.....                         | 114                                          | iron fumarate .....                                                                                                       | 114, 166                               |
| INFINITY .....                     | 137                                          | iron polysaccharide .....                                                                                                 | 113, 114, 115                          |
| INFUSION SET .....                 | 137, 139, 140                                | IRONUP.....                                                                                                               | 115                                    |
| INFUVITE .....                     | 211, 221                                     | IRO-PLEX.....                                                                                                             | 115                                    |
| INGREZZA.....                      | 88, 89                                       | IROSPAN.....                                                                                                              | 115                                    |
| INJECT.....                        | 142, 151, 158                                | IS-D.....                                                                                                                 | 240                                    |
| INJECTAFER.....                    | 114                                          | ISENTRESS.....                                                                                                            | 68                                     |
| INJECT EASE.....                   | 158                                          | isoflurane.....                                                                                                           | 25                                     |
| INJECT-EASE .....                  | 151                                          | isoniazid .....                                                                                                           | 36                                     |
| INLYTA .....                       | 59                                           | ISOPROPANOL .....                                                                                                         | 198                                    |
| INNER EAR PLUS.....                | 203                                          | isopropyl .....                                                                                                           | 182, 197, 198                          |
| INOVA .....                        | 183                                          | ISOPROPYL.....                                                                                                            | 53, 54, 179, 182, 197, 198             |
| INPEN.....                         | 137                                          | isopropyl alcohol.....                                                                                                    | 182, 197, 198                          |
| INSPIRACHAMBER.....                | 162                                          | ISOPROPYL ALCOHOL .....                                                                                                   | 182, 197                               |
| INSPIRA.....                       | 101                                          | ISOPROPYL ALCOHOL 70% SPRAY .....                                                                                         | 53                                     |
| INSTACLEAN .....                   | 198                                          | isopropyl rubbing alcohol.....                                                                                            | 198                                    |
| INSTA-GLUCOSE.....                 | 110                                          | ISOPROPYL RUBBING ALCOHOL.....                                                                                            | 198                                    |
| INSUL-CAP .....                    | 137                                          | ISOPTO CARPINE.....                                                                                                       | 105                                    |
| INSUL-EZE.....                     | 137                                          | ISORDIL .....                                                                                                             | 80                                     |
| INSULIN .....                      | 48, 49, 50, 51, 128, 148, 150, 151, 152, 154 | isosorbide.....                                                                                                           | 80, 85                                 |
| INSULIN LISPRO .....               | 51                                           | isotretinoin .....                                                                                                        | 180                                    |
| INTEGRA.....                       | 114, 146, 151                                | isoxsuprine .....                                                                                                         | 85                                     |
| INTELENCE .....                    | 67                                           | isradipine .....                                                                                                          | 79                                     |
| INTERLINK.....                     | 151                                          | itraconazole.....                                                                                                         | 45                                     |
| INTRINSI .....                     | 231                                          | IV 3000 .....                                                                                                             | 154, 155                               |
| INVACARE .....                     | 142, 158                                     | IV3000 .....                                                                                                              | 154                                    |
| INVEGA .....                       | 175                                          | ivabradine.....                                                                                                           | 79                                     |
| INVELTYS.....                      | 104                                          | IV ADMINISTRATION SET .....                                                                                               | 161                                    |
| iodine/potassium iodide .....      | 189                                          | IVENIX.....                                                                                                               | 161                                    |
| iodine/sodium iodide .....         | 189                                          | ivermectin.....                                                                                                           | 52, 184                                |
| IODOFLEX .....                     | 189                                          | IWILFIN.....                                                                                                              | 59                                     |
| IODOSORB .....                     | 189                                          | <b>J</b>                                                                                                                  |                                        |
| IOPIDINE.....                      | 105                                          | JAKAFI .....                                                                                                              | 56                                     |
| IPOL .....                         | 73                                           |                                                                                                                           |                                        |
| ipratropium .....                  | 29, 102                                      |                                                                                                                           |                                        |

## Índice de medicamentos

|                                      |                                  |
|--------------------------------------|----------------------------------|
| JALYN .....                          | 201                              |
| JANSSEN COVID-19 VACCINE .....       | 73                               |
| JANUMET .....                        | 50                               |
| JANUVIA .....                        | 49                               |
| JARDIANCE .....                      | 51                               |
| JOENJA 70 MG TABLET .....            | 192                              |
| JORNAY .....                         | 173                              |
| JOURNAVX .....                       | 19                               |
| JUBLIA .....                         | 46                               |
| JULUCA .....                         | 66                               |
| JUST 4 KIDZ MULTIVIT-PROBIOTIC ..... | 221                              |
| JUSTRIGHT 5000 .....                 | 108, 111                         |
| JUXTAPID .....                       | 86                               |
| JYNARQUE .....                       | 101                              |
| JYNNEOS .....                        | 76                               |
| <b>K</b>                             |                                  |
| KI-1000 .....                        | 244                              |
| K2 .....                             | 238, 240, 244, 245               |
| KADIAN .....                         | 22                               |
| KALETRA .....                        | 67                               |
| KALYDECO .....                       | 191                              |
| KAPVAY .....                         | 173                              |
| KENALOG .....                        | 188                              |
| KENDALL .....                        | 151, 154                         |
| KENDALL DISINFECTANT CAP .....       | 151                              |
| Keppra .....                         | 92, 93                           |
| KERENDIA .....                       | 101                              |
| KESIMPTA .....                       | 89                               |
| KETAMINE .....                       | 178                              |
| ketoconazole .....                   | 45, 46                           |
| ketodan .....                        | 46                               |
| KETO-DIASTIX REAGENT .....           | 100                              |
| KETONE CARE TEST STRIP .....         | 100                              |
| KETONE TEST STRIP .....              | 98, 100                          |
| ketoprofen .....                     | 28                               |
| ketorolac .....                      | 20, 21, 103, 104                 |
| KETOSTIX REAGENT .....               | 100                              |
| KIDS .....                           | 99, 108, 111, 219, 220, 221, 227 |
| KIDS COD LIVER OIL .....             | 221                              |
| KIDS MULTIVITAMIN .....              | 221                              |
| KINRIX .....                         | 75                               |
| KISQALI .....                        | 56, 59                           |
| KITABIS PAK .....                    | 35                               |
| KLARITY .....                        | 34, 103, 104, 107                |
| KLARITY-A(AZITHROMYCIN-CHONDR) ..... | 34                               |
| KLARON .....                         | 181                              |
| KLOXXADO .....                       | 44                               |

|                                       |                                                       |
|---------------------------------------|-------------------------------------------------------|
| KOSELUGO .....                        | 57                                                    |
| KOSHER PRENATAL .....                 | 165                                                   |
| K-PAX .....                           | 211                                                   |
| K-PHOS .....                          | 117                                                   |
| KPN PRENATAL .....                    | 165                                                   |
| KRINTAFEL .....                       | 53                                                    |
| KRISTALOSE .....                      | 122                                                   |
| kroger glucose .....                  | 110                                                   |
| kro glucose .....                     | 110                                                   |
| kro isopropyl alcohol 91% .....       | 198                                                   |
| KYLEENA .....                         | 96                                                    |
| KYNMOBI .....                         | 64                                                    |
| <b>L</b>                              |                                                       |
| LABSTIX REAGENT .....                 | 100                                                   |
| lacosamide .....                      | 92                                                    |
| LACRISERT .....                       | 103                                                   |
| lactulose .....                       | 118, 122, 123                                         |
| LAMICTAL .....                        | 92                                                    |
| lamivudine .....                      | 66, 67, 70                                            |
| lamivudine/zidovudine .....           | 66                                                    |
| lamotrigine .....                     | 92                                                    |
| lancets .....                         | 140, 142, 156, 158                                    |
| LANCETS .....                         | 140, 141, 142, 143, 144, 145, 156, 157, 158, 159, 160 |
| LANCING DEVICE .....                  | 133, 134, 135, 136, 137, 138, 139, 140                |
| LANCING SYSTEM .....                  | 137                                                   |
| LANOXIN .....                         | 79                                                    |
| lansoprazole .....                    | 120, 123                                              |
| lansoprazole/amoxicilin/clarith ..... | 120                                                   |
| lanthanum carbonate .....             | 111                                                   |
| LANTUS .....                          | 52                                                    |
| LANZO .....                           | 137                                                   |
| lapatinib ditosylate .....            | 59                                                    |
| LASIX .....                           | 101                                                   |
| LASTACFT .....                        | 48                                                    |
| latanoprost .....                     | 105                                                   |
| LATANOPROST .....                     | 105, 106                                              |
| LAZANDA .....                         | 22, 23                                                |
| LAZCLUZE .....                        | 59                                                    |
| leader glucose .....                  | 110                                                   |
| leader quick dissolve gluc .....      | 110                                                   |
| lecithin/pyridoxine/kelp .....        | 211                                                   |
| leflunomide .....                     | 26                                                    |
| lenalidomide .....                    | 57                                                    |
| LENVIMA .....                         | 59                                                    |
| LEQSELVI .....                        | 200                                                   |
| LESCOL .....                          | 86                                                    |
| L.E.T. .....                          | 25                                                    |
| letrozole .....                       | 56                                                    |

## Índice de medicamentos

|                                     |                                                      |                                     |                    |
|-------------------------------------|------------------------------------------------------|-------------------------------------|--------------------|
| leucovorin.....                     | 192                                                  | little.....                         | 221                |
| LEUKERAN.....                       | 55                                                   | LITTLE.....                         | 221                |
| LEUKINE.....                        | 94                                                   | LITTLE ANIMALS.....                 | 221                |
| levalbuterol.....                   | 30                                                   | LIVDELZI.....                       | 194                |
| LEVBIID.....                        | 120                                                  | LIVITA.....                         | 221, 245           |
| LEVER LOCK CANNULA.....             | 151                                                  | LIVMARLI.....                       | 122                |
| levetiracetam.....                  | 92, 93                                               | LIVTENCITY.....                     | 69                 |
| LEVETIRACETAM.....                  | 92                                                   | l-mefol/a-cyst/mebl2/algal oil..... | 227                |
| LEVITRA.....                        | 193                                                  | Imefolate/b3/copp/znsel/chrom.....  | 211                |
| levobunolol.....                    | 105                                                  | L-MESITRAN.....                     | 185                |
| levocarnitine.....                  | 199                                                  | L-METHYLFOL.....                    | 227                |
| levofloxacin.....                   | 34, 38                                               | l-norgest/e.estradiol-e.estrad..... | 95                 |
| LEVOMEFOL.....                      | 227                                                  | LODINE.....                         | 28                 |
| levomefolate.....                   | 204, 224, 225, 227, 228                              | LODOSYN.....                        | 65                 |
| LEVOMEFOLATE.....                   | 227                                                  | lofexidine.....                     | 200                |
| levonorgestrel/ethin.estradiol..... | 95                                                   | LOKELMA.....                        | 111                |
| levothyroxine.....                  | 191                                                  | LOMAIRA.....                        | 62                 |
| LEVSIN.....                         | 120                                                  | LOMOTIL.....                        | 118                |
| LEVULAN.....                        | 62                                                   | longs glucose.....                  | 110                |
| LICART.....                         | 180                                                  | LONHALA MAGNAIR.....                | 29                 |
| lidocaine.....                      | 25, 124, 189                                         | LONSURF.....                        | 55                 |
| LIDOCAINE.....                      | 124                                                  | LOPID.....                          | 87                 |
| LIDOCAINE-HYDROCORT.....            | 124                                                  | lopinavir/ritonavir.....            | 67                 |
| LIDOCAN.....                        | 25                                                   | LOPRESSOR.....                      | 85                 |
| LIFESHIELD BLUNT CANNULA.....       | 146, 151                                             | LOPROX.....                         | 46                 |
| LILETTA.....                        | 96                                                   | lorazepam.....                      | 169                |
| lindane.....                        | 189                                                  | LORBRENA.....                       | 59                 |
| linezolid.....                      | 38                                                   | LORID.....                          | 227                |
| LINZESS.....                        | 122                                                  | LORMATE.....                        | 227                |
| liothyronine.....                   | 191                                                  | LORTAB.....                         | 21                 |
| LIPO.....                           | 203                                                  | LORZONE.....                        | 164                |
| LIPO-FLAVONOID PLUS.....            | 203                                                  | losartan/hydrochlorothiazide.....   | 83                 |
| LIPOTRIAD.....                      | 202, 203                                             | losartan potassium.....             | 84                 |
| LIQUID.....                         | 99, 109, 110, 115, 205, 212, 223, 230, 237, 238, 244 | LOTEMAX.....                        | 104                |
| LIQUID E-Z PAQUE.....               | 99                                                   | LOTENSIN.....                       | 82, 83             |
| LIQUID POLIBAR PLUS.....            | 99                                                   | LOTENSIN HCT.....                   | 82                 |
| liraglutide.....                    | 48, 63                                               | loteprednol.....                    | 104                |
| lisinopril.....                     | 82, 83                                               | loteprednol etabonate.....          | 104                |
| lisinopril/hydrochlorothiazide..... | 82                                                   | lovastatin.....                     | 86                 |
| LITE.....                           | 98, 137, 142, 158, 235                               | loxapine.....                       | 176                |
| LITEAIRE.....                       | 162                                                  | lubiprostone.....                   | 123                |
| LITE TOUCH.....                     | 137, 158                                             | LUCENTIS.....                       | 107                |
| LITETOUCH.....                      | 162                                                  | LUER LOCK.....                      | 149, 150, 151, 152 |
| LITFULO.....                        | 200                                                  | LUER-LOK.....                       | 148, 151, 153      |
| lithium.....                        | 170                                                  | LUERSLIP.....                       | 151                |
| LITHOBID.....                       | 170                                                  | LUER SLIP TIP.....                  | 151                |
| LITHOSTAT.....                      | 118                                                  | LUER TIP CAP.....                   | 151, 153           |

