



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

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

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

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

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

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



¿Qué encontrará adentro?	Página
Información sobre esta Lista de medicamentos	3
• Preguntas frecuentes	3
• Palabras que quizás necesite conocer	II
• Acerca de esta Lista de medicamentos	13
• Cómo leer esta Lista de medicamentos	13
• Cómo encontrar su medicamento	16
Lista de medicamentos con receta	19
Exclusiones y limitaciones de la cobertura	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 myCigna¹ o myCigna.com.** Inicie sesión en su cuenta y use la herramienta *Price a Medication* (Conozca los precios de los medicamentos) para saber qué cobertura tiene su medicamento.

¿Tiene preguntas?

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

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

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

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

Información sobre esta Lista de medicamentos

Preguntas frecuentes

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

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

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

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

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

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

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

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

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

P. ¿Cómo deciden qué medicamentos cubrir?

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

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

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

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

P. ¿Cómo sé si un medicamento necesita aprobación?

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

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

Información sobre esta Lista de medicamentos

Preguntas frecuentes (cont.)

P. ¿Qué tipos de medicamentos generalmente necesitan aprobación?

R. Medicamentos que:

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

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

R. Medicamentos que:

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

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

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

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

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

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

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

R. Pídale al personal del consultorio de su médico

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

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

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

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

Información sobre esta Lista de medicamentos

Preguntas frecuentes (cont.)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Muchas veces no recibimos toda la información necesaria del consultorio para poder aprobar la cobertura. Si no aprobamos su medicamento, su médico puede enviarnos más información para que

Información sobre esta Lista de medicamentos

Preguntas frecuentes (cont.)

la revisemos, usando el mismo proceso que antes. Con gusto revisaremos la solicitud nuevamente. Según lo que su médico envíe esta vez, es posible que podamos aprobar la cobertura. Si no es así, usted y su médico pueden apelar la decisión enviándonos una solicitud por escrito en la que se expliquen los motivos por los que deberíamos cubrir el medicamento.

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

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

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

3. Una aseguradora deberá proporcionar cobertura para la dosis y cantidad médicamente necesaria del medicamento recetado para el tratamiento de una condición médica de acuerdo con los estándares de la práctica profesionalmente reconocidos.

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

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

Información sobre esta Lista de medicamentos

Preguntas frecuentes (cont.)

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

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

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

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

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

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

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

P. ¿Qué es el costo compartido?

R. Es la cantidad que usted paga de su bolsillo por un medicamento con receta cubierto y/o un servicio de cuidado de la salud o un servicio relacionado elegible. Para algunos planes, el costo compartido es un copago; para otros planes, es un coseguro.

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

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

P. ¿Qué es un medicamento genérico?

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

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

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

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

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

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

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

P. ¿Qué es un medicamento “biosimilar”?

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

Información sobre esta Lista de medicamentos

Preguntas frecuentes (cont.)

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

R. Depende. Algunos planes solo permiten despachar los medicamentos en determinadas farmacias de la red o a través del servicio de entrega a domicilio. Inicie sesión en la aplicación myCigna o en **myCigna.com**, o consulte los materiales de su plan, para obtener más información sobre las farmacias que pertenecen a la red de su plan.

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

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

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

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

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

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

P. ¿Me pueden despachar mis recetas por correo?

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

Despache los medicamentos de mantenimiento a través de Express Scripts Pharmacy

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

- Es muy fácil pedir, manejar, hacer el seguimiento y pagar sus medicamentos en su teléfono o en Internet.
- Reciba los pedidos por envío estándar sin costo adicional.⁶
- Obtenga un suministro para un máximo de 90 días de una vez.
- Hable con un farmacéutico las 24 horas, los 7 días de la semana.
- Suscríbase a las renovaciones automáticas o recordatorios de renovaciones para no dejar de tomar ninguna dosis.⁷
- Use un plan de pagos (si lo necesita).

Estas son dos maneras sencillas de comenzar:

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

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

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

- Hable con enfermeras y farmacéuticos especialmente capacitados, las 24 horas, los 7 días de la semana.
- Reciba los pedidos por envío rápido sin costo adicional.⁶

Información sobre esta Lista de medicamentos

Preguntas frecuentes (cont.)

- Suscríbase a las renovaciones y los recordatorios. Algunas renovaciones pueden solicitarse por mensaje de texto.⁸
- Reciba ayuda para pagar su medicamento (si la necesita).
- Maneje y haga el seguimiento de sus medicamentos en línea.

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

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

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

Estas son dos maneras sencillas de comenzar:

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

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

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

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

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

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

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

P. ¿Cómo despacho mi receta?

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

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

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

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

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

Información sobre esta Lista de medicamentos

Preguntas frecuentes (cont.)

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

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

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

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

1. **Revise su tarjeta de ID de Cigna Healthcare.** Indica su costo compartido para los medicamentos del Nivel 1, del Nivel 2, del Nivel 3, del Nivel 4 y del Nivel 5.
2. **Inicie sesión en la aplicación myCigna o en myCigna.com para ver información sobre su cobertura de farmacia.** También puede usar la herramienta *Price a Medication* (Conozca los precios de los medicamentos) para ver cuánto puede costarle su medicamento en las diferentes farmacias de la red de su plan.
3. Consulte el documento de cobertura denominado **Resumen de beneficios**.

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

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

- Los medicamentos que le despachan en la farmacia y que usted toma por su cuenta, por lo general, están cubiertos por el beneficio de farmacia.

- 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?

Información sobre esta Lista de medicamentos

Preguntas frecuentes (cont.)

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

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

de fertilidad inyectables están cubiertos por el beneficio médico.

- **Medicamentos genéricos de cuidado preventivo:** Tienen cobertura del 100% o sin costos compartidos (\$0) antes de alcanzar su deducible. Usted pagará su deducible y el costo compartido aplicable para despachar un medicamento de cuidado preventivo de marca preferida y/o de marca no preferida.
- **Suministros para diabéticos:** Tienen cobertura según el costo compartido aplicable.
- **Hormonas del crecimiento:** Necesitan la aprobación de Cigna Healthcare para que su plan los cubra (autorización previa). Si recibe la aprobación para la cobertura, usted pagará su costo compartido del nivel aplicable para despachar el medicamento.
- **Vacunas:** Las vacunas ahora están cubiertas por el beneficio de farmacia. No todos los planes cubren las vacunas de la misma manera. Inicie sesión en la aplicación myCigna o en **myCigna.com**, o consulte los materiales de su plan, para averiguar cómo las cubre su plan específico.
- **Medicamentos compuestos:** Si el medicamento cuesta más de \$200, necesitará la aprobación de Cigna Healthcare para que su plan lo cubra (autorización previa). Si recibe la aprobación para la cobertura, usted pagará su costo compartido del nivel aplicable para despachar el medicamento.

Palabras que quizás necesite conocer

- **Medicamento de marca:** Un medicamento que se comercializa con un nombre exclusivo, protegido por una marca. El medicamento de marca estará escrito todo en MAYÚSCULA.
- **Coseguro:** Un porcentaje del costo de un beneficio de cuidado de la salud cubierto que una persona inscrita paga después de haber pagado el deducible, si se aplica un deducible al beneficio de cuidado de la salud, como el beneficio de medicamentos con receta.
- **Copago:** Una cantidad fija en dólares que una persona inscrita paga por un beneficio de cuidado de la salud cubierto después de haber pagado el deducible, si se aplica un deducible al beneficio de cuidado de la salud, como el beneficio de medicamentos con receta.
- **Deducible:** La cantidad que una persona inscrita paga por beneficios de cuidado de la salud cubiertos antes de que el plan de salud de la persona inscrita comience a pagar por la totalidad o parte del costo del beneficio de cuidado de la salud conforme a los términos de la póliza.
- **Nivel de medicamentos:** Un grupo de medicamentos con receta que corresponde a un nivel específico de costo compartido en la cobertura de medicamentos con receta del plan de salud. El nivel en el cual se incluye un

Información sobre esta Lista de medicamentos

Palabras que quizás necesite conocer (cont.)

medicamento con receta determina la parte del costo del medicamento que debe pagar la persona inscrita.

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

Información sobre esta Lista de medicamentos

Acerca de esta Lista de medicamentos

Esta es una lista de los medicamentos que se recetan con mayor frecuencia y están cubiertos por la Lista de medicamentos con receta National Preferred de 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 y negrita** junto al medicamento de marca.
- Si un equivalente genérico de un medicamento de marca está disponible y tiene cobertura, el genérico aparecerá separado del medicamento de marca, escrito en **minúscula cursiva y negrita**.
- Si un equivalente genérico de un medicamento de marca no está disponible en el mercado o no tiene cobertura, el medicamento no aparecerá separado por su versión genérica.
- Si un medicamento genérico se comercializa con un nombre exclusivo protegido por una marca, el medicamento de marca aparecerá en MAYÚSCULA después de la versión genérica, entre paréntesis y escrito en letra regular, con la primera letra de cada palabra en mayúscula. Por ejemplo: quinapril hcl (Accupril).

Niveles

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

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

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

Información sobre esta Lista de medicamentos

Cómo leer esta Lista de medicamentos (cont.)

Letras (siglas) en la columna Notas

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

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

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

Información sobre esta Lista de medicamentos

Cómo leer esta Lista de medicamentos (cont.)