## Índice de medicamentos

|                                      |                    |                                      |                                        |
|--------------------------------------|--------------------|--------------------------------------|----------------------------------------|
| LUMAKRAS.....                        | 56                 | MEDLANCE PLUS .....                  | 158                                    |
| LUMRYZ .....                         | 177                | MEDROL .....                         | 127                                    |
| LUPKYNIS .....                       | 132                | medroxyprogesterone .....            | 95, 129                                |
| LUTEIN .....                         | 202, 203, 205, 220 | MEDTRONIC .....                      | 137                                    |
| LYBALVI.....                         | 175                | MEDTYCHOLL-B.....                    | 227                                    |
| LYDIA PINKHAM HERBAL .....           | 115                | mefenamic.....                       | 21                                     |
| LYMEPAK.....                         | 39                 | mefloquine .....                     | 53                                     |
| LYNPARZA.....                        | 59                 | MEGA BIOTIN.....                     | 227                                    |
| LYSODREN .....                       | 61                 | megestrol .....                      | 62, 202                                |
| LYSTEDA.....                         | 76                 | meijer glucose .....                 | 110                                    |
| LYTGOBI .....                        | 59                 | MEKINIST .....                       | 57                                     |
| LYUMJEV .....                        | 52                 | MEKTOVI .....                        | 57                                     |
| <b>M</b>                             |                    | meloxicam.....                       | 28                                     |
| MACROBID .....                       | 37                 | melphalan .....                      | 55                                     |
| MACULAR BENEFITS .....               | 203                | memantine .....                      | 88                                     |
| MACUVEX.....                         | 203                | MEN 50 .....                         | 205, 208, 211, 216                     |
| MACUZIN .....                        | 203                | MENACTRA .....                       | 74                                     |
| MAD.....                             | 151                | MENOPUR.....                         | 129                                    |
| mafenide .....                       | 42                 | MENOSTAR.....                        | 127                                    |
| MAGELLAN.....                        | 151, 152           | MENQUADFI .....                      | 74                                     |
| MALARONE .....                       | 53                 | MEN'S.....                           | 205, 206, 207, 208, 211, 214, 215, 216 |
| malathion .....                      | 189                | MEN'S 50 PLUS.....                   | 211, 214, 215                          |
| maprotiline.....                     | 172                | MEN'S DAILY.....                     | 211                                    |
| maraviroc .....                      | 66                 | MEN'S MULTIVITAMIN.....              | 211, 214                               |
| MAR-COF CG.....                      | 97                 | MENVEO .....                         | 74                                     |
| MARINOL .....                        | 119                | MEPHYTON .....                       | 244                                    |
| MARNATAL-F .....                     | 165                | meprobamate.....                     | 170                                    |
| MARPLAN .....                        | 170                | MEPRON .....                         | 53                                     |
| MASONATAL .....                      | 165                | mercaptopurine.....                  | 55                                     |
| MATULANE.....                        | 61                 | MERIBIN .....                        | 227                                    |
| MAVENCLAD.....                       | 89                 | mesalamine .....                     | 121                                    |
| MAXFE.....                           | 115                | mesna.....                           | 192                                    |
| MAXIMIN .....                        | 211                | MESNEX .....                         | 192                                    |
| MAXIMUM D3 .....                     | 240                | METANX .....                         | 227                                    |
| MAXITROL.....                        | 33                 | METANXPRO .....                      | 227                                    |
| MAXI-TUSS CD.....                    | 96                 | metaproterenol.....                  | 30                                     |
| MAYZENT .....                        | 89                 | metaxalone.....                      | 164                                    |
| MEBOLIC.....                         | 211                | metformin .....                      | 49, 50                                 |
| meclizine.....                       | 119                | METHACHOLINE .....                   | 98                                     |
| meclofenamate .....                  | 28                 | methadone.....                       | 23                                     |
| mecobal/levomefolat ca/b6 phos ..... | 227                | methamphetamine.....                 | 72                                     |
| MEDI-FIRST ISOPROPYL ALCOHOL.....    | 54                 | METHAVER .....                       | 227                                    |
| MEDIHONEY .....                      | 185                | methazolamide.....                   | 100                                    |
| MEDISENSE.....                       | 137, 142, 158      | methenamine hippurate .....          | 35                                     |
| medlance .....                       | 142, 158           | methenamine mandelate .....          | 35                                     |
| MEDLANCE .....                       | 142, 158           | methenam/m.blue/salicyl/hyoscy ..... | 35                                     |
| medlance plus.....                   | 158                | methenam/sod phos/mblue/hyoscy ..... | 35                                     |

## Índice de medicamentos

|                                       |                              |                                |                    |
|---------------------------------------|------------------------------|--------------------------------|--------------------|
| methen/mbblue/sal/sod phos/hyos ..... | 35                           | MIFEPREX .....                 | 195                |
| methimazole .....                     | 190                          | mifepristone .....             | 50, 195            |
| METHITEST .....                       | 125                          | miglitol .....                 | 49                 |
| meth/meblue/sod phos/psal/hyos .....  | 35                           | miglustat .....                | 196                |
| methocarbamol .....                   | 164                          | MIGRANAL .....                 | 20                 |
| methotrexate .....                    | 55, 56                       | MINCORA .....                  | 227                |
| methoxsalen .....                     | 180                          | MINI LANCING DEVICE .....      | 137, 138           |
| methscopolamine .....                 | 120                          | MINIMED .....                  | 137, 151           |
| METHYL B-12 .....                     | 231                          | MINIMED RESERVOIR .....        | 151                |
| METHYLCOBALAMIN .....                 | 231                          | MINI PRENATAL .....            | 165                |
| methyldopa .....                      | 84                           | MINIPRESS .....                | 82                 |
| methylene .....                       | 195                          | minocycline .....              | 39, 40             |
| methylergonovine .....                | 129                          | MINOLIRA .....                 | 40                 |
| METHYLFOLATE .....                    | 204                          | minoxidil .....                | 84                 |
| METHYLIN .....                        | 173                          | MIRENA .....                   | 96                 |
| methylphenidate .....                 | 173, 174                     | mirtazapine .....              | 169                |
| METHYLPHENIDATE .....                 | 174                          | MIRVASO .....                  | 184                |
| methylprednisolone .....              | 127                          | misoprostol .....              | 27, 120            |
| METHYL PROTECT .....                  | 227                          | MITIGARE .....                 | 26                 |
| methyl salicylate .....               | 183                          | MITOMYCIN .....                | 107                |
| methyltestosterone .....              | 125                          | MITOSOL .....                  | 107                |
| metoclopramide .....                  | 122                          | MI-VITE .....                  | 204                |
| metolazone .....                      | 102                          | MIXED TOCOTRIENOLS .....       | 243                |
| METOPIRONE .....                      | 99                           | MKO .....                      | 178                |
| metoprolol .....                      | 85                           | M-M-R II VACCINE .....         | 75                 |
| METOPROLOL SUCCINATE ER-HCTZ .....    | 85                           | MNEXSPIKE .....                | 73                 |
| METROCREAM .....                      | 184                          | MOBILE .....                   | 143                |
| METROGEL .....                        | 184                          | modafinil .....                | 177                |
| metronidazole .....                   | 35, 40, 184                  | MODDI .....                    | 137                |
| metyrosine .....                      | 84                           | MODERNA COVID .....            | 73                 |
| mexiletine .....                      | 78                           | MODERNA COVID-19 BOOSTER ..... | 73                 |
| MIACALCIN .....                       | 130                          | moexipril .....                | 83                 |
| miconazole .....                      | 44                           | molindone .....                | 176                |
| MICRO .....                           | 139, 142, 143, 147, 158, 190 | mometasone .....               | 102, 188           |
| MICROCHAMBER .....                    | 162                          | mondoxylene .....              | 40                 |
| MICRODOT .....                        | 137                          | MONOCAPS .....                 | 211                |
| MICROLET .....                        | 137, 143, 158                | MONOFERRIC .....               | 115                |
| MICRONEX .....                        | 211                          | MONOJECT .....                 | 146, 147, 151, 152 |
| MICROSPACER .....                     | 162                          | MONOLET .....                  | 143, 158           |
| MICROTAINER .....                     | 156, 158                     | MONSEL'S .....                 | 77                 |
| MICRO THIN LANCET .....               | 158                          | montelukast .....              | 32                 |
| MICRO THIN LANCETS .....              | 158                          | morgidox .....                 | 40                 |
| midazolam .....                       | 177                          | MORGIDOX .....                 | 40                 |
| MIDAZOLAM .....                       | 178                          | morphine .....                 | 22, 23             |
| midodrine .....                       | 72                           | MOTOFEN .....                  | 118                |
| MIEBO .....                           | 103                          | MOUNJARO .....                 | 49                 |

## Índice de medicamentos

|                                                                                                                     |                                   |                                      |                                        |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------------|----------------------------------------|
| MOUTHPIECE .....                                                                                                    | 162                               | MYFEMBREE .....                      | 128                                    |
| MOVANTIK.....                                                                                                       | 44                                | MYFORTIC .....                       | 132                                    |
| MOXATAG.....                                                                                                        | 38                                | MYGLUCOHEALTH .....                  | 137, 143, 158                          |
| moxifloxacin.....                                                                                                   | 34, 38                            | MYHIBBIN .....                       | 132                                    |
| MOXIFLOXACIN.....                                                                                                   | 33                                | MYLERAN .....                        | 55                                     |
| MRESVIA.....                                                                                                        | 76                                | MYRBETRIQ.....                       | 201                                    |
| MS CONTIN.....                                                                                                      | 23                                | MYSOLINE.....                        | 93                                     |
| ms glucose.....                                                                                                     | 110                               | MYXREDLIN .....                      | 52                                     |
| ms quick dissolve glucose.....                                                                                      | 110                               | <b>N</b>                             |                                        |
| MTERYTI .....                                                                                                       | 165                               | nabumetone .....                     | 28, 29                                 |
| MTX .....                                                                                                           | 231                               | naftifine .....                      | 46                                     |
| MUCOSITISRX .....                                                                                                   | 194                               | NAFTIN.....                          | 46                                     |
| MULTAQ.....                                                                                                         | 78                                | NALFON.....                          | 28                                     |
| MULTIA.....                                                                                                         | 212                               | NALOCET .....                        | 21                                     |
| MULTI-DAY PLUS MINERALS.....                                                                                        | 212                               | naloxone.....                        | 24, 44, 200                            |
| multi for her .....                                                                                                 | 211                               | naltrexone.....                      | 44                                     |
| MULTI FOR HER .....                                                                                                 | 211                               | NAMENDA .....                        | 88                                     |
| MULTI-LANCET .....                                                                                                  | 137                               | NAMZARIC.....                        | 88                                     |
| multilex.....                                                                                                       | 212                               | NANO.....                            | 147, 168, 221                          |
| MULTILEX .....                                                                                                      | 212                               | NANOVN.....                          | 221, 245                               |
| MULTI PRO.....                                                                                                      | 211                               | NAPRELAN.....                        | 28                                     |
| MULTISTIX .....                                                                                                     | 100                               | NAPROSYN .....                       | 27, 28                                 |
| MULTITOL-M.....                                                                                                     | 245                               | naproxen.....                        | 27, 28, 29                             |
| multivit.. 165, 205, 207, 208, 210, 212, 213, 214, 216, 217, 219, 220, 221, 222, 223, 245                           |                                   | naratriptan.....                     | 19, 20                                 |
| multivitamin ...167, 208, 211, 212, 214, 216, 219, 220, 221, 222, 223                                               |                                   | NARCAN .....                         | 44                                     |
| MULTIVITAMINI67, 202, 203, 205, 206, 207, 208, 209, 210, 211, 212, 213, 214, 215, 216, 217, 218, 219, 220, 221, 227 |                                   | NARDIL .....                         | 170                                    |
| MULTI-VITE.....                                                                                                     | 212                               | NASCOBAL .....                       | 231                                    |
| MULTI-VIT-FLOR.....                                                                                                 | 221                               | NATACHEW.....                        | 165                                    |
| MULTIVIT-FLUOR.....                                                                                                 | 221                               | NATACYN.....                         | 44                                     |
| multivit-min/fa/lycopen/lutein.....                                                                                 | 207, 213                          | nateglinide.....                     | 50                                     |
| mupirocin .....                                                                                                     | 41                                | NATPARA .....                        | 129                                    |
| MURI-LUBE .....                                                                                                     | 198                               | NAYZILAM.....                        | 91                                     |
| MUSE .....                                                                                                          | 193                               | nebivolol.....                       | 85                                     |
| mv .....                                                                                                            | 114, 115, 206, 209, 210, 213, 215 | NEBUPENT .....                       | 53                                     |
| mvn.....                                                                                                            | 208, 213                          | nebusal .....                        | 196                                    |
| MVW .....                                                                                                           | 213, 221                          | NEBUSAL .....                        | 196                                    |
| MVW COMPLETE.....                                                                                                   | 221                               | NEEDLE.....                          | 145, 146, 147, 148, 150, 151, 152, 153 |
| MYALEPT.....                                                                                                        | 130                               | needles,safety huber,disposabl.....  | 147                                    |
| MYCAPSSA .....                                                                                                      | 129                               | NEEVODHA .....                       | 213                                    |
| MYCOBUTIN.....                                                                                                      | 36                                | nefazodone.....                      | 171                                    |
| mycophenolate .....                                                                                                 | 132                               | NEFFY .....                          | 71                                     |
| MYDAYIS.....                                                                                                        | 72                                | NEMLUVIO .....                       | 131                                    |
| MYDCOMBI .....                                                                                                      | 107                               | neomycin.....                        | 33, 34, 35, 179                        |
| MYDRIACYL.....                                                                                                      | 107                               | neomycin/bacit/p-myx/hydrocort.....  | 33                                     |
| MYDRIATIC4 .....                                                                                                    | 105                               | neomycin/bacitracin/polymyxinb.....  | 34                                     |
|                                                                                                                     |                                   | neomycin/polymyxin b/dexametha.....  | 33                                     |
|                                                                                                                     |                                   | neomycin/polymyxin b/hydrocort ..... | 33                                     |