Use la tabla incluida abajo para entender cómo están cubiertos los medicamentos en la Lista de medicamentos con receta National Preferred de 5 niveles de Cigna Healthcare.*

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

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

Información sobre esta Lista de medicamentos

Cómo encontrar su medicamento

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

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

Información sobre esta Lista de medicamentos

Cómo encontrar su medicamento (cont.)

Condición	Página	Condición	Página
Medicamentos para enfermedades cardíacas (medicamentos para la presión arterial/para el corazón)	78-80	Gastrointestinales (alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)	124
Cardiovasculares (asma/EPOC/condiciones respiratorias)	80, 81	Hormonas (condiciones gastrointestinales/pirosis)	125
Cardiovasculares (medicamentos para la presión arterial/para el corazón)	81-85	Hormonas (agentes hormonales)	125-129
Cardiovasculares (medicamentos para el colesterol)	86, 87	Hormonas (infertilidad)	129, 130
Medicamentos para el sistema nervioso central (enfermedad de Alzheimer)	88	Hormonas (varias)	130
Medicamentos para el sistema nervioso central (varios)	88, 89	Hormonas (productos para la osteoporosis)	130
Medicamentos para el sistema nervioso central (esclerosis múltiple)	89, 90	Inmunosupresores (alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)	130, 131
Medicamentos para el sistema nervioso central	90	Inmunosupresores (condiciones cutáneas)	131
Medicamentos para el sistema nervioso central (trastornos convulsivos)	90-94	Inmunosupresores (medicamentos para trasplante)	132
Medicamentos para el sistema nervioso central (trastornos del sueño/sedantes)	94	Dispositivos y suministros médicos varios, no farmacológicos (diabetes)	133-154
Factores estimulantes de colonias (modificadores de la sangre/trastornos hemorrágicos)	94	Dispositivos y suministros médicos varios, no farmacológicos (varios)	154-163
Factores estimulantes de colonias (cáncer)	94	Relajantes musculares (alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)	163, 164
Anticonceptivos (productos anticonceptivos)	95, 96	Vitaminas prenatales (nutritivas/alimenticias)	165-169
Preparaciones para la tos/el resfrío (alergia/rociadores nasales)	96	Medicamentos psicoterapéuticos (ansiedad/depresión/trastorno bipolar)	169-173
Preparaciones para la tos/el resfrío (medicamentos para la tos/el resfrío)	96, 97	Medicamentos psicoterapéuticos (trastorno de déficit de atención e hiperactividad)	173, 174
Diagnóstico (diabetes)	97, 98	Medicamentos psicoterapéuticos (varios)	174
Diagnóstico (varios)	98-100	Medicamentos psicoterapéuticos (esquizofrenia/antipsicóticos)	175, 176
Diuréticos (diuréticos)	100-102	Medicamentos psicoterapéuticos (trastornos convulsivos)	177
Preparaciones para los ojos, los oídos, la nariz y la garganta (alergia/rociadores nasales)	102, 103	Medicamentos psicoterapéuticos (trastornos del sueño/sedantes)	177
Preparaciones para los ojos, los oídos, la nariz y la garganta (medicamentos para los oídos)	103	Sedantes/hipnóticos (trastornos del sueño/sedantes)	177, 178
Preparaciones para los ojos, los oídos, la nariz y la garganta (condiciones oculares)	103-108	Preparaciones cutáneas (varias)	178-180
Elect./calóricos/H₂O (medicamentos para el colesterol)	108	Preparaciones cutáneas (alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)	180
Elect./calóricos/H₂O (productos dentales)	108, 109	Preparaciones cutáneas (condiciones cutáneas)	180-190
Elect./calóricos/H₂O (diabetes)	109, 110	Agentes para dejar de fumar (productos para dejar de fumar)	190
Elect./calóricos/H₂O (varios)	110	Preparaciones para la tiroides (agentes hormonales)	190, 191
Elect./calóricos/H₂O (nutritivos/alimenticios)	110-117	Productos farmacológicos no clasificados (SIDA/VIH)	191
Elect./calóricos/H₂O (condiciones urinarias)	117		
Gastrointestinales (medicamentos para el colesterol)	118		
Gastrointestinales (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
ANALGÉSICOS, COMB. DE NO SALICILATOS Y BARBITÚRICOS		
<i>butalbital/acetaminophen</i>	T2	
<i>butalbital/acetaminophen</i> (Bupap)	T2	
ANALGÉSICOS, COMB. DE SALICILATOS, BARBITÚRICOS Y XANTINAS		
<i>butalbital/aspirin/caffeine</i>	T2	
ANALGÉSICOS, COMB. DE NO SALICILATOS, BARBITÚRICOS Y XANTINAS		
<i>butalb/acetaminophen/caffeine</i>	T2	
<i>butalb/acetaminophen/caffeine</i> (Esgic)	T2	
<i>butalb/acetaminophen/caffeine</i> (Fioricet)	T2	
ESGIC (<i>butalb/acetaminophen/caffeine</i>)	T4	PA
FIORICET (<i>butalb/acetaminophen/caffeine</i>)	T4	PA
ANALGÉSICOS/ANTIPIRÉTICOS, SALICILATOS		
<i>choline salicyl/mag salicylate</i>	T2	HD
<i>diflunisal</i>	T2	HD
ANALGÉSICOS, NO OPIOIDES		
JOURNAVX	T4	QL (30 tabs/90 days)
PREPARACIONES ANTIMIGRAÑOSAS		
AIMOVIG AUTOINJECTOR	T3	PA QL (1 auto-inj/30 days)
AJOVY 225 MG/1.5 ML AUTOINJECT	T3	PA QL (1 auto-inj/30 days)
AJOVY 225 MG/1.5 ML AUTOINJECT	T3	PA QL (3 auto-injs/90 days)
AJOVY SYRINGE	T3	PA QL (1 syringe/30 days)
<i>almotriptan malate 6.25 mg tab</i>	T2	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

SP – Medicamentos de especialidad

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

ANALGÉSICOS (Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
PREPARACIONES ANTIMIGRAÑOSAS (cont.)		
MIGRANAL (<i>dihydroergotamine mesylate</i>)	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 carpupject, 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
 AGE – Requisito de edad
 QL – Límite a la cantidad
 SP – Medicamentos de especialidad

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

Lista de medicamentos con receta

ANALGÉSICOS (Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
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
TREZIX	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
 AGE – Requisito de edad
 SP – Medicamentos de especialidad

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

Lista de medicamentos con receta

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

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

ANALGÉSICOS (Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANALGÉSICOS OPIOIDES (cont.)		
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

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

ANALGÉSICOS (Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANALGÉSICOS OPIOIDES (cont.)		
<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

AGE – Requisito de edad

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

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

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

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

T1 – Genéricos preferidos
 T2 – Genéricos no preferidos
 T3 – Marcas preferidas
 T4 – Marcas no preferidas
 T5 – Medicamentos de especialidad de marca
 PA – Autorización previa
 QL – Límite a la cantidad
 SP – Medicamentos de especialidad

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

Lista de medicamentos con receta

ANTIARTRÍTICOS (Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
INHIBIDORES DE LA QUINASA DE JANUS (JAK)		
RINVOQ ER 15 MG 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

SP – Medicamentos de especialidad

AGE – Requisito de edad

ST – Tratamiento escalonado

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

ANTIARTRÍTICOS (Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIINFLAM. NO ESTEROIDEOS, ANALGÉSICOS DEL TIPO DE INHIBIDORES DE LA CICLOOXIGENASA (cont.)		
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 (etodolac)	T4	ST HD
<i>meclufenamate 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

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

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

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIINFLAM. NO ESTEROIDEOS, ANALGÉSICOS DEL TIPO DE INHIBIDORES DE LA CICLOOXIGENASA (cont.)		
<i>naproxen sodium</i> (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

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

<i>celecoxib</i> (Celebrex)	T2	ST HD
-----------------------------	----	-------

AGENTES URICOSÚRICOS

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

ANTIASMÁTICOS (Asma/EPOC/condiciones respiratorias)

ANTICOLINÉRGICOS, DE INHALACIÓN ORAL, ACCIÓN PROLONGADA

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

ANTICOLINÉRGICOS, DE INHALACIÓN ORAL, ACCIÓN RÁPIDA

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

AGENTES ADRENÉRGICOS BETA

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

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

ANTIASMÁTICOS (Asma/EPOC/condiciones respiratorias) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGENTES ADRENÉRGICOS BETA (cont.)		
<i>albuterol 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

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

ANTIASMÁTICOS (Asma/EPOC/condiciones respiratorias) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
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>breyndra 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
ARNUIITY ELLIPTA 100 MCG INH	T4	QL (1 inhaler/30 days)
ARNUIITY ELLIPTA 200 MCG INH	T4	QL (1 inhaler/30 days)
ARNUIITY ELLIPTA 50 MCG INH	T4	QL (30 blisters/30 days)
ASMANEX	T3	QL (1 inhaler/fill) HD
ASMANEX HFA 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
 AGE – Requisito de edad
 QL – Límite a la cantidad
 SP – Medicamentos de especialidad

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

Lista de medicamentos con receta

ANTIASMÁTICOS (Asma/EPOC/condiciones respiratorias) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
GLUCOCORTICOIDES, PARA INHALACIÓN ORAL (cont.)		
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)
ANTAGONISTAS DE LA INTERLEUCINA-5 (IL-5), ANTICUERPOS MONOCLONALES		
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
ANTAGONISTAS ALFA DE LOS RECEPTORES DE INTERLEUCINA-5 (IL-5), ANTICUERPOS MONOCLONALES		
FASENRA PEN	T5	PA QL (1 syringe/56 days) SP HD
ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE LEUCOTRIENOS		
ACCOLATE (<i>zafirlukast</i>)	T4	HD
<i>montelukast sodium</i> (Singulair)	T2	HD
<i>zafirlukast</i> (Accolate)	T2	HD
ESTABILIZADORES DE MASTOCITOS, INHALADOS ORALMENTE		
<i>cromolyn 20 mg/2 ml neb soln</i>	T2	HD
ANTICUERPOS MONOCLONALES A LA INMUNOGLOBULINA E (IGE)		
XOLAIR 75 MG/0.5 ML AUTOINJECT	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
MUCOLÍTICOS		
<i>acetylcysteine</i>	T2	
INHIBIDORES DE LA FOSFODIESTERASA (PDE)		
<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
XANTINAS		
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

SP – Medicamentos de especialidad

AGE – Requisito de edad

ST – Tratamiento escalonado

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

HD – Puede requerir entrega a domicilio

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

Lista de medicamentos con receta

ANTIBIÓTICOS (Medicamentos para los oídos)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
PREPARACIONES ÓTICAS, ANTIBIÓTICAS		
<i>ciprofloxacin hcl</i>	T2	
CORTISPORIN-TC	T4	
<i>neomycin/polymyxin b/hydrocort</i>	T2	
<i>ofloxacin</i>	T2	
OTIPRIO	T4	QL (1 ml/fill)
PREPARACIONES ÓTICAS, ANTIBIÓTICOS ANTIINFLAMATORIOS		
<i>ciprofloxacin hcl/dexameth</i>	T2	
OTOVEL	T4	
ANTIBIÓTICOS (Condiciones oculares)		
COMBINACIONES DE ANTIBIÓTICOS PARA LOS OJOS Y GLUCOCORTICOIDES		
GATIFLOXACIN-DEXAMETHASONE	T4	
MAXITROL (<i>neomycin/polymyxin b/dexametha</i>)	T4	
<i>neomycin/bacit/p-myx/hydrocort</i>	T2	
<i>neomycin/polymyxin b/dexametha</i> (Maxitrol)	T2	
<i>neomycin/polymyxin b/hydrocort</i>	T2	
PRED-G	T4	
PREDNISOLONE ACET-MOXIFLOXACIN	T4	
PREDNISOLONE PHOS-GATIFLOXACIN	T4	
PREDNISOLONE PHOS-MOXIFLOXACIN	T4	
TOBRADEX	T4	
<i>tobramycin/dexamethasone</i>	T2	
COMBINACIONES DE ANTIBIÓTICOS PARA LOS OJOS Y AINE		
MOXIFLOXACIN-BROMFENAC	T4	
COMBINACIONES DE ANTIBIÓTICOS PARA LOS OJOS, GLUCOCORTICOIDES Y ANTIINFLAM. NO ESTEROIDEOS		
PREDNISOLONE ACET-GATIFLO-BROM	T4	
PREDNISOLONE AC-MOXIFLOX-BROMF	T4	
COMBINACIONES DE ANTIBIÓTICOS PARA LOS OJOS, GLUCOCORTICOIDES Y ANTIINFLAM. NO ESTEROIDEOS		
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
AGE – Requisito de edad
QL – Límite a la cantidad
SP – Medicamentos de especialidad

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

Lista de medicamentos con receta

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

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

ANTIBIÓTICOS (Infecciones) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGENTES ANTIBACTERIANOS TIPO SULFONAMIDAS ABSORBIBLES		
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	
ANTIBIÓTICOS AMINOGLUCÓSIDOS		
ARIKAYCE	T5	PA SP
BETHKIS (<i>tobramycin</i>)	T5	PA QL (224 mls/fill) SP HD
<i>gentamicin 80 mg/2 ml vial</i>	T2	PA
<i>gentamicin 800 mg/20 ml vial</i>	T2	PA
<i>gentamicin ped 20 mg/2 ml vial</i>	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 300 mg/4 ml ampule</i> (Bethkis)	T2	PA QL (224 mls/fill) SP HD
<i>tobramycin 300 mg/5 ml ampule</i> (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
AGENTES ANTIBACTERIANOS-ANTIPROTOZOARIOS ANAERÓBICOS		
FLAGYL (<i>metronidazole</i>)	T4	
<i>metronidazole 250 mg, 500 mg tablet</i>	T2	
<i>metronidazole 375 mg capsule</i> (Flagyl)	T2	
ANTIBIÓTICOS, ANTIBACTERIANOS, VARIOS		
<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

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

ANTIBIÓTICOS (Infecciones) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIBIÓTICOS, ANTIBACTERIANOS, VARIOS (cont.)		
URELLE	T4	
URIBEL	T4	
URIBEL TABS (<i>methenam/m.blue/salicyl/hyoscy</i>)	T4	
ANTILEPROSOS		
<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
AGENTES ANTIMICOBACTERIANOS		
<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
ANTIBIÓTICOS ANTITUBERCULOSOS		
<i>cycloserine</i>	T2	
PRETOMANID	T4	PA
PRIFTIN	T3	
<i>rifampin</i>	T2	
SIRTURO	T5	PA SP
BETALACTAMASAS		
CAYSTON	T5	PA QL (84 mls/fill) SP HD
ANTIBIÓTICOS CEFALOSPORINAS - 1.º GENERACIÓN		
<i>cefadroxil</i>	T2	
<i>cephalexin</i>	T2	
ANTIBIÓTICOS CEFALOSPORINAS - 2.º GENERACIÓN		
<i>cefaclor</i>	T2	
<i>cefprozil</i>	T2	
<i>cefuroxime axetil</i>	T2	

T1 – Genéricos preferidos
 T2 – Genéricos no preferidos
 T3 – Marcas preferidas
 T4 – Marcas no preferidas
 T5 – Medicamentos de especialidad de marca
 PA – Autorización previa
 AGE – Requisito de edad
 QL – Límite a la cantidad
 SP – Medicamentos de especialidad

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

Lista de medicamentos con receta

ANTIBIÓTICOS (Infecciones) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIBIÓTICOS CEFALOSPORINAS - 3.ª GENERACIÓN		
<i>cefdinir</i>	T2	
<i>cefditoren pivoxil</i> (Spectracef)	T2	
<i>cefepodoxime proxetil</i>	T2	
<i>ceftriaxone sodium</i>	T2	PA
SPECTRACEF (<i>cefditoren pivoxil</i>)	T4	
ANTIBIÓTICOS LINCOSAMIDAS		
CLEOCIN HCL (<i>clindamycin hcl</i>)	T4	
CLEOCIN PEDIATRIC (<i>clindamycin palmitate hcl</i>)	T4	
ANTIBIÓTICOS MACRÓLIDOS		
<i>azithromycin</i>	T2	
<i>azithromycin</i> (Zithromax Tri-Pak)	T2	
<i>azithromycin</i> (Zithromax)	T2	
<i>clarithromycin</i>	T2	
DIFICID 200 MG TABLET (<i>fidaxomicin</i>)	T4	QL (20 tabs/30 days)
DIFICID 40 MG/ML SUSPENSION	T4	QL (1 bottle/fill)
E.E.S. 200 (<i>erythromycin ethylsuccinate</i>)	T4	
ERYPED 200 (<i>erythromycin ethylsuccinate</i>)	T4	
ERYPED 400 (<i>erythromycin ethylsuccinate</i>)	T4	
<i>ery-tab dr 250 mg tablet</i>	T2	
<i>ery-tab dr 333 mg tablet</i>	T2	
ERY-TAB DR 500 MG TABLET (<i>erythromycin base</i>)	T4	
<i>erythromycin base</i>	T2	
<i>erythromycin base</i> (Ery-Tab)	T2	
<i>erythromycin ethylsuccinate</i>	T2	
<i>erythromycin ethylsuccinate</i> (E.E.S. 200)	T2	
<i>erythromycin ethylsuccinate</i> (Eryped 200)	T2	
<i>erythromycin ethylsuccinate</i> (Eryped 400)	T2	
<i>erythromycin stearate</i>	T2	
<i>fidaxomicin</i> (Difcid)	T2	QL (20 tabs/30 days)
ZITHROMAX (<i>azithromycin</i>)	T4	
ZITHROMAX TRI-PAK (<i>azithromycin</i>)	T4	
AGENTES ANTIBACTERIANOS DERIVADOS DE NITROFURANOS		
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
AGE – Requisito de edad
QL – Límite a la cantidad
SP – Medicamentos de especialidad