## Índice de medicamentos

|                                      |              |                                     |                   |
|--------------------------------------|--------------|-------------------------------------|-------------------|
| neomycin/polymyxn b/gramicidin ..... | 34           | NITYR.....                          | 196               |
| neomycin sulfate .....               | 35           | NIVA-FOL .....                      | 227               |
| NEONATAL .....                       | 115, 165     | NIVA-PLUS .....                     | 213               |
| NEONATAL FE .....                    | 115          | NIVESTYM .....                      | 94                |
| NEORAL .....                         | 132          | nizatidine .....                    | 122               |
| NEO-SYNALAR .....                    | 41           | NOCTIVA .....                       | 126               |
| NEOVITE .....                        | 213          | NO FLUSH NIACIN.....                | 218               |
| NEPHRON FA .....                     | 227          | NOKOR .....                         | 147               |
| NEPHRO-VITE .....                    | 227          | norelgestromin/ethin.estradiol..... | 95                |
| NERIA .....                          | 161          | noreth-ethinyl estradiol/iron.....  | 95                |
| NERLYNX.....                         | 59           | norethind-eth estrad .....          | 95, 127           |
| NESTABS .....                        | 165, 213     | norethindrone.....                  | 95, 126, 127, 129 |
| NEUAC .....                          | 181          | norethin-ee.....                    | 95                |
| neuac gel.....                       | 181          | norethin-eth estrad .....           | 127               |
| NEULUMEX .....                       | 99           | NORGESIC .....                      | 164               |
| NEUPRO .....                         | 64           | norgestimate-ethinyl estradiol..... | 95                |
| NEURIN-SL .....                      | 231          | norgestrel-ethinyl estradiol.....   | 95                |
| NEUTRASAL .....                      | 194          | NORM-JECT .....                     | 152               |
| nevirapine .....                     | 67           | NORMLGEL.....                       | 189               |
| NEXAVAR .....                        | 59           | nortriptyline .....                 | 172               |
| NEXCARE TEGADERM .....               | 154, 155     | NORVIR .....                        | 68                |
| NEXLETOL .....                       | 86           | NORWEGIAN COD LIVER OIL .....       | 223               |
| NEXLIZET .....                       | 86           | NOURIANZ.....                       | 65                |
| niacin.....                          | 87, 218, 219 | NOVA .....                          | 137, 143, 158     |
| NIACIN .....                         | 218, 219     | NOVAFERRUM .....                    | 115, 222          |
| niacinamide.....                     | 218          | NOVAMAX PLUS.....                   | 98, 137           |
| NIACINAMIDE.....                     | 218          | NOVAMV .....                        | 222               |
| NIACOR .....                         | 87           | NOVAREL .....                       | 130               |
| nicardipine .....                    | 79           | NOVAVAX COVID-19 VACC,ADJ .....     | 73                |
| NICOMIDE.....                        | 213          | NOVOPEN 3.....                      | 138               |
| NICOTROL .....                       | 190          | NOVOPEN ECHO.....                   | 138               |
| nifedipine.....                      | 79           | NOXAFIL.....                        | 45                |
| NIFEREX.....                         | 115          | NOXIFOL-D3.....                     | 240               |
| NILANDRON.....                       | 55           | NUBEQA .....                        | 55                |
| nilotinib .....                      | 59           | NUCALA .....                        | 32                |
| nilutamide.....                      | 55           | NUCORT .....                        | 188               |
| nimodipine .....                     | 79           | NUEDEXTA.....                       | 89                |
| NINJACOF-XG .....                    | 97           | NUFERA.....                         | 115               |
| NINLARO .....                        | 59           | NUFOLA .....                        | 227               |
| nisoldipine .....                    | 79           | NU-IRON.....                        | 115               |
| nitisinone.....                      | 196          | NULEV .....                         | 120               |
| NITRO-DUR.....                       | 80           | NULYTELY.....                       | 123               |
| nitrofurantoin .....                 | 37, 38       | NUMBRINO.....                       | 102               |
| nitroglycerin .....                  | 80, 123      | NUMOISYN .....                      | 194               |
| NITROLINGUAL .....                   | 80           | NUPLAZID .....                      | 170               |
| NITROMIST .....                      | 80           | NURTEC ODT .....                    | 20                |
| NITROSTAT .....                      | 80           | NUTRALYN.....                       | 213               |

## Índice de medicamentos

|                                      |                                                                 |                          |                         |
|--------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|--------------------------|-------------------------|
| NUTRIVIT .....                       | 214                                                             | ONE-A-DAY .....          | 166, 214, 215, 222      |
| NUVAXOVID .....                      | 73                                                              | one daily .....          | 167, 208, 214, 216      |
| NUVESSA .....                        | 40                                                              | ONE DAILY .....          | 165, 206, 209, 211, 214 |
| NUZYRA .....                         | 40                                                              | ONE-DAILY .....          | 215                     |
| NYMALIZE .....                       | 79                                                              | ONETOUCH .....           | 138, 143, 158, 159      |
| nystatin .....                       | 45, 46, 47                                                      | ONETOUCH DELICA .....    | 138, 158, 159           |
| <b>O</b>                             |                                                                 | ONETOUCH ULTRA .....     | 138                     |
| OB COMPLETE .....                    | 165, 166, 214                                                   | ONETOUCH VERIO .....     | 138                     |
| OBREDON .....                        | 97                                                              | ONEVITE .....            | 215                     |
| OBSTETRIX EC .....                   | 166                                                             | ONE WAY MOUTHPIECE ..... | 162                     |
| OBSTETRIX ONE .....                  | 214                                                             | ONEXTON .....            | 181                     |
| OBTREX DHA .....                     | 166                                                             | ONGENTYS .....           | 65                      |
| OCALIVA .....                        | 121                                                             | ON-THE-GO .....          | 143, 159                |
| OCUFLOX .....                        | 34                                                              | OPFOLDA .....            | 196                     |
| OCULAR VITAMINS .....                | 203                                                             | opium/belladonna .....   | 23                      |
| OCUVEL .....                         | 203                                                             | opium tincture .....     | 118                     |
| OCUVITE .....                        | 203, 214                                                        | OPSITE .....             | 155                     |
| ODACTRA .....                        | 73                                                              | OPSUMIT .....            | 80                      |
| ODEFSEY .....                        | 68                                                              | OPSYNVI .....            | 81                      |
| ODOMZO .....                         | 56                                                              | OPTICHAMBER .....        | 162, 163                |
| OFEV .....                           | 192                                                             | OPTIFAST .....           | 215                     |
| ofloxacin .....                      | 33, 34, 38                                                      | OPTIMAL D3 M .....       | 240                     |
| OGSIVEO .....                        | 59                                                              | OPTISOURCE .....         | 215                     |
| OJEMDA .....                         | 56                                                              | OPTUMRX .....            | 138                     |
| olanzapine .....                     | 175, 176                                                        | OPURITY .....            | 215, 231                |
| olmesartan/amlodipin/hctiazid .....  | 82                                                              | OPZELURA .....           | 189                     |
| olmesartan/hydrochlorothiazide ..... | 83                                                              | ORACIT .....             | 117                     |
| olmesartan medoxomil .....           | 84                                                              | ORALAIR .....            | 73                      |
| olopatadine .....                    | 102                                                             | ORAMAGICRX .....         | 194                     |
| OLPRUVA .....                        | 118                                                             | ORAPRED ODT .....        | 127                     |
| OLUX .....                           | 188                                                             | ORAVIG .....             | 45                      |
| om-3 .....                           | 214                                                             | ORENITRAM .....          | 81                      |
| OMECLAMOX-PAK .....                  | 120                                                             | ORFADIN .....            | 196                     |
| omega-3 acid .....                   | 118                                                             | ORGOVYX .....            | 57                      |
| omeprazole .....                     | 123, 124                                                        | ORIAHNN .....            | 128                     |
| OMNIPAQUE .....                      | 98                                                              | ORILISSA .....           | 128                     |
| OMNIPOD .....                        | 138                                                             | ORKAMBI .....            | 191                     |
| OMNITROPE .....                      | 128                                                             | ORLADEYO .....           | 192                     |
| OMNIVEX .....                        | 214                                                             | ORLISTAT .....           | 63                      |
| OMVOH .....                          | 131                                                             | orphenadrine .....       | 164                     |
| ON CALL .....                        | 138, 143, 158                                                   | ORTHO DF .....           | 240                     |
| ONCOVITE .....                       | 214                                                             | oseltamivir .....        | 69                      |
| ondansetron .....                    | 119                                                             | OSENI .....              | 48                      |
| one .....                            | 167, 208, 214, 216                                              | OSMOPREP .....           | 123                     |
| ONE .....                            | 162, 165, 166, 168, 206, 209, 211, 213, 214, 215, 216, 222, 223 | OSTACHOL .....           | 240                     |
| one-a-day .....                      | 215                                                             | OTEZLA .....             | 26                      |
| ONE A DAY .....                      | 166, 222, 223                                                   | OTIPRIO .....            | 33                      |

## Índice de medicamentos

|                                       |            |                                      |                    |
|---------------------------------------|------------|--------------------------------------|--------------------|
| OTOVEL .....                          | 33         | PAXLYTE .....                        | 231                |
| OVACE .....                           | 181, 182   | pazopanib .....                      | 59                 |
| OVAL TAPE .....                       | 138        | PEDIA POLY-VITE .....                | 222                |
| OVIDE .....                           | 189        | pedia poly-vite iron .....           | 222                |
| OVIDREL .....                         | 130        | PEDIARIX .....                       | 76                 |
| oxandrolone .....                     | 125        | PEDIATRIC MASK .....                 | 163                |
| oxaprozin .....                       | 27, 29     | PEDIATRIC MONITOR .....              | 138                |
| oxazepam .....                        | 169        | pediatric multivit .....             | 222                |
| OXBRYTA .....                         | 77         | pediatric multivitamin .....         | 219, 222, 223      |
| oxcarbazepine .....                   | 93         | PEDIATRIC PANDA MASK .....           | 163                |
| OXERVATE .....                        | 108        | PEDIATRIC POLY-VITAMIN .....         | 222                |
| oxiconazole .....                     | 47         | PEDIATRIC POLY-VITE .....            | 222                |
| OXTELLAR .....                        | 93         | PEDIATRIC TRI-VITAMIN .....          | 222                |
| oxybutynin .....                      | 202        | PEDIATRIC TRI-VITE .....             | 222                |
| oxycodone .....                       | 21, 23, 24 | PEDIA TRI-VITE .....                 | 222                |
| oxycodone hcl/acetaminophen .....     | 21         | pedi multivit .....                  | 219, 220, 222      |
| OXYCONTIN .....                       | 24         | ped mvit .....                       | 222                |
| oxymorphone .....                     | 24         | PEDVAXHIB .....                      | 75                 |
| OXYTROL .....                         | 202        | peg3350/sod sulf,bicarb,cl/kcl ..... | 122, 123           |
| OZEMPIC .....                         | 48         | peg3350/sod sul/nacl/kcl/asb/c ..... | 123                |
| <b>P</b>                              |            | PEGASYS .....                        | 70                 |
| P21 .....                             | 169        | PEMAZYRE .....                       | 59                 |
| PACNEX .....                          | 183        | PENBRAYA .....                       | 74                 |
| paliperidone .....                    | 175        | penciclovir .....                    | 71                 |
| PALYNZIQ .....                        | 73         | penicillamine .....                  | 26                 |
| PAMELOR .....                         | 172        | penicillin .....                     | 38                 |
| PAN-C .....                           | 235        | PENMENVY .....                       | 74                 |
| PANCREAZE .....                       | 123        | PENTACEL .....                       | 75                 |
| PANDA .....                           | 163        | pentamidine .....                    | 53                 |
| PANDEL .....                          | 188        | PENTASA .....                        | 121                |
| PANRETIN .....                        | 62         | pentazocine .....                    | 24                 |
| PANTETHINE .....                      | 219        | pentoxifylline .....                 | 78                 |
| pantoprazole .....                    | 124        | PEPCID .....                         | 122                |
| PANTOTHENIC .....                     | 219        | perampanel .....                     | 92, 93             |
| PAPAVERINE-PHENTOLAMINE .....         | 193        | PERFECT .....                        | 115, 143, 147, 159 |
| PAPAVERINE-PHENTOLMN-ALPROSTD L ..... | 193        | PERFECT IRON .....                   | 115                |
| PARADIGM .....                        | 152, 161   | PERIDEX .....                        | 192                |
| paregoric .....                       | 118        | PERIDIN-C .....                      | 235                |
| PAREMYD .....                         | 107        | perindopril erbumine .....           | 83                 |
| paricalcitol .....                    | 195        | permethrin .....                     | 64                 |
| PARNATE .....                         | 170        | perphenazine .....                   | 176                |
| paroxetine .....                      | 171, 196   | perphenazine/amitriptyline hcl ..... | 172                |
| PARVLEX .....                         | 115        | PFIZER COVID .....                   | 73                 |
| PASER .....                           | 36         | pharm .....                          | 179, 182           |
| PATANASE .....                        | 102        | PHARM .....                          | 179, 182           |
| PAXIL .....                           | 171        | PHARMABASE BARRIER .....             | 184                |
| PAXLOVID .....                        | 69         | pharm choice alcohol prep pads ..... | 182                |