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

Lista de medicamentos con receta

ANTIBIÓTICOS (Infecciones) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGENTES ANTIBACTERIANOS DERIVADOS DE NITROFURANOS (cont.)		
<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	
ANTIBIÓTICOS OXAZOLIDINONAS		
<i>linezolid (Zyvox)</i>	T2	PA
ZYVOX (<i>linezolid</i>)	T4	PA
ANTIBIÓTICOS DE PENICILINA		
<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	
DERIVADOS DE LA PLEUROMUTILINA		
XENLETA	T4	
ANTIBIÓTICOS DE QUINOLONAS		
BAXDELA	T3	QL (28 tabs/fill)
<i>CIPRO (ciprofloxacin hcl)</i>	T4	
<i>CIPRO (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	
RIFAMICINAS Y ANTIBIÓTICOS DERIVADOS AFINES		
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
AGE – Requisito de edad
QL – Límite a la cantidad
SP – Medicamentos de especialidad

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

Lista de medicamentos con receta

ANTIBIÓTICOS (Infecciones) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
RIFAMICINAS Y ANTIBIÓTICOS DERIVADOS AFINES (cont.)		
XIFAXAN 200 MG TABLET	T3	QL (9 tabs/fill)
XIFAXAN 550 MG TABLET	T3	QL (60 tabs/fill)
ANTIBIÓTICOS DE TETRACICLINA		
ACTICLATE (<i>doxycycline hyclate</i>)	T4	ST
AVIDOXY DK	T4	ST
<i>demeclocycline hcl</i>	T2	
<i>doxycycline 25 mg/5 ml susp</i> (Vibramycin)	T2	
<i>doxycycline 50 mg tablet</i> (Targadox)	T2	ST
<i>doxycycline hyc dr 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

SP – Medicamentos de especialidad

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

ANTIBIÓTICOS (Infecciones) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIBIÓTICOS DE TETRACICLINA (cont.)		
<i>minocycline 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
ANTIBIÓTICOS VAGINALES		
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	
ANTIBIÓTICOS DE VANCOMICINA Y DERIVADOS		
VANCOCLIN HCL 125 MG CAPSULE (<i>vancomycin hcl</i>)	T4	PA QL (40 caps/fill)
VANCOCLIN HCL 250 MG CAPSULE (<i>vancomycin hcl</i>)	T4	PA QL (80 caps/fill)
<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
 AGE – Requisito de edad
 QL – Límite a la cantidad
 SP – Medicamentos de especialidad

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

Lista de medicamentos con receta

ANTIBIÓTICOS (Condiciones cutáneas)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIBIÓTICOS TÓPICOS Y ANTIINFLAMATORIOS ESTEROIDEOS		
NEO-SYNALAR	T4	
ANTIBIÓTICOS TÓPICOS		
AKTIPAK	T4	ST
AMZEEQ	T4	ST
BENZAMYCIN (<i>erythromycin/benzoyl peroxide</i>)	T4	ST
CENTANY	T4	ST QL (30 gms/fill)
CENTANY AT	T4	ST QL (1 kit/fill)
CLEOCIN T 1% LOTION (<i>clindamycin phosphate</i>)	T4	ST QL (120 mls/30 days)
CLEOCIN T 1% PLEDGETS (<i>clindamycin phosphate</i>)	T4	ST
<i>clindacin etz 1% pledget</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)
SULFONAMIDAS TÓPICAS		
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

SP – Medicamentos de especialidad

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

ANTIBIÓTICOS (Condiciones cutáneas) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
SULFONAMIDAS TÓPICAS (cont.)		
<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
 AGE – Requisito de edad
 QL – Límite a la cantidad
 SP – Medicamentos de especialidad

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

Lista de medicamentos con receta

ANTICOAGULANTES (Diluyentes de la sangre/anticoagulantes) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
CITRATOS COMO ANTICOAGULANTES (cont.)		
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	
INHIBIDORES DIRECTOS DEL FACTOR XA		
ELIQUIS 2.5 MG TABLET	T3	
ELIQUIS 5 MG TABLET	T3	
ELIQUIS DVT-PE TREAT START 5MG	T3	
rivaroxaban (Xarelto)	T2	
XARELTO (rivaroxaban)	T3	PA
XARELTO	T3	PA
HEPARINA Y PREPARACIONES RELACIONADAS		
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 carpugt	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

SP – Medicamentos de especialidad

AGE – Requisito de edad

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

ANTICOAGULANTES (Diluyentes de la sangre/anticoagulantes) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
HEPARINA Y PREPARACIONES RELACIONADAS (cont.)		
heparin sod 10,000 unit/ml v1	T2	
heparin sod 20,000 unit/ml v1	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 (naloxone)	T4	QL (1 ml/fill)
KLOXXADO	T3	QL (2 units/fill)
naloxone 0.4 mg/ml carpject, syringe, vial	T2	
naloxone 2 mg/2 ml syringe	T2	
naloxone 4 mg/10 ml vial	T2	
naloxone hcl 4 mg nasal spray (Narcan)	T2	QL (2 units/fill)
naltrexone hcl	T1	
NARCAN (naloxone hcl)	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	
miconazole nitrate	T2	
terconazole	T2	
ANTIMICÓTICOS (Infecciones)		
AGENTES ANTIMICÓTICOS		
ANCOBON (flucytosine)	T4	PA
clotrimazole	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

SP – Medicamentos de especialidad

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

ANTIMICÓTICOS (Infecciones) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGENTES ANTIMICÓTICOS (cont.)		
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
ANTIBIÓTICOS ANTIMICÓTICOS		
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

SP – Medicamentos de especialidad

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

ANTIMICÓTICOS (Condiciones cutáneas)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIMICÓTICO TÓPICO/ANTIINFLAMATORIO, AGENTE ESTEROIDE		
<i>clotrimazole-betamethasone crm</i>	T2	QL (90 gms/28 days)
<i>clotrimazole-betamethasone lot</i>	T2	QL (60 mls/28 days)
ANTIMICÓTICOS TÓPICOS		
<i>ciclodan 0.77% cream (Loprox)</i>	T2	QL (90 gms/28 days)
CICLODAN 0.77% CREAM KIT	T4	
<i>ciclodan 8% solution</i>	T2	
<i>ciclopirox 0.77% cream (Loprox)</i>	T2	QL (90 gms/28 days)
<i>ciclopirox 0.77% gel</i>	T2	QL (100 gms/28 days)
<i>ciclopirox 0.77% topical susp (Loprox)</i>	T2	QL (60 mls/28 days)
ciclopirox 1% shampoo	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
AGE – Requisito de edad
QL – Límite a la cantidad
SP – Medicamentos de especialidad

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

Lista de medicamentos con receta

ANTIMICÓTICOS (Condiciones cutáneas) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIMICÓTICOS TÓPICOS (cont.)		
<i>nystatin/triamcin</i>	T2	QL (60 gms/28 days)
<i>oxiconazole nitrate</i>	T2	QL (60 gms/28 days)
<i>tavaborole</i>	T2	ST
ANTIISTAMÍNICOS Y DESCONGESTIVOS COMBINADOS (Alergia/rociadores nasales)		
COMBINACIÓN DE ANTIISTAMÍNICOS DE 1.ª GENERACIÓN Y DESCONGESTIVOS		
<i>phenylephrine hcl/prometh hcl</i>	T2	
COMBINACIÓN DE ANTIISTAMÍNICOS DE 2.ª GENERACIÓN Y DESCONGESTIVOS		
CLARINEX-D 12 HOUR	T4	
CLARINEX-D 24 HOUR	T4	
ANTIISTAMÍNICOS (Alergia/rociadores nasales)		
ANTIISTAMÍNICOS - 1.ª GENERACIÓN		
<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	
ANTIISTAMÍNICOS - 2.ª GENERACIÓN		
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
 AGE – Requisito de edad
 QL – Límite a la cantidad
 SP – Medicamentos de especialidad

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

Lista de medicamentos con receta

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	
LASTACAPT 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		
SOLIQUA 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
SP – Medicamentos de especialidad

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

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

ANTIHIPERGLUCÉMICOS (Diabetes) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIHIPERGLUCÉMICOS - AGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE DOPAMINA		
CYCLOSET	T4	HD
ANTIHIPERGLUCÉMICOS - COMBINACIÓN DE MIMÉTICOS DE INCRETINA		
MOUNJARO	T3	PA QL (4 pens/fill)
ANTIHIPERGLUCÉMICOS, INHIBIDORES DE LA ALFA-GLUCOSIDASA		
acarbose (Precose)	T2	HD
miglitol	T2	HD
PRECOSE (acarbose)	T4	HD
ANTIHIPERGLUCÉMICOS, TIPO ANÁLOGOS DE AMILINA		
SYMLINPEN 120	T3	PA QL (7 pens/fill) HD
SYMLINPEN 60	T3	PA QL (7 pens/30 days)
ANTIHIPERGLUCÉMICOS, TIPO BIGUANIDAS		
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
ANTIHIPERGLUCÉMICOS, INHIBIDORES DE DPP-4		
JANUVIA	T3	ST QL (30 tabs/fill) HD
saxagliptin (Onglyza)	T2	ST QL (30 tabs/30 days) HD
ANTIHIPERGLUCÉMICOS, TIPO ESTIMULANTES DE LIBERACIÓN DE INSULINA		
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