## Índice de medicamentos

|                                      |                  |                                      |                                     |
|--------------------------------------|------------------|--------------------------------------|-------------------------------------|
| PHARM CHOICE ALCOHOL PREP PADS ..... | 182              | POLY-TUSSIN AC .....                 | 96                                  |
| PHASEAL .....                        | 147              | POLY-VI-FLOR .....                   | 222                                 |
| PHEBURANE .....                      | 118              | poly-vi-sol .....                    | 222                                 |
| phenazopyridine .....                | 25               | POLY-VI-SOL .....                    | 222                                 |
| phendimetrazine .....                | 62               | POLY-VITA .....                      | 222                                 |
| phenelzine .....                     | 170              | POLY VITAMIN-IRON .....              | 215                                 |
| phenobarb/hyoscy/atropine/scop ..... | 120              | POLY-VITE .....                      | 222                                 |
| phenobarbital .....                  | 177              | POMALYST .....                       | 57                                  |
| PHENOBARBITAL-BELLADONNA ELIXR ..... | 120              | POSACONAZOLE .....                   | 45                                  |
| phenoxybenzamine .....               | 72               | posaconazole dr .....                | 45                                  |
| phentermine .....                    | 62, 63           | potassium .....                      | 20, 38, 84, 109, 112, 117, 123, 189 |
| phenylephrine .....                  | 47, 105          | POTASSIUM .....                      | 101, 102, 116, 117, 123             |
| PHENYTEK .....                       | 93               | potassium bicarbonate/cit ac .....   | 117                                 |
| phenytoin .....                      | 91, 93           | potassium chloride .....             | 117                                 |
| PHOSPHOLINE IODIDE .....             | 106              | potassium citrate .....              | 117                                 |
| PHOTREXA .....                       | 103              | potassium iodide .....               | 112, 189                            |
| PHYSIOLYTE .....                     | 179              | potassium iodide/iodine .....        | 112                                 |
| PHYSIOSOL .....                      | 179              | povidone .....                       | 103                                 |
| phytonadione .....                   | 244, 245         | pramipexole .....                    | 65                                  |
| PHYTONADIONE .....                   | 244              | PRAMOSONE .....                      | 189                                 |
| PIFELTRO .....                       | 67               | PRANDIN .....                        | 50                                  |
| pilocarpine .....                    | 72, 73, 105, 106 | prasugrel .....                      | 65                                  |
| pimecrolimus .....                   | 131              | pravastatin .....                    | 86                                  |
| pimozide .....                       | 175              | praziquantel .....                   | 52                                  |
| pindolol .....                       | 85               | prazosin .....                       | 82                                  |
| pioglitazone .....                   | 50               | PR BENZOYL PEROXIDE .....            | 184                                 |
| PIP .....                            | 138, 143, 159    | PRECISIONGLIDE .....                 | 146, 147, 152, 153                  |
| PIP GLUCOSE CONTROL SOLUTION .....   | 138              | PRECISION XTRA .....                 | 98, 138                             |
| PIP LANCET .....                     | 159              | PRECOSE .....                        | 49                                  |
| PIQRAY .....                         | 59               | pred .....                           | 33                                  |
| piroxicam .....                      | 27, 29           | PRED .....                           | 33, 104                             |
| PISTON ENFIT .....                   | 152              | PRED FORTE .....                     | 104                                 |
| pitavastatin .....                   | 86               | PRED-G .....                         | 33                                  |
| PLEGRIDY .....                       | 89, 90           | prednicarbate .....                  | 186, 188                            |
| PLEXION .....                        | 42, 182          | prednisolone .....                   | 34, 104, 127, 128                   |
| PNEUMOVAX 23 .....                   | 74               | PREDNISOLONE .....                   | 33, 104                             |
| pnv .....                            | 166, 168         | PREDNISOLONE ACET-GATIFLO-BROM ..... | 33                                  |
| POCKET CHAMBER .....                 | 163              | PREDNISOLONE ACET-MOXIFLOXACIN ..... | 33                                  |
| PODIAPN .....                        | 227              | PREDNISOLONE AC-MOXIFLOX-BROMF ..... | 33                                  |
| podofilox .....                      | 184              | PREDNISOLONE AC-MOXIFLOX-NEPAF ..... | 33                                  |
| POLIBAR ACB .....                    | 99               | PREDNISOLONE PHOS-GATIFLO-BROM ..... | 33                                  |
| polyethylene .....                   | 198              | PREDNISOLONE PHOS-GATIFLOXACIN ..... | 33                                  |
| POLYFIN .....                        | 161              | PREDNISOLONE PHOS-MOXIFLOXACIN ..... | 33                                  |
| POLY HUB .....                       | 147              | prednisone .....                     | 128                                 |
| polymyxin b sulf/trimethoprim .....  | 34               | preferred plus glucose .....         | 110                                 |
| POLYSKIN II .....                    | 155              | pregabalin .....                     | 93, 200                             |
| POLYTRIM .....                       | 34               | PREGNYL .....                        | 130                                 |

## Índice de medicamentos

|                                                                            |                                             |                                                                |                         |
|----------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|-------------------------|
| PREHEVBRIO.....                                                            | 76                                          | PROLENSA.....                                                  | 104                     |
| PREMARIN.....                                                              | 129                                         | PROMACTA.....                                                  | 94                      |
| PRENATA.....                                                               | 166                                         | promethazine.....                                              | 47, 96, 119             |
| prenatal.....                                                              | 165, 166, 167, 168, 246                     | PROMETRIUM.....                                                | 129                     |
| PRENATAL.....                                                              | 165, 166, 167, 168, 169, 206, 210, 215, 217 | propafenone.....                                               | 78                      |
| prenatal71.....                                                            | 167                                         | proparacaine.....                                              | 104                     |
| PRENATE.....                                                               | 167, 169, 215                               | propranolol.....                                               | 85                      |
| PREPIDIL.....                                                              | 129                                         | propylthiouracil.....                                          | 190                     |
| PRESERVISION.....                                                          | 203                                         | PROQUAD.....                                                   | 75                      |
| PRESSURE.....                                                              | 105, 106, 143, 159                          | PRORENAL.....                                                  | 215, 228                |
| PRESSURE ACTIVATED LANCETS.....                                            | 159                                         | PROSCAR.....                                                   | 201                     |
| PRESTALIA.....                                                             | 81                                          | PROTECT.....                                                   | 108, 115, 216, 227      |
| PRETOMANID.....                                                            | 36                                          | PROTECT IRON.....                                              | 115, 216                |
| PREV.....                                                                  | 215                                         | PROTHELIAL.....                                                | 194                     |
| PREVENT.....                                                               | 223                                         | protriptyline.....                                             | 173                     |
| PREVIDENT.....                                                             | 108, 111                                    | PROVERA.....                                                   | 95, 129                 |
| PREVNAR 13.....                                                            | 74                                          | PROVIDA OB.....                                                | 167                     |
| PREVNAR 20.....                                                            | 74                                          | PROVOCHOLINE.....                                              | 98                      |
| PREVYMIS.....                                                              | 69                                          | prucalopride.....                                              | 122                     |
| PREZISTA.....                                                              | 66                                          | PSV SET.....                                                   | 161                     |
| PRIFTIN.....                                                               | 36                                          | pub glucose.....                                               | 110                     |
| PRIMACARE.....                                                             | 167                                         | PULMOZYME.....                                                 | 192                     |
| primaquine.....                                                            | 53                                          | PURE.....                                                      | 143, 159, 163, 179, 182 |
| PRIMAQUINE.....                                                            | 53                                          | PURE COMFORT.....                                              | 159, 163, 182           |
| PRIMEAIRE.....                                                             | 163                                         | PURECOMFORT.....                                               | 163                     |
| primidone.....                                                             | 93                                          | PUREFE.....                                                    | 216                     |
| PRIMSOL.....                                                               | 35                                          | purevita.....                                                  | 204, 240                |
| PRIORIX.....                                                               | 75                                          | PUREVITA 204, 218, 219, 223, 228, 229, 231, 233, 235, 240, 243 |                         |
| PRISMASOL.....                                                             | 117                                         | PURIXAN.....                                                   | 56                      |
| PRO ..115, 135, 140, 143, 145, 156, 159, 161, 163, 179, 182, 183, 211, 220 |                                             | PUSH.....                                                      | 143, 159                |
| probenecid.....                                                            | 29                                          | PUSH BUTTON.....                                               | 159                     |
| PROCARDIA.....                                                             | 79                                          | pyrazinamide.....                                              | 36                      |
| PROCARE SPACER.....                                                        | 163                                         | pyridostigmine.....                                            | 71                      |
| PROCERV HP.....                                                            | 215                                         | PYRIDOSTIGMINE.....                                            | 71                      |
| PROCHAMBER.....                                                            | 163                                         | pyridoxine.....                                                | 211, 233                |
| prochlorperazine.....                                                      | 119                                         | PYRIDOXINE.....                                                | 233                     |
| PRO COMFORT.....                                                           | 143, 159, 163, 182                          | pyrimethamine.....                                             | 53                      |
| PROCORT.....                                                               | 121, 124                                    | PYRUKYND.....                                                  | 77                      |
| PROCTOCORT.....                                                            | 124                                         | <b>Q</b>                                                       |                         |
| PRODIGY.....                                                               | 138, 143, 152, 159                          | QELBREE.....                                                   | 174                     |
| PRODIGY COUNT-A-DOSE.....                                                  | 152                                         | QSYMIA.....                                                    | 63                      |
| PRO FE.....                                                                | 115                                         | Q-SYTE.....                                                    | 162                     |
| PROFERRIN.....                                                             | 115                                         | QUADRACEL DTAP-IPV.....                                        | 75                      |
| PROFOLA.....                                                               | 215                                         | QUDEXY.....                                                    | 93                      |
| progesterone.....                                                          | 129, 130                                    | QUERCETIN.....                                                 | 203                     |
| PROGLYCEM.....                                                             | 110                                         | QUESTRAN.....                                                  | 87                      |
| PROGRAF.....                                                               | 132                                         | quetiapine.....                                                | 175                     |