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

ANTIHIPERGLUCÉMICOS (Diabetes) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIHIPERGLUCÉMICOS, TIPO ESTIMULANTES DE LIBERACIÓN DE INSULINA (cont.)		
<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
ANTIHIPERGLUCÉMICOS, COMB. DE INHIBIDORES DE SGLT-2 Y DPP-4		
GLYXAMBI	T3	ST QL (30 tabs/fill) HD
ANTIHIPERGLUCÉMICOS, TIAZOLIDINEDIONAS Y BIGUANIDAS		
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
ANTIHIPERGLUCÉMICOS, TIAZOLIDINEDIONAS Y SULFONILUREAS		
DUETACT (<i>pioglitazone-glimepiride</i>)	T4	QL (30 tabs/30 days) HD
<i>pioglitazone hcl/glimepiride</i> (Duetact)	T2	QL (30 tabs/fill) HD
ANTIHIPERGLUCÉMICOS, COMB. DE INHIBIDORES DE DPP-4 Y BIGUANIDAS		
JANUMET	T3	ST QL (60 tabs/fill) HD
JANUMET XR 100-1,000 MG TABLET	T3	ST QL (30 tabs/fill) HD
JANUMET XR 50-1,000 MG TABLET	T3	ST QL (60 tabs/fill) HD
JANUMET XR 50-500 MG TABLET	T3	ST QL (60 tabs/fill) HD
<i>saxagliptin-metformin er 5-500</i> (Kombiglyze Xr)	T2	ST QL (30 tabs/30 days) HD
<i>saxagliptin-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
ANTIHIPERGLUCÉMICOS, ESTIM. DE LIBERACIÓN DE INSULINA-BIGUANIDAS		
<i>glipizide/metformin hcl</i>	T1	HD
<i>glyburide/metformin hcl</i>	T2	HD
ANTIHIPERGLUCÉMICOS, TIAZOLIDINEDIONAS (AGONISTAS DE PPARG)		
ACTOS (<i>pioglitazone hcl</i>)	T4	QL (30 tabs/30 days) HD
ANTIHIPERGLUCÉMICOS-BLOQUEADORES DE LOS RECEPTORES DE GLUCOCORTICOIDES		
<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

SP – Medicamentos de especialidad

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

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

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

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

ANTIHIPERGLUCÉMICOS (Diabetes) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
INSULINAS (cont.)		
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

ANTIINFECCIOSOS (Productos femeninos)

SULFONAMIDAS VAGINALES

AVC	T4	
-----	----	--

ANTIINFECCIOSOS/VARIOS (Productos femeninos)

ANTISÉPTICOS VAGINALES

<i>acetic acid/oxyquinoline</i> (Relagard)	T2	
RELAGARD (<i>acetic acid/oxyquinoline</i>)	T4	
TRIMO-SAN	T3	

ANTIINFECCIOSOS/VARIOS (Infecciones)

ANTIPROTOZOARIOS ANAERÓBICOS DE 2.ª GENERACIÓN-ANTIBACTERIANOS

<i>tinidazole 250 mg tablet</i>	T2	QL (40 tabs/30 days)
<i>tinidazole 500 mg tablet</i>	T2	QL (20 tabs/30 days)

AMEBICIDAS

HUMATIN	T4	
---------	----	--

ANTIHELMÍNTICOS

<i>albendazole</i> (Albenza)	T2	QL (120 tabs/30 days)
ALBENZA (<i>albendazole</i>)	T4	QL (120 tabs/30 days)
BILTRICIDE (<i>praziquantel</i>)	T4	
EMVERM	T3	QL (6 tabs/30 days)
<i>ivermectin 6 mg tablet</i>	T2	PA QL (8 tabs/30 days)
<i>praziquantel</i> (Biltricide)	T2	
STROMEKTOL (<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

AGE – Requisito de edad
SP – Medicamentos de especialidad

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

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

ANTIINFECCIOSOS/VARIOS (Infecciones) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
MEDICAMENTOS 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 vl/28 days)
pentamidine isethionate (Nebupent)	T2	QL (1 vl/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
SP – Medicamentos de especialidad

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

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

ANTIINFECCIOSOS/VARIOS (Varios) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTISÉPTICOS, GENERALES (cont.)		
MEDI-FIRST ISOPROPYL ALCOHOL	T4	
AGENTES SECADORES ANTISÉPTICOS TÓPICOS		
formaldehyde	T2	
ANTIINFECCIOSOS/VARIOS (Condiciones cutáneas)		
ANTIMICÓTICOS TÓPICOS		
CICLODAN 8% KIT	T4	ST
ciclopirox 8% treatment kit	T2	
ANTIINFLAM.TUMOR NECROSIS FACTOR INHIBITING AGENTS (Pain Relief And Inflammatory Disease)		
ANTIINFLAMATORIOS INHIBIDORES DEL FACTOR DE NECROSIS TUMORAL		
ADALIMUMAB-ADAZ(CF)	T5	PA QL (2 syringes/28 days) SP
ADALIMUMAB-ADAZ(CF) PEN	T5	PA QL (2 pens/28 days) SP
ADALIMUMAB-ADBIM(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
ANTINEOPLÁSICOS (Cáncer)		
ANP - AGONISTAS DE LOS RECEPTORES X RETINOIDES (RXR) SELECTIVOS		
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

SP – Medicamentos de especialidad

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

ANTINEOPLÁSICOS (Cáncer) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTINEOPLÁS., INHIBIDORES DE LA HISTONA DEACETILASA (HDAC)		
FARYDAK	T4	PA QL (6 caps/fill) CSL
ZOLINZA	T5	PA QL (120 caps/fill) SP HD CSL
AGENTES ANTINEOPLÁSICOS - ALQUILANTES		
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
AGENTES ANTINEOPLÁSICOS - ANTIANDROGÉNICOS		
<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
ANTINEOPLÁSICOS - ANTIMETABOLITOS		
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
 SP – Medicamentos de especialidad

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

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

ANTINEOPLÁSICOS (Cáncer) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTINEOPLÁSICOS - ANTIMETABOLITOS (cont.)		
<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
ANTINEOPLÁSICOS - INHIBIDORES DE LA AROMATASA		
<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
ANTINEOPLÁSICOS - INHIBIDORES DE LA QUINASA BRAF		
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
ANTINEOPLÁSICOS - INHIBIDORES DE LA VÍA DE HEDGEHOG		
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
ANTINEOPLÁSICOS - INHIBIDORES DE LA QUINASA DE JANUS (JAK)		
JAKAFI	T5	PA QL (60 tabs/fill) SP HD CSL
ANTINEOPLÁSICOS COMB. - INHIBIDORES DE LA QUINASA Y LA AROMATASA		
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
ANTINEOPLÁSICOS - INHIBIDOR DE LA PROTEÍNA KRAS		
LUMAKRAS	T5	PA SP HD CSL
ANTINEOPLÁSICOS - INHIBIDORES DE LA QUINASA MEK		
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
AGE – Requisito de edad
QL – Límite a la cantidad
SP – Medicamentos de especialidad

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

Lista de medicamentos con receta

ANTINEOPLÁSICOS (Cáncer) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTINEOPLÁSICOS - INHIBIDORES DE LA QUINASA MEK (cont.)		
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
ANTINEOPLÁSICOS - INHIBIDORES DE LA QUINASA MTOR		
<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
ANTINEOPLÁSICOS - INHIBIDORES DE LA PROTEÍNA METILTRANSFERASA		
TAZVERIK	T5	PA SP CSL
ANTINEOPLÁSICOS, COMB. DE INHIBIDORES DE ENZIMAS SISTÉMICAS		
AVMAPKI-FAKZYNJA	T5	PA SP CSL
ANTINEOPLÁSICOS - INHIBIDORES DE LA TOPOISOMERASA I		
HYCANTIN	T5	PA SP HD CSL
AGENTES ANTINEOPLÁSICOS INMUNOMODULADORES		
<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
ANTAGONISTAS DE LHRH (GNRH) ANTINEOPLÁSICOS, SUPR. HIPOFISARIOS		
ORGOVYX	T5	PA QL (30 tabs/fill) SP CSL
ANTINEOPLÁSICOS, INHIBIDORES DE ENZIMAS SISTÉMICAS		
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
SP – Medicamentos de especialidad

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

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

ANTINEOPLÁSICOS (Cáncer) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTINEOPLÁSICOS, INHIBIDORES DE ENZIMAS SISTÉMICAS (cont.)		
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

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

ANTINEOPLÁSICOS (Cáncer) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTINEOPLÁSICOS, INHIBIDORES DE ENZIMAS SISTÉMICAS (cont.)		
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

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

ANTINEOPLÁSICOS (Cáncer) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTINEOPLÁSICOS, INHIBIDORES DE ENZIMAS SISTÉMICAS (cont.)		
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

SP – Medicamentos de especialidad

AGE – Requisito de edad

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

ANTINEOPLÁSICOS (Cáncer) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTINEOPLÁSICOS, INHIBIDORES DE ENZIMAS SISTÉMICAS (cont.)		
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
ANTINEOPLÁSICOS-INHIBIDORES DE LINFOMA DE CÉLULAS B-2 (BCL-2)		
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
ANTINEOPLÁSICOS-INHIBIDOR DEL FACTOR INDUCIBLE POR HIPOXIA (HIF)		
WELIREG	T5	PA SP CSL
ANTINEOPLÁSICOS-INHIBIDORES DE LA ISOCITRATO DESHIDROGENASA		
IDHIFA	T5	PA QL (30 tabs/fill) SP HD CSL
TIBSzezbouOVO	T5	PA SP CSL
VORANIGO	T5	PA SP CSL
ANTINEOPLÁSICOS, VARIOS		
<i>etoposide</i>	T2	SP HD CSL
LYSODREN	T3	CSL
MATULANE	T5	SP CSL
<i>tretinoin 10 mg capsule</i>	T2	CSL
INMUNOMODULADORES		
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
SP – Medicamentos de especialidad

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

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

ANTINEOPLÁSICOS (Cáncer) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
MODULADORES SELECTIVOS DE RECEPTORES ESTROGÉNICOS (SERM)		
FARESTON (<i>toremifene citrate</i>)	T4	HD CSL
SOLTAMOX <i>tamoxifen citrate</i>	T4	HD PPACA CSL
<i>toremifene citrate</i> (Fareston)	T2	HD PPACA CSL
	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
AGE – Requisito de edad
SP – Medicamentos de especialidad

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

Lista de medicamentos con receta

MEDICAMENTOS CONTRA LA OBESIDAD (Control del peso) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANOREXÍGENOS CONTRA LA OBESIDAD		
<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)
AGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE LA MELANOCORTINA 4 CONTRA LA OBESIDAD		
IMCIVREE	T5	PA QL (6 mls/30 days) SP
AGONISTAS DE LOS RECEPTORES DEL PÉPTIDO SIMILAR AL GLUCAGÓN TIPO I CONTRA LA OBESIDAD		
<i>liraglutide 18 mg/3 ml pen</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)
COMBINACIÓN DE MIMÉTICOS DE INCRETINA CONTRA LA OBESIDAD		
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)
AGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE LA SEROTONINA 2C CONTRA LA OBESIDAD		
BELVIQ	T4	PA
BELVIQ XR	T4	PA
ANTAG. OPIOIDES-INHIB. DE LA RECAPT. DE NOREPINEFRINA Y DOPAMINA CONTRA LA OBESIDAD		
CONTRAVE	T4	PA QL (120 tabs/fill)
AGENTES QUE REDUCEN LA ABSORCIÓN DE GRASAS		
ORLISTAT	T4	PA QL (90 caps/fill)
XENICAL	T4	PA QL (90 caps/fill)

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

SP – Medicamentos de especialidad

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

ANTIPARASITARIOS (Condiciones oculares)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIPARASITARIOS OFTÁLMICOS (DE LOS OJOS)		
XDEMYY	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

SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

MEDICAMENTOS ANTIPARKINSONIANOS (Enfermedad de Parkinson) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
MEDICAMENTOS ANTIPARKINSONIANOS, OTROS		
NOURIANZ	T5	PA QL (30 tabs/fil) 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> (Agyrin)	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
SP – Medicamentos de especialidad

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

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

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

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

ANTIVÍRICOS (SIDA/VIH) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIVÍRICOS, ESPECÍFICOS PARA VIH, NO NUCLEÓSIDOS, RTI (cont.)		
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
ANTIVÍRICOS, ESPECÍFICOS PARA VIH, ANÁLOGOS DE NUCLEÓSIDOS, RTI		
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
ANTIVÍRICOS, ESPECÍFICOS PARA VIH, COMB. DE INHIBIDORES DE LA PROTEASA		
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
AGE – Requisito de edad
SP – Medicamentos de especialidad

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

Lista de medicamentos con receta

ANTIVÍRICOS (SIDA/VIH) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIVÍRICOS, ESPECÍFICOS PARA VIH, INHIBIDORES DE LA PROTEASA		
<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</i> (Norvir)	T2	SP
VIRACEPT	T5	SP
ANTIVÍRICOS, INHIBIDORES DE LA TRANSFERENCIA DE CADENA DE LA INTEGRASA DEL VIH-1		
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</i> (Complera)	T2	SP
<i>efavirenz/lamivu/tenofov disop</i> (Symfi Lo)	T2	SP
<i>efavirenz/lamivu/tenofov disop</i> (Symfi)	T2	SP
<i>emtricit/rilpivirine/tenof df</i>	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
 AGE – Requisito de edad
 QL – Límite a la cantidad
 SP – Medicamentos de especialidad

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

Lista de medicamentos con receta

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

SP – Medicamentos de especialidad

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

ANTIVÍRICOS (Infecciones) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIVÍRICOS, GENERALES (cont.)		
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

SP – Medicamentos de especialidad

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

ANTIVÍRICOS (Condiciones cutáneas) (cont.)

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

ANTIVÍRICOS TÓPICOS (cont.)

<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

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

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

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ADRENÉRGICOS, AROMÁTICOS, SIN CATECOLAMINAS		
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

SP – Medicamentos de especialidad

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

MEDICAMENTOS PARA EL SISTEMA NERVIOSO AUTÓNOMO (Condiciones urinarias) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGENTES PARASIMPATICOMIMÉTICOS (cont.)		
SALAGEN (<i>pilocarpine hcl</i>)	T4	HD
URECHOLINE (<i>bethanechol chloride</i>)	T4	HD
PRODUCTOS BIOLÓGICOS (Alergia/rociadores nasales)		
EXTRACTOS ALERGÉNICOS, TERAPÉUTICOS		
GRASTEK	T3	PA
ODACTRA	T3	PA
ORALAIR	T3	PA
RAGWITEK	T3	PA
PRODUCTOS BIOLÓGICOS (Medicamentos para la presión arterial/para el corazón)		
INHIBIDORES DE CALICREÍNA PLASMÁTICA		
TAKHZYRO	T4	PA SP HD
PRODUCTOS BIOLÓGICOS (Varios)		
AGENTES PARA EL TRATAMIENTO DE LA FENILCETONURIA - FENILALANINA AMONIO LIASA		
PALYNZIQ 10 MG/0.5 ML SYRINGE	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
PRODUCTOS BIOLÓGICOS (Vacunas)		
VACUNAS CONTRA EL COVID-19		
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
VACUNAS CONTRA VIRUS ENTÉRICOS		
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

SP – Medicamentos de especialidad

AGE – Requisito de edad

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

PRODUCTOS BIOLÓGICOS (Vacunas) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
VACUNAS CONTRA VIRUS ENTÉRICOS (cont.)		
ROTARIX	T4	HD PPACA
ROTATEQ	T3	PPACA
VACUNAS CONTRA COCOS GRAMNEGATIVOS		
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
VACUNAS CONTRA COCOS GRAMPOSITIVOS		
CAPVAXIVE	T3	PPACA
PNEUMOVAX 23	T3	PPACA
PREVNAR 13	T3	
PREVNAR 20	T3	PPACA
VAXNEUVANCE	T3	PPACA
VACUNAS CONTRA EL VIRUS DE LA INFLUENZA		
AUDENZ (NATIONAL STOCKPILE)	T3	
AFLURIA	T3	PPACA
AFLURIA QUAD	T3	PPACA
AFLURIA TRIV	T3	PPACA
AFLURIA TRIVALENT	T3	PPACA
FLUAD	T3	PPACA
FLUAD QUAD	T3	PPACA
FLUAD TRIVALENT	T3	PPACA
FLUARIX	T3	PPACA
FLUARIX QUAD	T3	PPACA
FLUARIX TRIVALENT	T3	PPACA
FLUBLOK	T3	PPACA
FLUBLOK QUAD	T3	PPACA
FLUBLOK TRIVALENT	T3	PPACA
FLUCELVAX	T3	PPACA
FLUCELVAX QUAD	T3	PPACA
FLUCELVAX TRIVALENT	T3	PPACA

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
 AGE – Requisito de edad
 SP – Medicamentos de especialidad

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

Lista de medicamentos con receta

PRODUCTOS BIOLÓGICOS (Vacunas) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
VACUNAS CONTRA EL VIRUS DE LA INFLUENZA (cont.)		
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
VACUNAS CONTRA VIRUS NEUROTÓXICOS		
DENGAXIA	T3	PPACA
VACUNAS/TOXOIDES CONTRA BACILOS TOXIGÉNICOS		
BCG VACCINE (TICE STRAIN)	T5	SP
PREPARACIONES, COMBINACIONES DE VACUNAS/TOXOIDES		
ACTHIB	T3	PPACA
ADACEL TDAP	T3	PPACA
BOOSTRIX TDAP	T3	PPACA
DAPTACEL DTAP	T3	PPACA
DIPHTHERIA-TETANUS TOXOIDS-PED	T3	
HIBERIX	T3	PPACA
INFANRIX DTAP	T3	PPACA
KINRIX	T3	PPACA
M-M-R II VACCINE	T3	PPACA
PEDVAXHIB	T3	PPACA
PENTACEL	T3	PPACA
PENTACEL ACTHIB COMPONENT	T3	PPACA
PRIORIX	T3	PPACA
PROQUAD	T3	PPACA
QUADRACEL DTAP-IPV	T3	PPACA

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

T5 – Medicamentos de especialidad de marca
PA – Autorización previa
AGE – Requisito de edad
QL – Límite a la cantidad
SP – Medicamentos de especialidad

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

Lista de medicamentos con receta

PRODUCTOS BIOLÓGICOS (Vacunas) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
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
ENGRIX-B ADULT	T3	PPACA
ENGRIX-B PEDIATRIC-ADOLESCENT	T3	PPACA
ERVEBO (NATIONAL STOCKPILE)	T3	
GARDASIL 9	T3	PPACA
HAVRIX	T3	PPACA
HEPLISAV-B	T3	PPACA
JYNNEOS	T3	
MRESVIA	T3	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
AGE – Requisito de edad
SP – Medicamentos de especialidad

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

Lista de medicamentos con receta

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

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
 AGE – Requisito de edad
 SP – Medicamentos de especialidad

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

Lista de medicamentos con receta

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

SP – Medicamentos de especialidad

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

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

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

AGENTES BLOQUEADORES DE LOS CANALES DE CALCIO (cont.)