## Índice de medicamentos

|                                     |                              |                                    |                                  |
|-------------------------------------|------------------------------|------------------------------------|----------------------------------|
| QUFLORA.....                        | 222                          | RAZADYNE.....                      | 71                               |
| QUICK RELEASE SOFT TEFLON.....      | 138                          | READI-CAT 2.....                   | 99                               |
| quinapril.....                      | 81, 82, 83                   | READYLANCER.....                   | 143, 159                         |
| quinapril/hydrochlorothiazide.....  | 81, 82                       | REBIF.....                         | 90                               |
| QUIN B STRONG.....                  | 228                          | RECOMBIVAX HB.....                 | 76                               |
| QUINCE SPINAL.....                  | 147                          | RECOTHROM.....                     | 77                               |
| quinidine.....                      | 78                           | RECTIV.....                        | 123                              |
| quinine.....                        | 53                           | REFUAH.....                        | 138                              |
| QUINTABS.....                       | 216                          | REGLAN.....                        | 122                              |
| QULIPTA.....                        | 20                           | REGULAR BEVEL.....                 | 147                              |
| QUVIVIQ.....                        | 178                          | RELAFEN.....                       | 29                               |
| QVAR REDIHALER.....                 | 32                           | RELAGARD.....                      | 52                               |
| <b>R</b>                            |                              | RELCARE.....                       | 228                              |
| ra alcohol swabs.....               | 182                          | RELENZA.....                       | 69                               |
| ra balanced.....                    | 228                          | RELEXXII.....                      | 174                              |
| rabeprazole.....                    | 124                          | RELIAMED.....                      | 138, 143, 159                    |
| RADICAVA ORS.....                   | 88                           | RELION.....                        | 98, 110, 179, 183                |
| RADIOGARDASE.....                   | 197                          | reli-on glucose.....               | 110                              |
| ra glucose.....                     | 110                          | relion glucose.....                | 110                              |
| RAGWITEK.....                       | 73                           | RELION GLUCOSE.....                | 110                              |
| ra high potency iron.....           | 115                          | RELISTOR.....                      | 44                               |
| RA HIGH POTENCY IRON.....           | 115                          | REMEDIENT.....                     | 216                              |
| ra isopropyl alcohol 70%.....       | 198                          | REMERON.....                       | 169                              |
| RA ISOPROPYL ALCOHOL 70% WIPES..... | 182                          | RENACIDIN.....                     | 117                              |
| ra isopropyl alcohol 91%.....       | 198                          | RENAL VITAMIN.....                 | 228                              |
| raloxifene.....                     | 199                          | RENAL-VITE.....                    | 228                              |
| ramelteon.....                      | 177                          | RENAPLEX.....                      | 228                              |
| ramipril.....                       | 83                           | RENVELA.....                       | 111                              |
| RANEXA.....                         | 78                           | repaglinide.....                   | 50                               |
| RA NIACIN.....                      | 219                          | REPATHA.....                       | 86                               |
| ranitidine.....                     | 122                          | REPLACEMENT.....                   | 77, 112, 113, 114, 115, 116, 117 |
| ranolazine.....                     | 78                           | REPLACEMENT PEDIATRIC MONITOR..... | 138                              |
| ra one daily prenatal dha pack..... | 167                          | REPLESTA.....                      | 240                              |
| RAPAMUNE.....                       | 132                          | REQ49+.....                        | 205                              |
| RAPID B-12 ENERGY.....              | 231                          | RESPA A.R.....                     | 96                               |
| ra prenatal tablet.....             | 168                          | RESTASIS.....                      | 107                              |
| rasagiline.....                     | 64, 65                       | RESTORIL.....                      | 177                              |
| RASUVO.....                         | 26                           | RETEVMO.....                       | 59, 60                           |
| RAVICTI.....                        | 118                          | RETIN-A.....                       | 190                              |
| ra vit.....                         | 231, 235                     | RETROVIR.....                      | 67                               |
| RA VIT.....                         | 231                          | REVATIO.....                       | 80                               |
| ra vitamin.....                     | 223, 231, 235, 236, 240, 243 | REVESTA.....                       | 240                              |
| ra vitamin a.....                   | 223                          | REVLIMID.....                      | 57                               |
| RA VITAMIN C.....                   | 236                          | REVUFORJ.....                      | 60                               |
| RAYALDEE.....                       | 195                          | REXTOVY.....                       | 44                               |
| RAYA SURE.....                      | 147                          | REXULTI.....                       | 176                              |
| RAYOS.....                          | 128                          | REYATAZ.....                       | 68                               |

## Índice de medicamentos

|                        |               |                                                                                           |                    |
|------------------------|---------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|
| REYVOW.....            | 20            | ROZLYTREK.....                                                                            | 60                 |
| REZDIFFRA.....         | 194           | rufinamide.....                                                                           | 93                 |
| REZUROCK.....          | 201           | rutin.....                                                                                | 203                |
| RHOFADE.....           | 184           | RYALTRIS.....                                                                             | 102                |
| RHOPRESSA.....         | 106           | RYBELSUS.....                                                                             | 48                 |
| ribasphere.....        | 70            | RYCLORA.....                                                                              | 47                 |
| ribavirin.....         | 70            | RYDAPT.....                                                                               | 60                 |
| riboflavin.....        | 233           | RYTARY.....                                                                               | 65                 |
| RIBOFLAVIN.....        | 233           | RYVENT.....                                                                               | 47                 |
| RIBOZEL.....           | 228           | <b>S</b>                                                                                  |                    |
| RIDAURA.....           | 26            | sacubitril.....                                                                           | 82                 |
| rifabutin.....         | 36            | SAFE-CLIP.....                                                                            | 139                |
| rifampin.....          | 36            | SAFESNAP.....                                                                             | 152                |
| RIGHTEST.....          | 139, 143, 159 | SAFETY ....141, 142, 143, 144, 145, 148, 151, 152, 153, 154, 156, 157, 158, 159, 160, 161 |                    |
| RILUTEK.....           | 88            | SAFETYGLIDE.....                                                                          | 148, 152           |
| riluzole.....          | 88            | SAFETY LANCETS.....                                                                       | 156, 158, 159      |
| rimantadine.....       | 69            | SAFETY-LET.....                                                                           | 159                |
| RIMSO-50.....          | 24            | SAFETY SEAL LANCETS.....                                                                  | 157, 159           |
| ringer's solution..... | 179           | SAFETY SYRINGE.....                                                                       | 151, 152, 153, 154 |
| RINVOQ.....            | 27            | SALAGEN.....                                                                              | 73                 |
| RIOMET.....            | 49            | SALIVAMAX.....                                                                            | 194                |
| risedronate.....       | 199           | salsalate.....                                                                            | 26                 |
| RISPERDAL.....         | 175           | SAMBUCUS.....                                                                             | 236                |
| risperidone.....       | 175           | SANCUSO.....                                                                              | 119                |
| RITEFLO.....           | 163           | SANDIMMUNE.....                                                                           | 132                |
| ritonavir.....         | 67, 68        | SANTYL.....                                                                               | 189                |
| rivaroxaban.....       | 43            | sapropterin.....                                                                          | 197                |
| rivastigmine.....      | 71            | SAPS.....                                                                                 | 179, 183           |
| rizatriptan.....       | 20            | SAPS ALCOHOL 70% PREP PADS.....                                                           | 183                |
| R-NATAL.....           | 169           | SAVELLA.....                                                                              | 200                |
| ROBINUL.....           | 118           | saxagliptin.....                                                                          | 49                 |
| ROCALTROL.....         | 240           | saxagliptin-metformin.....                                                                | 50                 |
| ROCKLATAN.....         | 106           | saxagliptin-metformn.....                                                                 | 50                 |
| roflumilast.....       | 32            | saxagliptn-metform.....                                                                   | 50                 |
| ROMVIMZA.....          | 60            | SAXENDA.....                                                                              | 63                 |
| ropinirole.....        | 65            | SCALACORT.....                                                                            | 188                |
| rosadan.....           | 184           | SCSEMBLIX.....                                                                            | 60                 |
| ROSADAN.....           | 184           | SCOOPY-DOO ONE A DAY.....                                                                 | 222, 223           |
| rosula.....            | 42            | scopolamine.....                                                                          | 119                |
| ROSULA.....            | 42            | SECUADO.....                                                                              | 175                |
| ROSZET.....            | 86            | SEEBRI.....                                                                               | 30                 |
| ROTARIX.....           | 74            | SELARSDI.....                                                                             | 130                |
| ROTATEQ.....           | 74            | SELECT-OB.....                                                                            | 168                |
| ROWASA.....            | 121           | selegiline.....                                                                           | 65                 |
| ROXICODONE.....        | 24            | selenium.....                                                                             | 182                |
| ROXIFOL.....           | 240           |                                                                                           |                    |

## Índice de medicamentos

|                            |                                                            |                                       |                                                                                                                                                                                                    |
|----------------------------|------------------------------------------------------------|---------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| SELZENTRY .....            | 66                                                         | SMARTDIABETES VANTAGE .....           | 139                                                                                                                                                                                                |
| SEMGLEE .....              | 52                                                         | SMARTEST .....                        | 139, 144, 159                                                                                                                                                                                      |
| SEN-SERTER .....           | 139                                                        | smart sense .....                     | 110                                                                                                                                                                                                |
| SEROSTIM .....             | 128                                                        | SMART SENSE .....                     | 159                                                                                                                                                                                                |
| sertraline .....           | 171                                                        | sm iron .....                         | 116                                                                                                                                                                                                |
| sevelamer .....            | 111                                                        | sm isopropyl alcohol 70% .....        | 198                                                                                                                                                                                                |
| sevoflurane .....          | 25                                                         | sm prenatal vitamins tablet .....     | 168                                                                                                                                                                                                |
| SEYSARA .....              | 40                                                         | SM SLOW RELEASE IRON 45 MG TAB .....  | 116                                                                                                                                                                                                |
| SFROWASA .....             | 121                                                        | sm vitamin .....                      | 231, 232, 236, 240                                                                                                                                                                                 |
| SHINGRIX .....             | 76                                                         | sodium .....                          | 26, 27, 28, 29, 32, 34, 37, 38, 42, 43, 56, 62, 83, 86, 91, 92, 93, 98, 99, 103, 104, 108, 109, 111, 113, 116, 117, 118, 123, 124, 127, 128, 132, 164, 179, 180, 181, 182, 189, 191, 196, 199, 234 |
| SHORT BEVEL .....          | 147                                                        | SODIUM .....                          | 34, 43, 99, 177, 179, 182                                                                                                                                                                          |
| SIDEROL .....              | 116                                                        | sodium chloride .....                 | 123, 179, 196                                                                                                                                                                                      |
| SIDESTREAM .....           | 163                                                        | sodium chloride/nahco3/kcl/peg .....  | 123                                                                                                                                                                                                |
| sildenafil .....           | 80, 193                                                    | SODIUM CITRATE .....                  | 43                                                                                                                                                                                                 |
| SILENOR .....              | 178                                                        | sodium ferric gluconat/sucrose .....  | 113, 116                                                                                                                                                                                           |
| SILHOUETTE .....           | 137, 162                                                   | sodium fluoride .....                 | 108, 109, 111, 116                                                                                                                                                                                 |
| SILICONE MASK .....        | 163                                                        | SODIUM OXYBATE .....                  | 177                                                                                                                                                                                                |
| silodosin .....            | 201                                                        | sodium phenylbutyrate .....           | 118                                                                                                                                                                                                |
| SIL-SERTER .....           | 139                                                        | sodium polystyrene sulfonate .....    | 111                                                                                                                                                                                                |
| SILVADENE .....            | 42                                                         | sodium polystyrene sulfon/sorb .....  | 111                                                                                                                                                                                                |
| silver sulfadiazine .....  | 42                                                         | sodium, potassium, mag sulfates ..... | 123                                                                                                                                                                                                |
| SIMBRINZA .....            | 106                                                        | sodium sulfacetamide .....            | 182                                                                                                                                                                                                |
| SIMILAC PRENATAL .....     | 168                                                        | SODIUM SULFACETAMIDE 10% WASH .....   | 182                                                                                                                                                                                                |
| SIMLANDI .....             | 54                                                         | sod,pot chlor/mag/sod,pot phos .....  | 179                                                                                                                                                                                                |
| SIMPONI .....              | 54                                                         | sod sulfate-sulf .....                | 42                                                                                                                                                                                                 |
| simvastatin .....          | 86, 87                                                     | sod sulfate-sulfur .....              | 42                                                                                                                                                                                                 |
| SIMVASTATIN .....          | 86                                                         | sod sulfate-sulfur .....              | 42                                                                                                                                                                                                 |
| SINEMET .....              | 65                                                         | sod sulfate-sulfur .....              | 42                                                                                                                                                                                                 |
| SINGLE .....               | 121, 124, 144, 159, 179, 183                               | sod sulfate-sulfur .....              | 42                                                                                                                                                                                                 |
| SINGLE-LET .....           | 144, 159                                                   | SOF-SERTER .....                      | 139                                                                                                                                                                                                |
| SINGLE USE SWAB .....      | 183                                                        | SOF-SET .....                         | 139                                                                                                                                                                                                |
| sirolimus .....            | 132                                                        | SOFT .....                            | 138                                                                                                                                                                                                |
| SIRTURO .....              | 36                                                         | SOHONOS .....                         | 197                                                                                                                                                                                                |
| SITAVIG .....              | 69                                                         | solifenacin .....                     | 201                                                                                                                                                                                                |
| SITZMARKS .....            | 99                                                         | SOLILQUA .....                        | 48                                                                                                                                                                                                 |
| SKYCLARYS .....            | 197                                                        | SOLO .....                            | 216                                                                                                                                                                                                |
| SKYLA .....                | 96                                                         | SOLODYN .....                         | 40                                                                                                                                                                                                 |
| SKYRIZI .....              | 131, 180                                                   | SOLOSEC .....                         | 34                                                                                                                                                                                                 |
| SLIP-TIP .....             | 153                                                        | SOLTAMOX .....                        | 62                                                                                                                                                                                                 |
| slo-niacin .....           | 219                                                        | SOLUS .....                           | 139, 144, 159                                                                                                                                                                                      |
| SLO-NIACIN .....           | 219                                                        | SOLUS V2 .....                        | 139, 159                                                                                                                                                                                           |
| SLOW FE .....              | 116                                                        | SOLUVITA .....                        | 223                                                                                                                                                                                                |
| slow release iron .....    | 112, 114, 116                                              |                                       |                                                                                                                                                                                                    |
| SLOW RELEASE IRON .....    | 112, 115, 116                                              |                                       |                                                                                                                                                                                                    |
| sm .....                   | 116, 168, 183, 198, 204, 216, 228, 231, 232, 233, 236, 240 |                                       |                                                                                                                                                                                                    |
| sm alcohol prep pads ..... | 183                                                        |                                       |                                                                                                                                                                                                    |
| SMART .....                | 142, 144, 157, 159                                         |                                       |                                                                                                                                                                                                    |