<i>diltiazem hcl</i> (Cardizem 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

INHIBIDOR DE LA MIOSINA CARDÍACA

CAMZYOS	T5	PA QL (30 caps/fill) SP HD
---------	----	----------------------------

GLUCÓSIDOS DIGITÁLICOS

<i>digoxin</i>	T2	HD
<i>digoxin</i> (Lanoxin)	T2	HD
LANOXIN	T4	HD
LANOXIN (<i>digoxin</i>)	T4	HD

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

<i>ivabradine hcl</i> (Corlanor)	T2	PA HD
----------------------------------	----	-------

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
AGE – Requisito de edad
SP – Medicamentos de especialidad

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

Lista de medicamentos con receta

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

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

ESTIMULADOR DE LA GUANILATO CICLASA SOLUBLE (SGC)

VERQUVO	T3	QL (30 tabs/fill)
---------	----	-------------------

VASODILADORES, CORONARIOS

GONITRO	T4	HD
ISORDIL (<i>isosorbide dinitrate</i>)	T4	HD
ISORDIL TITRADOSE (<i>isosorbide dinitrate</i>)	T4	HD
<i>isosorbide dinitrate</i>	T2	HD
<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

REVIAT 10 MG/ML ORAL SUSP (<i>sildenafil citrate</i>)	T5	PA QL (112 mls/fill) SP HD
REVIAT 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
AGE – Requisito de edad
SP – Medicamentos de especialidad

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

Lista de medicamentos con receta

CARDIOVASCULARES (Asma/EPOC/condiciones respiratorias) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGENTE ANTIHIPERTENSIVO PULMONAR, ACTRIIA-FC		
WINREVAIR	T5	PA SP HD
WINREVAIR (2 PACK)	T5	PA SP HD
ANTIHIPERTENSIVOS PULMONARES, TIPO PROSTACICLINAS		
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
ANTIHIP. PULMONAR-ANTAGONISTA DE LOS RECEPTORES DE ENDOTELINA-INHIB. DE LA PDE5 DEL GMPC		
OPSYNVI	T5	PA QL (30 tabs/fill) SP HD

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

COMBINACIÓN DE INHIBIDORES DE LA ECA-BLOQUEADORES DE LOS CANALES DE CALCIO		
<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
INHIBIDOR DE LA ECA-TIAZIDA O DIURÉTICO TIAZÍDICO		
<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
SP – Medicamentos de especialidad

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

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

CARDIOVASCULARES (Medicamentos para la presión arterial/para el corazón) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
INHIBIDOR DE LA ECA-TIAZIDA O DIURÉTICO TIAZÍDICO (cont.)		
<i>captopril/hydrochlorothiazide</i>	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
AGENTES BLOQUEADORES ADRENÉRGICOS ALFA/BETA		
<i>carvedilol</i> (Coreg)	T1	HD
<i>carvedilol phosphate</i> (Coreg Cr)	T2	HD
COREG CR (<i>carvedilol phosphate</i>)	T4	ST HD
AGENTES BLOQUEADORES ADRENÉRGICOS ALFA		
CARDURA 1 MG TABLET (<i>doxazosin mesylate</i>)	T4	ST QL (30 tabs/fill) HD
CARDURA 2 MG TABLET (<i>doxazosin mesylate</i>)	T4	ST QL (30 tabs/fill) HD
CARDURA 4 MG TABLET (<i>doxazosin mesylate</i>)	T4	ST QL (30 tabs/fill) HD
CARDURA 8 MG TABLET (<i>doxazosin mesylate</i>)	T4	ST QL (60 tabs/fill) HD
CARDURA XL	T4	ST QL (30 tabs/fill) HD
<i>doxazosin mesylate 1 mg tab</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
ANTAG. DE RECEPT. DE ANGIOTENSINA-BLOQ. DE LOS CANALES DE CALCIO-TIAZIDAS		
<i>amlodipine/valsartan/hcthiiazid</i> (Exforge Hct)	T2	HD
<i>olmesartan/amlodipin/hcthiiazid</i> (Tribenzor)	T2	HD
COMB. INHIBIDOR DEL RECEPT. DE ANGIOTENSINA-DE LA NEPRILISINA (ARNI)		
ENTRESTO (<i>sacubitril/valsartan</i>)	T4	QL (60 tabs/30 days)
ENTRESTO SPRINKLE	T3	QL (240 caps/fill) HD
<i>sacubitril/valsartan</i> (Entresto)	T2	QL (60 tabs/30 days) HD

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

SP – Medicamentos de especialidad

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

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		
ACCUPRIL (<i>quinapril hcl</i>)	T4	HD
ALTACE (<i>ramipril</i>)	T4	HD
<i>benazepril hcl</i>	T1	HD
<i>benazepril hcl</i> (Lotensin)	T1	HD
<i>captopril</i>	T2	HD
<i>enalapril maleate</i> (Epaned)	T2	HD
<i>enalapril maleate</i> (Vasotec)	T1	HD
<i>fosinopril sodium</i>	T1	HD
<i>lisinopril</i> (Zestril)	T1	HD
LOTENSIN (<i>benazepril hcl</i>)	T4	HD
<i>moexipril hcl</i>	T2	HD
<i>perindopril erbumine</i>	T1	HD
<i>quinapril hcl</i> (Accupril)	T1	HD
<i>ramipril</i>	T1	HD
<i>ramipril</i> (Altace)	T1	HD
<i>trandolapril</i>	T1	HD
VASOTEC (<i>enalapril maleate</i>)	T4	HD
ZESTRIL (<i>lisinopril</i>)	T4	HD
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
AGE – Requisito de edad
QL – Límite a la cantidad
SP – Medicamentos de especialidad

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

Lista de medicamentos con receta

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

DEMSER (<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
AGE – Requisito de edad
QL – Límite a la cantidad
SP – Medicamentos de especialidad

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

Lista de medicamentos con receta

CARDIOVASCULARES (Medicamentos para la presión arterial/para el corazón) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGENTES BLOQUEADORES ADRENÉRGICOS BETA (cont.)		
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
BETABLOQUEANTES Y TIAZIDAS, DIURÉTICOS TIAZÍDICOS		
<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
INHIBIDOR DE LA RENINA, DIRECTO		
<i>aliskiren hemifumarate</i> (Tekturna)	T2	HD
COMB. DE INHIBIDORES DIRECTOS DE LA RENINA Y DIURÉTICOS TIAZÍDICOS		
TEKTURN HCT	T3	HD
COMBINACIÓN DE VASODILADORES		
<i>isosorbide dinit/hydralazine</i> (Bidil)	T2	HD
VASODILADORES, PERIFÉRICOS		
<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

SP – Medicamentos de especialidad

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

CARDIOVASCULARES (Medicamentos para el colesterol)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIHIPERLIP. - INHIB. DE HMG-COA REDUCT.-INHIB. DE AB. DE COLEST.		
<i>ezetimibe-atorvastatin tabs</i>	T2	ST QL (30 tabs/30 days) HD
ANTIHIPERLIP. - INHIB. DE HMG-COA REDUCT.-INHIB. DE AB. DE COLEST.		
<i>ezetimibe/simvastatin (Vytorin)</i>	T2	QL (30 tabs/fill) HD
ROSZET	T4	ST QL (30 tabs/fill) HD
ANTIHIPERLIP. - INHIB. DE HMG-COA REDUCT.-BLOQUEADORES DE LOS CANALES DE CALCIO		
<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
ANTIHIPERLIPIDÉMICOS - INHIBIDORES DE LA APOLIPOPROTEÍNA		
TRYNGOLZA	T5	PA SP
ANTIHIPERLIPIDÉMICOS - INHIBIDOR DE ATP-CITRATO LIASA		
NEXLETOL	T3	PA
ANTIHIPERLIPIDÉMICOS - INHIBIDORES DE MTP		
JUXTAPID	T5	PA SP HD
ANTIHIPERLIPIDÉMICOS - INHIBIDORES DE PCSK9		
REPATHA PUSHTRONEX	T3	PA
REPATHA SURECLICK	T3	PA
REPATHA SYRINGE	T3	PA
ANTIHIPERLIPIDÉMICOS - INHIBIDOR DE LA ABSORCIÓN DE ACLY Y COLEST.		
NEXLIZET	T3	PA
ANTIHIPERLIPIDÉMICOS-INHIB. DE LA HMG-COA REDUCTASA (ESTATINAS)		
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