## Índice de medicamentos

|                                      |               |                                     |                                                  |
|--------------------------------------|---------------|-------------------------------------|--------------------------------------------------|
| SOMA .....                           | 164           | SULAR.....                          | 79                                               |
| SOMAVERT .....                       | 195           | sulfacetamide.....                  | 34, 42, 181, 182                                 |
| SOOLANTRA.....                       | 184           | sulfadiazine .....                  | 35, 42                                           |
| sorafenib tosylate.....              | 59, 60        | sulfamethoxazole/trimethoprim ..... | 35                                               |
| SORBITOL .....                       | 179           | SULFAMYLON.....                     | 42                                               |
| sotalol.....                         | 84, 85        | sulfasalazine .....                 | 121                                              |
| SOTYKTU .....                        | 180           | sulindac .....                      | 29                                               |
| SOTYLIZE .....                       | 85            | SUMADAN.....                        | 42                                               |
| SPACE CHAMBER .....                  | 162, 163      | sumatriptan.....                    | 20                                               |
| SPAN C.....                          | 236           | SUMAXIN.....                        | 42                                               |
| SPECIALTY USE NEEDLES .....          | 147           | sunitinib malate.....               | 60                                               |
| SPECTRACEF.....                      | 37            | SUNLENCA .....                      | 67                                               |
| SPECTRAVITE.....                     | 205, 216      | SUNOSI.....                         | 177                                              |
| SPEVIGO.....                         | 180           | super .....                         | 216, 225, 228                                    |
| SPIKEVAX COVID .....                 | 73            | SUPER.....                          | 142, 144, 158, 159, 216, 238, 240                |
| spinosad.....                        | 64            | super b complex-vit c.....          | 228                                              |
| SPIRIVA HANDIHALER .....             | 29            | SUPER DAILY D3.....                 | 238, 240                                         |
| SPIRIVA RESPIMAT .....               | 29            | SUPER GINSENG.....                  | 216                                              |
| spironolact/hydrochlorothiazid ..... | 102           | SUPERIOR.....                       | 216, 245                                         |
| spironolactone .....                 | 101, 102      | super quintis .....                 | 228                                              |
| SPORANOX .....                       | 45            | SUPER THIN LANCETS .....            | 158, 159                                         |
| SPRITAM.....                         | 93            | SUPOR .....                         | 153                                              |
| SPRIX.....                           | 20            | SUPPORT-500.....                    | 216                                              |
| SSKI .....                           | 112           | SUPRANE .....                       | 25                                               |
| sss .....                            | 42            | SURE.....                           | 137, 139, 144, 147, 159, 162, 179, 183           |
| STALEVO .....                        | 65            | SURE COMFORT .....                  | 139, 159, 183                                    |
| stavudine.....                       | 67            | SUREFLEX.....                       | 139, 158                                         |
| STELARA.....                         | 130           | SURE-LANCE .....                    | 159                                              |
| STENDRA .....                        | 193           | SURE-PEN.....                       | 139                                              |
| STERILANCE.....                      | 144, 159      | SURE-PREP ALCOHOL PREP PADS .....   | 183                                              |
| STERILANCE TL .....                  | 159           | SURESITE.....                       | 155                                              |
| STERILE.....                         | 144, 153, 159 | SURE-T .....                        | 162                                              |
| STERILE LANCETS .....                | 159           | SURE-TEST EASYPLUS.....             | 139                                              |
| STIOLTO RESPIMAT .....               | 30            | SURE-TOUCH.....                     | 159                                              |
| STIVARGA .....                       | 60            | SURGICEL.....                       | 77                                               |
| STRENSIQ .....                       | 196           | surgifoam.....                      | 77                                               |
| STRESS B-COMPLEX.....                | 216           | SURGIFOAM .....                     | 77                                               |
| stress-c .....                       | 216           | SURGISEAL .....                     | 184                                              |
| stress formula.....                  | 212, 216, 228 | SURMONTIL .....                     | 173                                              |
| STRESS FORMULA .....                 | 216           | SURVANTA .....                      | 191                                              |
| STRIVERDI.....                       | 30            | SUSTIVA.....                        | 67                                               |
| STROMECTOL.....                      | 52            | SUTENT.....                         | 60                                               |
| STROVITE .....                       | 216           | sv .....                            | 116, 168, 205, 219, 228, 232, 233, 236, 240, 243 |
| STUART ONE .....                     | 168           | sv b-12.....                        | 232                                              |
| SUBSYS .....                         | 24            | sv biotin .....                     | 228                                              |
| SUCRAID.....                         | 121           | SV BIOTIN.....                      | 228                                              |
| sucralfate .....                     | 120           | SV COD LIVER OIL.....               | 223                                              |

## Índice de medicamentos

|                                                                                                                 |                    |                                      |               |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|--------------------------------------|---------------|
| sv folic acid .....                                                                                             | 205                | TAKHZYRO .....                       | 73, 192       |
| SV HAIR, SKIN AND NAILS .....                                                                                   | 216                | TALICIA .....                        | 120           |
| sv niacin .....                                                                                                 | 219                | TALTZ .....                          | 180           |
| sv prenatal tablet .....                                                                                        | 168                | TALZENNA .....                       | 60            |
| SV PRENATAL VITAMINS TABLET .....                                                                               | 168                | TAMIFLU .....                        | 69            |
| SV SLOW RELEASE IRON 45 MG TAB .....                                                                            | 116                | tamoxifen .....                      | 62            |
| sv vitamin .....                                                                                                | 232, 236, 240, 243 | tamsulosin .....                     | 201           |
| sv vitamin b-12 .....                                                                                           | 232                | TANDEM .....                         | 116, 139, 216 |
| sv vitamin c .....                                                                                              | 236                | TANDEM DUAL ACTION .....             | 116           |
| SV VIT B .....                                                                                                  | 232                | TAPERDEX .....                       | 128           |
| sv vit c .....                                                                                                  | 236                | TARGADOX .....                       | 40            |
| swan .....                                                                                                      | 198                | TARGRETIN .....                      | 62            |
| SWI .....                                                                                                       | 179                | TARPEYO .....                        | 128           |
| SYMAX DUOTAB .....                                                                                              | 120                | TASIGNA .....                        | 60            |
| SYMBICORT .....                                                                                                 | 31                 | TASMAR .....                         | 65            |
| SYMDEKO .....                                                                                                   | 191                | tavaborole .....                     | 47            |
| SYMFI .....                                                                                                     | 68                 | TAVALISSE .....                      | 192           |
| SYMLINPEN .....                                                                                                 | 49                 | TAVNEOS .....                        | 76            |
| SYMPAZAN .....                                                                                                  | 91                 | tazarotene .....                     | 181           |
| SYMPROIC .....                                                                                                  | 44                 | TAZVERIK .....                       | 57            |
| SYMTUZA .....                                                                                                   | 66                 | TB SYRINGE .....                     | 152, 153      |
| SYNALAR .....                                                                                                   | 41, 188            | TC 99M .....                         | 98            |
| SYNAREL .....                                                                                                   | 128                | TDVAX .....                          | 76            |
| SYNDROS .....                                                                                                   | 119                | TECHLITE .....                       | 144, 159      |
| SYNERA .....                                                                                                    | 25                 | TEGADERM .....                       | 154, 155      |
| SYNJARDY .....                                                                                                  | 50, 51             | TEGLUTIK .....                       | 88            |
| SYPRINE .....                                                                                                   | 197                | TEGRETOL .....                       | 93            |
| SYRINGE I5, I9, 32, 44, 54, 70, 73, 77, 86, 90, 110, 130, 131, 148, 149, 150, 151, 152, 153, 154, 180, 200, 222 |                    | TEKTRNA HCT .....                    | 85            |
| SYRINGE AVITENE .....                                                                                           | 77                 | TELCARE .....                        | 139, 144, 160 |
| SYRINGE BULK .....                                                                                              | 153                | TELCARE CONTROL SOLUTION .....       | 139           |
| SYRINGE CATHETER .....                                                                                          | 153                | TELCARE ULTRA THIN .....             | 160           |
| SYRINGE FILTER .....                                                                                            | 153                | telmisartan .....                    | 83, 84        |
| SYRINGE SLIP TIP .....                                                                                          | 153                | telmisartan/amlodipine .....         | 83            |
| SYRINGE TIP CAP .....                                                                                           | 153                | telmisartan/hydrochlorothiazid ..... | 83            |
| SYRINGE WITH NEEDLE DISP .....                                                                                  | 153                | temazepam .....                      | 177           |
| SYRINGE WITHOUT NEEDLE .....                                                                                    | 153                | TEMIXYS .....                        | 66            |
| <b>T</b>                                                                                                        |                    | TEMOVATE .....                       | 188           |
| TAB-A-VITE .....                                                                                                | 216                | temozolomide .....                   | 55            |
| TABLOID .....                                                                                                   | 56                 | TENIVAC .....                        | 76            |
| TABRECTA .....                                                                                                  | 60                 | tenofovir .....                      | 67            |
| tacrolimus .....                                                                                                | 131, 132           | TENORETIC .....                      | 85            |
| tadalafil .....                                                                                                 | 80, 193            | TENORMIN .....                       | 85            |
| TAFINLAR .....                                                                                                  | 56                 | terazosin .....                      | 82            |
| TAGITOL .....                                                                                                   | 99                 | terbinafine .....                    | 45            |
| TAGRISSO .....                                                                                                  | 60                 | terbutaline .....                    | 30            |
|                                                                                                                 |                    | terconazole .....                    | 44            |

## Índice de medicamentos

|                                      |                                                 |                                    |              |
|--------------------------------------|-------------------------------------------------|------------------------------------|--------------|
| teriparatide .....                   | 199                                             | TIMOLOL-DORZOLAMIDE .....          | 106          |
| TERUMO .....                         | 147, 153                                        | TIMOLOL-LATANOPROST .....          | 106          |
| TERUMO SURGUARD2 .....               | 147, 153                                        | TIMOPTIC .....                     | 106          |
| TERUMO SYRINGE .....                 | 153                                             | tinidazole .....                   | 52           |
| testosterone .....                   | 125, 126                                        | tiopronin .....                    | 201          |
| TESTOSTERONE .....                   | 125                                             | TISSEEL VHSD .....                 | 184          |
| tetrabenazine .....                  | 89                                              | TIVICAY .....                      | 68           |
| tetracaine .....                     | 104                                             | TIVORBEX .....                     | 29           |
| TETRACAINE .....                     | 104                                             | tizanidine .....                   | 164          |
| tetracycline .....                   | 40                                              | TL-HEM 150 .....                   | 116          |
| TETRAVISC .....                      | 104                                             | TOBAKIENT .....                    | 217          |
| TEXACORT .....                       | 188                                             | TOBI PODHALER .....                | 35           |
| TEZSPIRE .....                       | 192                                             | TOBRADEX .....                     | 33           |
| T:FLEX .....                         | 139                                             | tobramycin .....                   | 33, 34, 35   |
| THALOMID .....                       | 36                                              | tobramycin/dexamethasone .....     | 33           |
| THEO-24 .....                        | 32                                              | TOBRAMYCIN PAK .....               | 35           |
| theophylline anhydrous .....         | 32                                              | TOBREX .....                       | 34           |
| thera-d .....                        | 240, 241                                        | TOFRANIL .....                     | 173          |
| THERA-D .....                        | 240                                             | tolcapone .....                    | 65           |
| THERAGRAN .....                      | 216                                             | TOLECTIN .....                     | 29           |
| thera-m .....                        | 216, 217                                        | tolmetin .....                     | 29           |
| THERA-M .....                        | 217                                             | tolterodine .....                  | 202          |
| THERAMILL FORTE .....                | 217                                             | tolvaptan .....                    | 100, 101     |
| THERANATAL .....                     | 168, 169, 217                                   | TOOMEY SYRINGE .....               | 153          |
| THEREMS-H .....                      | 217                                             | Topamax .....                      | 93           |
| thiamine .....                       | 229                                             | TOPCARE .....                      | 144, 160     |
| THIAMINE .....                       | 229                                             | TOPICORT .....                     | 188          |
| THIN .....                           | 99, 141, 142, 143, 144, 147, 156, 158, 159, 160 | topiramate .....                   | 93           |
| THIN LANCETS .....                   | 158, 159, 160                                   | toremifene .....                   | 62           |
| THIN WALL NEEDLES .....              | 147                                             | torsemide .....                    | 101          |
| THIOLA .....                         | 201                                             | TOSYMRA .....                      | 20           |
| thioridazine .....                   | 176                                             | TOUJEO .....                       | 52           |
| thiothixene .....                    | 176                                             | TOXICOLOGY SALIVA COLLECTION ..... | 98           |
| THRIVITE .....                       | 168                                             | TRACLEER .....                     | 80           |
| THROMBI-GEL .....                    | 77                                              | tramadol .....                     | 21, 24       |
| THROMBIN-JMI .....                   | 78                                              | trandolapril .....                 | 81, 83       |
| THROMBI-PAD .....                    | 78                                              | trandolapril/verapamil .....       | 81           |
| thyroid, pork .....                  | 191                                             | tranexamic .....                   | 76           |
| tiagabine .....                      | 93                                              | TRANSFER .....                     | 68, 146, 147 |
| TIAZAC .....                         | 79                                              | TRANSPARENT .....                  | 155, 156     |
| TIBSOVO .....                        | 61                                              | tranylcypromine .....              | 170          |
| ticagrelor .....                     | 65                                              | travoprost .....                   | 106          |
| TIGLUTIK .....                       | 88                                              | trazodone .....                    | 171          |
| timolol .....                        | 85, 105, 106                                    | TRECATOR .....                     | 36           |
| TIMOLOL .....                        | 105, 106                                        | TRELEGY ELLIPTA .....              | 31           |
| TIMOLOL-BRIMONIDIN-DORZOLAMIDE ..... | 106                                             | TREMFYA .....                      | 131          |
| TIMOLOL-BRIMONI-DORZOL-LATANOP ..... | 106                                             | TRESIBA .....                      | 52           |

## Índice de medicamentos

|                                      |                                                           |                                                                      |                                             |
|--------------------------------------|-----------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|
| tretinoin.....                       | 61, 180, 181, 190                                         | TRUECONTROL .....                                                    | 139                                         |
| TREXALL.....                         | 56                                                        | TRUEDRAW .....                                                       | 139                                         |
| TREZIX.....                          | 21                                                        | TRUE METRIX.....                                                     | 139                                         |
| triamcinolone .....                  | 188, 193                                                  | TRUEPLUS.....                                                        | 100, 110, 144, 160, 217                     |
| triamterene .....                    | 101, 102                                                  | TRUEPLUS GLUCOSE .....                                               | 110                                         |
| triamterene/hydrochlorothiazid ..... | 102                                                       | TRUEPLUS KETONE TEST STRIP.....                                      | 100                                         |
| triazolam.....                       | 177                                                       | T.R.U.E. TEST .....                                                  | 195                                         |
| TRICARE .....                        | 168                                                       | TRUETRACK.....                                                       | 98                                          |
| trichloroacetic acid.....            | 185                                                       | TRULANCE.....                                                        | 122                                         |
| TRICHLOROACETIC ACID .....           | 185                                                       | TRULICITY .....                                                      | 48                                          |
| triderm.....                         | 188                                                       | TRUMENBA .....                                                       | 74                                          |
| TRIDESILON.....                      | 188                                                       | TRUQAP .....                                                         | 60                                          |
| trientine.....                       | 197                                                       | TRUSTEEL INFUSION SET.....                                           | 139                                         |
| TRIFERIC.....                        | 116                                                       | TRYNGOLZA.....                                                       | 86                                          |
| trifluoperazine.....                 | 176                                                       | TRYPTYR.....                                                         | 108                                         |
| trifluridine.....                    | 68                                                        | T:SLIM .....                                                         | 139                                         |
| trihexyphenidyl.....                 | 64                                                        | TUBERCULIN SYRINGE .....                                             | 151, 152, 153                               |
| TRIJARDY.....                        | 51                                                        | TUKYSA .....                                                         | 61                                          |
| TRIKAFTA.....                        | 191                                                       | TULIVITE .....                                                       | 116                                         |
| trimethobenzamide .....              | 119                                                       | TURALIO.....                                                         | 61                                          |
| trimethoprim.....                    | 34, 35                                                    | TUXARIN .....                                                        | 96                                          |
| trimipramine.....                    | 173                                                       | TUZISTRA .....                                                       | 97                                          |
| TRI-MIX.....                         | 194                                                       | TWIIST.....                                                          | 139, 140                                    |
| TRIMO-SAN.....                       | 52                                                        | TWINPAK DUAL CANNULA.....                                            | 153                                         |
| TRIMPEX.....                         | 35                                                        | TWINRIX .....                                                        | 76                                          |
| TRINAZ .....                         | 169                                                       | TWIST.....                                                           | 141, 142, 143, 144, 156, 157, 159, 160, 184 |
| TRINTELLIX.....                      | 172                                                       | TWYNEO .....                                                         | 181                                         |
| TRISODIUM CITRATE CRRT.....          | 43                                                        | TYBOST .....                                                         | 191                                         |
| TRISTART.....                        | 168                                                       | TYENNE.....                                                          | 131                                         |
| TRIUMEQ.....                         | 66                                                        | TYMLOS .....                                                         | 130                                         |
| TRIVIA .....                         | 217                                                       | TYRVAYA .....                                                        | 194                                         |
| TRI-VI-FLOR.....                     | 223                                                       | TYVASO .....                                                         | 81                                          |
| TRI-VI-SOL.....                      | 223                                                       | <b>U</b>                                                             |                                             |
| tri-vit-fluor .....                  | 223                                                       | UBRELVY.....                                                         | 20                                          |
| TRI-VIT-FLUOR.....                   | 223                                                       | UCERIS .....                                                         | 125, 128                                    |
| TROKENDI .....                       | 93                                                        | UDAMIN SP .....                                                      | 217                                         |
| TRONVITE.....                        | 228                                                       | ULESFIA .....                                                        | 64                                          |
| TROPICAL LIQUID.....                 | 223                                                       | ULTANE.....                                                          | 25                                          |
| tropicamide.....                     | 107                                                       | ULTICARE LDS SYR.....                                                | 153                                         |
| TROPICAMIDE-CYCLOPENTOLATE-PE .....  | 107                                                       | ULTICARE SAFETY SYRINGE.....                                         | 153                                         |
| TROPICAMIDE-CYCLOPENT-PE-KTRLC ..... | 107                                                       | ULTICARE SYRINGE.....                                                | 153                                         |
| TROPICAMIDE-PHENYLEPHRINE .....      | 107                                                       | ULTICARE TB SAFETY .....                                             | 154                                         |
| TROPIC-CYCLOPENT-PE-KTRLC-PROP ..... | 107                                                       | ULTIGUARD SAFE.....                                                  | 154                                         |
| tropium .....                        | 202                                                       | ULTIGUARD SAFEPACK .....                                             | 154                                         |
| true .....                           | 116, 205, 219, 229, 232, 233, 236, 241, 243               | ULTI-LANCE .....                                                     | 140                                         |
| TRUE.....                            | 98, 139, 144, 160, 179, 183, 217, 219, 229, 233, 241, 243 | ULTILET .....                                                        | 144, 160, 179, 183                          |
| TRUE COMFORT .....                   | 160, 183                                                  | ULTRA30, 138, 140, 142, 144, 147, 154, 156, 158, 160, 168, 206, 207, |                                             |

## Índice de medicamentos

|                                     |                              |                           |            |
|-------------------------------------|------------------------------|---------------------------|------------|
| 208, 216, 217, 226, 228             |                              | VANCOCIN .....            | 40         |
| ultra b-100 .....                   | 228                          | vancomycin .....          | 40         |
| ULTRA B-100 COMPLEX .....           | 228                          | VANILLA SILQ .....        | 99         |
| ULTRA-CARE .....                    | 160                          | VANISHPOINT .....         | 154        |
| ULTRA-FINE MICRO .....              | 147                          | VANOXIDE-HC .....         | 183        |
| ULTRA-FINE MINI .....               | 147                          | VANRAFIA .....            | 201        |
| ULTRA-FINE NANO .....               | 147                          | VAQTA .....               | 76         |
| ULTRA-FINE ORIGINAL .....           | 147                          | vardenafil .....          | 193, 194   |
| ULTRA-FINE SHORT .....              | 147                          | varenicline .....         | 190        |
| ULTRAFOAM .....                     | 78                           | VARIBAR .....             | 99         |
| ULTRA FREEDA .....                  | 217                          | VARISOFT .....            | 140        |
| ULTRALANCE .....                    | 144, 160                     | VARIVAX VACCINE .....     | 76         |
| ULTRA THIN .....                    | 158, 160                     | VARUBI .....              | 119        |
| ULTRA-THIN II .....                 | 160                          | VASCEPA .....             | 118        |
| ULTRA THIN PLUS .....               | 160                          | VASCULERA .....           | 203        |
| ULTRATLC .....                      | 145, 160                     | VASERETIC .....           | 82         |
| ULTRATRAK CONTROL .....             | 140                          | VASOFLEX .....            | 203        |
| ULTRATRAK ULTIMATE .....            | 140                          | VASOTEC .....             | 83         |
| ULTRAVATE X .....                   | 188                          | VAXELIS .....             | 76         |
| UNILET .....                        | 140, 142, 145, 156, 158, 160 | VAXNEUVANCE .....         | 74         |
| UNISTIK .....                       | 140, 142, 145, 157, 160, 161 | VB6 P5P .....             | 234        |
| UNISTRIP .....                      | 140                          | VECAMEYL .....            | 84         |
| UNIVERSAL .....                     | 145, 154, 161                | VECTICAL .....            | 181        |
| UNIVERSAL I .....                   | 161                          | VELPHORO .....            | III        |
| UNIVERSAL SYRINGE .....             | 154                          | VELSIPITY .....           | 90         |
| UPTRAVI .....                       | 81                           | VELTASSA .....            | III        |
| upup .....                          | 110                          | VEMLIDY .....             | 70         |
| URECHOLINE .....                    | 73                           | VENALIV .....             | 203        |
| URELLE .....                        | 36                           | VENCLEXTA .....           | 61         |
| URIBEL .....                        | 36                           | venlafaxine .....         | 172        |
| URISTIX .....                       | 100                          | VENOFER .....             | 116        |
| UROCIT-K .....                      | 117                          | VENTAVIS .....            | 81         |
| UROQID-ACID .....                   | 117                          | VEO INSULIN SYRINGE ..... | 154        |
| URSO .....                          | 120                          | VEOZAH .....              | 196        |
| ursodiol .....                      | 120                          | verapamil .....           | 78, 79, 81 |
| USTEKINUMAB .....                   | 130                          | VERELAN .....             | 79         |
| UTIBRON NEOHALER .....              | 30                           | VERIFINE .....            | 145        |
| <b>V</b>                            |                              | VERQUVO .....             | 80         |
| valacyclovir .....                  | 69                           | VERSACLOZ .....           | 176        |
| VALCHLOR .....                      | 62                           | VERTIGOHEEL .....         | 196        |
| VALCYTE .....                       | 70                           | VERZENIO .....            | 61         |
| valganciclovir .....                | 70                           | VEVYE .....               | 107        |
| valproic .....                      | 93                           | VFEND .....               | 45         |
| valsartan .....                     | 82, 83, 84                   | V-GO .....                | 140        |
| valsartan/hydrochlorothiazide ..... | 83                           | VIBERZI .....             | 122        |
| VALTOCO .....                       | 91                           | VIBRAMYCIN .....          | 40         |

## Índice de medicamentos

|                                                                                                                                            |                                             |                                      |                         |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|--------------------------------------|-------------------------|
| VICTOZA .....                                                                                                                              | 48                                          | VITAMIN E .....                      | 243, 244                |
| vigabatrin .....                                                                                                                           | 94                                          | VITAMIN K .....                      | 245                     |
| VIGADRONE .....                                                                                                                            | 94                                          | VITAMIN K2 .....                     | 245                     |
| VIGAMOX .....                                                                                                                              | 34                                          | VITAMINS A D .....                   | 224                     |
| VIJOICE .....                                                                                                                              | 192                                         | VITAMINS A-D-E .....                 | 217                     |
| VIOKACE .....                                                                                                                              | 123                                         | VITAPEARL .....                      | 168                     |
| VIRACEPT .....                                                                                                                             | 68                                          | VITA-RESPA .....                     | 229                     |
| VIREAD .....                                                                                                                               | 67                                          | VITASURE .....                       | 229                     |
| VIRT-CAPS .....                                                                                                                            | 228                                         | VITATRUE .....                       | 168                     |
| virt-fea plus .....                                                                                                                        | 116                                         | vit a/vit c/vit e/zinc/copper .....  | 203                     |
| VIRT-FEFA PLUS .....                                                                                                                       | 116                                         | vit b .....                          | 226, 227, 228, 230, 231 |
| VISION FORMULA .....                                                                                                                       | 202, 203                                    | VIT B-12 .....                       | 210, 230, 231, 232      |
| VISION PLUS .....                                                                                                                          | 205                                         | vit b12/levomefolate/vit b6/b2 ..... | 225, 228                |
| VISTA ADVANCED AREDS2 .....                                                                                                                | 203                                         | vit c-rose hip .....                 | 234, 235, 236           |
| VISTARIL .....                                                                                                                             | 47                                          | vit c-rose hips .....                | 234, 235, 236           |
| VISTASEAL .....                                                                                                                            | 78                                          | VIT C-ROSE HIPS .....                | 236                     |
| VISTOGARD .....                                                                                                                            | 192                                         | vit d3 .....                         | 223, 238, 239, 241      |
| vit. 113, 114, 115, 119, 167, 203, 208, 210, 213, 216, 217, 222, 223, 224, 225, 226, 227, 228, 230, 231, 234, 235, 236, 238, 239, 241, 244 |                                             | VIT D3 5,000 UNIT FAST DISSOLV ..... | 241                     |
| vit a .....                                                                                                                                | 203, 223                                    | VITEYES .....                        | 203                     |
| VITA-BEE .....                                                                                                                             | 228                                         | VITRAKVI .....                       | 61                      |
| VITABEX .....                                                                                                                              | 116, 217                                    | VITREXYL .....                       | 217                     |
| VITACORE .....                                                                                                                             | 217                                         | VITRON-C .....                       | 116                     |
| VITAFOL .....                                                                                                                              | 116, 168, 169                               | VITRUM 50 .....                      | 217                     |
| VITAFUSION .....                                                                                                                           | 217                                         | vits a,c,e/lutein/minerals .....     | 203                     |
| VITAJOY .....                                                                                                                              | 217, 228, 236                               | VIVAGUARD .....                      | 140, 145, 161           |
| VITAL-D .....                                                                                                                              | 228                                         | VIVJOA .....                         | 45                      |
| VITAMEDMD .....                                                                                                                            | 168                                         | VIZIMPRO .....                       | 61                      |
| vitamin a .....                                                                                                                            | 223, 224                                    | VOGELXO .....                        | 125                     |
| VITAMIN A189, 190, 223, 225, 226, 227, 228, 229, 231, 232, 233, 234, 235, 236, 237, 238, 239, 240, 241, 242, 243, 244, 245                 |                                             | VOLUMEN .....                        | 99                      |
| vitamin b-1 .....                                                                                                                          | 229                                         | VONJO .....                          | 61                      |
| vitamin b-12 .....                                                                                                                         | 228, 231, 232, 233                          | VOQUEZNA .....                       | 120, 123                |
| vitamin b12 .....                                                                                                                          | 231, 232                                    | VORANIGO .....                       | 61                      |
| VITAMIN B-12 .....                                                                                                                         | 230, 232                                    | voriconazole .....                   | 45                      |
| VITAMIN B12 .....                                                                                                                          | 230, 233                                    | VORTEX .....                         | 163                     |
| vitamin b complex .....                                                                                                                    | 217, 224, 229                               | VOSEVI .....                         | 70                      |
| vitamin b-complex .....                                                                                                                    | 229                                         | VOTRIENT .....                       | 61                      |
| vitamin c .....                                                                                                                            | 207, 216, 217, 224, 229, 234, 235, 236, 237 | VOWST .....                          | 121                     |
| VITAMIN C .....                                                                                                                            | 224, 225, 234, 236, 237                     | VOXZOGO .....                        | 197                     |
| vitamin d2 .....                                                                                                                           | 239, 241                                    | VOYDEYA .....                        | 76                      |
| VITAMIN D2 .....                                                                                                                           | 241                                         | v-r alcohol prep pads .....          | 183                     |
| VITAMIN D2-VITAMIN K1 .....                                                                                                                | 241                                         | VRAYLAR .....                        | 176                     |
| vitamin d3 .....                                                                                                                           | 109, 238, 239, 240, 241, 242                | VRAYLAR 1.5 MG CAPSULE .....         | 176                     |
| VITAMIN D3 .....                                                                                                                           | 217, 237, 239, 241, 242                     | v-r cod liver oil capsule .....      | 243                     |
| VITAMIN D3-ALOE .....                                                                                                                      | 217                                         | v-r vitamin c .....                  | 237                     |
| vitamin e .....                                                                                                                            | 243, 244                                    | VTAMA .....                          | 181                     |
|                                                                                                                                            |                                             | VUEBLU .....                         | 98                      |
|                                                                                                                                            |                                             | VUMERITY .....                       | 90                      |

## Índice de medicamentos

|                                |               |                        |          |
|--------------------------------|---------------|------------------------|----------|
| VYKAT .....                    | 198           | XTANDI.....            | 55       |
| VYLEESI.....                   | 174           | XURIDEN.....           | 110      |
| VYNDAMAX.....                  | 197           | XVITE.....             | 229      |
| VYNDAGEL.....                  | 197           | XYOSTED.....           | 125      |
| VYVGART.....                   | 197           | XYREM.....             | 177      |
| <b>W</b>                       |               | XYWAV.....             | 177      |
| WAKIX.....                     | 94            | XYZBAC.....            | 217      |
| water.....                     | 179           | <b>Y</b>               |          |
| WEBCOL.....                    | 179, 183      | YALE.....              | 147      |
| WEGOVY.....                    | 63            | YAZ.....               | 95       |
| WELIREG.....                   | 61            | YCANTH.....            | 183      |
| well.....                      | 237, 243      | YESINTEK.....          | 130      |
| WHEAT GERM.....                | 244           | YEZTUGO.....           | 66       |
| WINDOW BANDAGES.....           | 156           | YONSA.....             | 55       |
| WINREVAIR.....                 | 81            | YORVIPATH.....         | 129      |
| WOMEN'S 50.....                | 206, 214, 217 | YUPELRI.....           | 29       |
| women's daily.....             | 217           | YUTREPIA.....          | 81       |
| WOMEN'S DAILY.....             | 217           | <b>Z</b>               |          |
| WOMENS DAILY GUMMIES.....      | 217           | zafirlukast.....       | 32       |
| WOMEN'S MULTIVITAMIN.....      | 214, 217      | zaleplon.....          | 178      |
| WOMEN'S PRENATAL PLUS DHA..... | 168           | ZANAFLEX.....          | 164      |
| WYNZORA.....                   | 189           | ZARONTIN.....          | 94       |
| <b>X</b>                       |               | ZCORT.....             | 128      |
| XACIATO.....                   | 40            | ZELBORAF.....          | 56       |
| XALKORI.....                   | 61            | ZELDANA.....           | 229      |
| XAQUIL.....                    | 205           | ZELNORM.....           | 122      |
| XARELTO.....                   | 43            | ZEMBRACE SYMTOUCH..... | 20       |
| XCELLENT.....                  | 237, 244      | ZEMPLAR.....           | 195      |
| XCELLENT C.....                | 237           | ZENPEP.....            | 123      |
| XCOPRI.....                    | 94            | zenzedi.....           | 72       |
| XDEMVI.....                    | 64            | ZENZEDI.....           | 72       |
| XELJANZ.....                   | 27            | ZEPATIER.....          | 70       |
| XELODA.....                    | 56            | ZEPBOUND.....          | 63       |
| XENICAL.....                   | 63            | ZEPOSIA.....           | 90       |
| XENLETA.....                   | 38            | ZESTORETIC.....        | 82       |
| XENON XE-133.....              | 99            | ZESTRIL.....           | 83       |
| XEPI.....                      | 41            | ZIAGEN.....            | 67       |
| XERMELO.....                   | 118           | ZIANA.....             | 181      |
| XHANCE.....                    | 102           | zidovudine.....        | 66, 67   |
| XIFAXAN.....                   | 39            | zinc oxide.....        | 184      |
| XIGDUO.....                    | 51            | ZINC OXIDE PASTE.....  | 184      |
| XIIDRA.....                    | 107           | ZINC PLUS.....         | 237      |
| XOFLUZA.....                   | 70            | ziprasidone.....       | 175, 176 |
| XOLAIR.....                    | 32            | ZIRGAN.....            | 68       |
| XOLREMDI.....                  | 94            | ZITHROMAX.....         | 37       |
| XOPENEX.....                   | 30            | ZODRYL AC.....         | 97       |
| XOSPATA.....                   | 61            | ZODRYL DAC.....        | 96       |

## Índice de medicamentos

|                    |          |
|--------------------|----------|
| ZODRYL DEC.....    | 97       |
| ZOKINVY .....      | 192      |
| ZOLINZA .....      | 55       |
| zolmitriptan ..... | 20       |
| ZOLMITRIPTAN.....  | 20       |
| zolpidem.....      | 178      |
| ZOLPIMIST.....     | 178      |
| ZOMIG.....         | 20       |
| ZONALON .....      | 181      |
| zonisamide .....   | 94       |
| ZONTIVITY.....     | 65       |
| ZOO FRIENDS.....   | 223      |
| ZORBTIVE.....      | 128      |
| ZORTRESS.....      | 132      |
| ZORYVE .....       | 181, 185 |
| ZOVIRAX .....      | 70, 71   |
| ZTALMY.....        | 177      |
| ZTLIDO.....        | 25       |
| ZUBSOLV.....       | 200      |
| ZURZUVAE.....      | 170      |
| ZYDELIG.....       | 61       |
| ZYKADIA.....       | 61       |
| ZYLOPRIM .....     | 26       |
| ZYPITAMAG .....    | 87       |
| ZYPREXA.....       | 176      |
| ZYVANA.....        | 218      |
| ZYVIT.....         | 218      |
| 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](mailto:ACAGrievance@CignaHealthcare.com)

La queja puede presentarse en persona, por correo postal, por fax o por correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar la queja, el coordinador de derechos civiles podrá ayudarla.

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

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

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

Todos los productos y servicios de Cigna Healthcare se brindan exclusivamente por o a través de subsidiarias operativas de The Cigna Group, que incluyen a Cigna Health and Life Insurance Company, Connecticut General Life Insurance Company, Evernorth Behavioral Health, Inc., Evernorth Care Solutions, Inc. y HMO subsidiarias o compañías de servicios subsidiarias de Cigna Health Corporation, incluidas Cigna HealthCare of Arizona, Inc., Cigna HealthCare of California, Inc., Cigna HealthCare of Colorado, Inc., Cigna HealthCare of Connecticut, Inc., Cigna HealthCare of Florida, Inc., Cigna HealthCare of Georgia, Inc., Cigna HealthCare of Illinois, Inc., Cigna HealthCare of Indiana, Inc., Cigna HealthCare of St. Louis, Inc., Cigna HealthCare of North Carolina, Inc., Cigna HealthCare of New Jersey, Inc., Cigna HealthCare of South Carolina, Inc., Cigna HealthCare of Tennessee, Inc. y Cigna HealthCare of Texas, Inc. **ATTENTION:** If you speak languages other than English, language assistance services, free of charge are available to you. For current Cigna customers, call the number on the back of your ID card. Otherwise, call 1.800.244.8224 (TTY: Dial 711). **ATENCIÓN:** Si usted habla un idioma que no sea inglés, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Si es un cliente actual de Cigna

## Proficiency of Language Assistance Services

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

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

**Chinese – 注意:** 如果您讲中文, 我们提供免费的语音援助服务。适当的辅助设备和服务也可以免费提供, 以提供无障碍格式的信息。请拨打 1-800-244-8224 (TTY: 拨打 711) 或与您的服务提供商联系。

**Vietnamese – XIN LƯU Ý:** Nếu bạn nói tiếng Việt, dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí có sẵn cho bạn. Các thiết bị và dịch vụ hỗ trợ phù hợp để cung cấp thông tin ở định dạng có thể tiếp cận cũng có sẵn miễn phí. Gọi số 1-800-244-8224 (TTY: Gọi 711) hoặc nói chuyện với nhà cung cấp của bạn.

**Korean – 주의:** 한국어를 사용하시는 경우, 무료 언어 지원 서비스가 제공됩니다. 접근 가능한 형식으로 정보를 제공하기 위한 적절한 보조 기기 및 서비스도 무료로 제공됩니다. 1-800-244-8224 (TTY: 711 로 전화) 로 전화하시거나 제공자에게 문의하십시오.

**Tagalog – PAUNAWA:** Kung ikaw ay nagsasalita ng Tagalog, ang mga libreng serbisyo ng tulong sa wika ay magagamit para sa iyo. Ang mga angkop na pantukang na kagamitan at serbisyo upang magbigay ng impormasyon sa mga naa-access na format ay magagamit din ng libre. Tumawag sa 1-800-244-8224 (TTY: Tumawag sa 711) o makipag-usap sa iyang tagapagbigay.

**Russian – ВНИМАНИЕ:** Если вы говорите на русском, доступны бесплатные услуги языковой помощи. Также бесплатно предоставляются соответствующие вспомогательные средства и услуги для предоставления информации в доступных форматах. Позвоните по телефону 1-800-244-8224 (TTY: Наберите 711) или обратитесь к вашему провайдеру.

**Arabic – تهنیه:** إذا كنت تتحدث العربية، تتوفر لك خدمات المساعدة اللغوية المجانية. كما تتوفر لدينا مساعدات قابلة للتحويل، إن شاء الله تعالى. اتصل بالرقم 1-800-244-8224 (TTY: 711 بالطلب).

**French Creole – ATANSYON:** Si ou pale Kreyòl Ayisyen, sèvis asistans lang gratis yo disponib pou ou. Ekipman ak sèvis adisyonèl li apwopriye pou bay enfòmasyon nan fòm ki aksesib yo disponib tou gratis. Rele 1-800-244-8224 (TTY: Rele 711) oswa pale ak founisè ou a.

**French – ATTENTION :** Si vous parlez français, des services d'assistance linguistique gratuits sont disponibles pour vous. Des aides et des services auxiliaires appropriés pour fournir des informations dans des formats accessibles sont également disponibles gratuitement. Appelez le 1-800-244-8224 (TTY : composez le 711) ou parlez à votre fournisseur.

**Portuguese – ATENÇÃO:** Se você fala português, serviços gratuitos de assistência linguística estão disponíveis para você. Auxílios e serviços apropriados para fornecer informações em formatos acessíveis também estão disponíveis gratuitamente. Ligue para 1-800-244-8224 (TTY: disque 711) ou fale com seu prestador de serviços.

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

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

**Italian – ATTENZIONE:** Se parli italiano, sono disponibili per te servizi gratuiti di assistenza linguistica. Sono disponibili gratuitamente anche ausili e servizi appropriati per fornire informazioni in formati accessibili. Chiama il numero 1-800-244-8224 (TTY: compone il 711) o parla con il tuo fornitore.

**German – Achtung:** Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlose Sprachassistenzen Dienste zur Verfügung. Geeignete Hilfsmittel und Dienste, um Informationen in barrierefreien Formaten bereitzustellen, sind ebenfalls kostenlos verfügbar. Rufen Sie 1-800-244-8224 an (TTY: Wählen Sie 711) oder sprechen Sie mit Ihrem Anbieter.

**Persian (Farsi) – توجه:** به فارسی صحبت میکنید یا؟ خدمات گفتاری مناسب برای دوستان فارسی نادر خدمات رایگان کمک زبانی برای شما صحبت میکنیم. توجه: به فارسی صحبت میکنید یا؟ (شماره 711 را بگرد: TTY) توجه: اطلاعات در قالبهای قابل دسترسی به صورت رایگان در دسترس هستند. با شماره 1-800-244-8224 یا خدمت خود صحبت کنید.