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

CARDIOVASCULARES (Medicamentos para el colesterol) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIHIPERLIPIDÉMICOS-INHIB. DE LA HMG-COA REDUCTASA (ESTATINAS) (cont.)		
<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
SECUESTRADORES DE SALES BILIARES		
<i>cholestyramine</i>	T2	HD
<i>cholestyramine (Questran Light)</i>	T2	HD
<i>cholestyramine (with sugar) (Questran)</i>	T2	HD
<i>cholestyramine/aspartame</i>	T2	HD
<i>colesevelam hcl (Welchol)</i>	T2	HD
COLESTID	T4	ST HD
COLESTID (<i>colestipol hcl</i>)	T4	ST HD
<i>colestipol hcl</i>	T2	HD
<i>colestipol hcl (Colestid)</i>	T2	HD
QUESTRAN (<i>cholestyramine (with sugar)</i>)	T4	ST HD
QUESTRAN LIGHT (<i>cholestyramine</i>)	T4	ST HD
LIPOTRÓPICOS		
<i>ezetimibe (Zetia)</i>	T2	HD
<i>fenofibrate 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

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

MEDICAMENTOS PARA EL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL (Enfermedad de Alzheimer)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura

TRATAMIENTO DEL ALZHEIMER, ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES NMDA

<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
SP – Medicamentos de especialidad

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

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

MEDICAMENTOS PARA EL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL (Varios) (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

SP – Medicamentos de especialidad

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

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

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGENTES PARA TRATAR LA ESCLEROSIS MÚLTIPLE (cont.)		
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 (Onfi)</i>	T2	PA HD
<i>clonazepam</i>	T2	HD
<i>clonazepam (Klonopin)</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
SP – Medicamentos de especialidad

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

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

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

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

ANTICONVULSIVOS - TIPO BENZODIAZEPINAS (cont.)

DIASTAT (<i>diazepam</i>)	T4	HD
<i>diazepam 10 mg rectal gel syrg</i>	T2	HD
<i>diazepam 10mg rectal gel (2pk)</i>	T2	HD
<i>diazepam 2.5mg rectal gel(2pk) (Diastat)</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

APTiom (<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

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

MEDICAMENTOS PARA EL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL (Trastornos convulsivos) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTICONVULSIVOS (cont.)		
<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 500 mg/5 ml cup</i>	T2	HD
<i>levetiracetam 1,000mg/10ml cup</i> (Keppra)	T2	HD
<i>levetiracetam 500 mg/5 ml soln</i>	T2	HD
<i>levetiracetam 100 mg/ml soln</i> (Keppra)	T2	HD
LEVETIRACETAM 250 MG TAB SUSP	T4	ST HD
<i>levetiracetam 250 mg tablet</i> (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

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

MEDICAMENTOS PARA EL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL (Trastornos convulsivos) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTICONVULSIVOS (cont.)		
<i>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

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

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

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTICONVULSIVOS (cont.)		
<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
AGE – Requisito de edad
SP – Medicamentos de especialidad

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

Lista de medicamentos con receta

ANTICONCEPTIVOS (Productos anticonceptivos)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTICONCEPTIVOS, INTRAVAGINALES, SISTÉMICOS		
ANNOVERA	T4	ST QL (1 ring/365 days) PPACA
etonogestrel/ethinyl estradiol (Nuvaring)	T2	PPACA
ANTICONCEPTIVOS, INYECTABLES		
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
ANTICONCEPTIVOS, ORALES		
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
ANTICONCEPTIVOS TRANSDÉRMICOS		
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
 AGE – Requisito de edad
 QL – Límite a la cantidad
 SP – Medicamentos de especialidad

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

Lista de medicamentos con receta

ANTICONCEPTIVOS (Productos anticonceptivos) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
DISPOSITIVOS INTRAUTERINOS (DIU)		
KYLEENA	T5	SP PPACA
LILETTA	T5	SP PPACA
MIRENA	T5	SP PPACA
SKYLA	T5	SP PPACA
PREPARACIONES PARA LA TOS/EL RESFRÍO (Alergia/rociadores nasales)		
COMB. DE ANTIHIST.-DESCONGEST.-ANTICOLINÉRGICOS DE I.º GENERACIÓN		
RESPA A.R. (<i>pseudoephed/chlor-mal/bell alk</i>)	T4	
PREPARACIONES PARA LA TOS/EL RESFRÍO (Medicamentos para la tos/el resfrío)		
ANTITUSIVOS NO OPIOIDES		
<i>benzonatate</i>	T2	
ANTITUS. NO OPIOIDES-ANTIHISTAMÍNICOS DE I.º GENERACIÓN-DESCONGESTIVOS		
BROMFED DM (<i>brompheniramine/pseudoephed/dm</i>)	T4	
<i>brompheniramine/pseudoephed/dm</i> (Bromfed Dm)	T2	
COMB. DE ANTITUSIVOS NO OPIOIDES-ANTIHISTAMÍNICOS DE I.º GENERACIÓN		
<i>promethazine/dextromethorphan</i>	T2	
ANTITUSIVOS OPIOIDES-ANTIHISTAMÍNICOS DE I.º GENERACIÓN-DESCONGESTIVOS		
CAPCOF	T4	
HISTEX-AC	T4	
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	
ANTITUSIVOS OPIOIDES-ANTIHISTAMÍNICOS DE I.º GENERACIÓN-DESCONGESTIVOS		
ZODRYL DAC 60	T4	
ZODRYL DAC 80	T4	
ANTITUSIVOS OPIOIDES-ANTIHISTAMÍNICOS DE I.º GENERACIÓN		
<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
AGE – Requisito de edad
QL – Límite a la cantidad
SP – Medicamentos de especialidad

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

Lista de medicamentos con receta

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

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

DIAGNÓSTICO (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

fluorescein sodium	T2	
ful-glo 1 mg ophth strip	T2	
FUL-GLO EYE STRIPS	T4	

AGENTES PARA IMÁGENES POR FLUORESCENCIA - TEJIDO MALIGNO

GLEOLAN	T4	
---------	----	--

PRODUCTOS DE DIAGNÓSTICO RADIOPACOS GASTROINTESTINALES

diatrizoate meglumine, sodium (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

AGE – Requisito de edad

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

DIAGNÓSTICO (Varios) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
PRODUCTOS DE DIAGNÓSTICO RADIOPACOS GASTROINTESTINALES (cont.)		
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	
PRODUCTOS DE DIAGNÓSTICO DE LA FUNCIÓN METABÓLICA		
METOPIRONE	T4	
PRODUCTOS DE DIAGNÓSTICO RADIOACTIVOS, GENERALES		
XENON XE-133	T4	
PRODUCTOS DE DIAGNÓSTICO DE LA FUNCIÓN METABÓLICA RADIOACTIVOS		
SODIUM IODIDE I-123	T4	
ELEMENTOS RADIOFARMACÉUTICOS		
INDICLOR	T4	
PRODUCTOS DE DIAGNÓSTICO RADIOPACOS URINARIOS		
CYSTO-CONRAY II	T4	
CYSTOGRAFIN	T4	
CYSTOGRAFIN-DILUTE	T4	

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

AGE – Requisito de edad
SP – Medicamentos de especialidad

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

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

DIAGNÓSTICO (Varios) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
PRODUCTOS DE DIAGNÓSTICO RADIOPACOS URINARIOS (cont.)		
KETONE CARE TEST STRIP	T3	
KETONE TEST STRIP	T3	
KETOSTIX REAGENT	T3	
TRUEPLUS KETONE TEST STRIP	T3	
ELEMENTOS PARA EXAMEN DE GLUCOSA/ACETONA EN ORINA, TIRAS REACTIVAS		
KETO-DIASTIX REAGENT	T3	
ELEMENTOS PARA DIVERSOS ANÁLISIS DE ORINA		
CHEK-STIX	T3	
CHEMSTRIP	T3	
CHEMSTRIP 10 WITH SG	T3	
CHEMSTRIP 2 GP	T3	
CHEMSTRIP 50B	T3	
CHEMSTRIP 7	T3	
CHEMSTRIP 9	T3	
COMBISTIX REAGENT	T3	
HEMA-COMBISTIX	T3	
KETO-DIASTIX REAGENT	T3	
LABSTIX REAGENT	T3	
MULTISTIX	T3	
MULTISTIX 10 SG	T3	
MULTISTIX 5	T3	
MULTISTIX 7	T3	
MULTISTIX 8 SG	T3	
MULTISTIX 9	T3	
MULTISTIX 9 SG	T3	
URISTIX 4	T3	
URISTIX REAGENT	T3	
DIURÉTICOS (Diuréticos)		
ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE LA ARGININA VASOPRESINA (AVP)		
<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
INHIBIDORES DE LA ANHIDRASA CARBÓNICA		
<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
SP – Medicamentos de especialidad

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

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

DIURÉTICOS (Diuréticos) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
DIURÉTICOS DE ASA		
<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
AGENTE DE LA ENFERMEDAD RENAL POLIQUÍSTICA, ANTAG. DE LOS RECEPT. DE LA AVP		
<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
DIURÉTICOS AHORRADORES DE POTASIO		
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
 SP – Medicamentos de especialidad

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

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

DIURÉTICOS (Diuréticos) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
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
SP – Medicamentos de especialidad

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

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

PREPARACIONES PARA LOS OJOS, LOS OÍDOS, LA NARIZ Y LA GARGANTA (Alergia/rociadores nasales) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
PREPARACIONES NASALES, VASOCONSTRICTORES (CON RECETA)		
ADRENALIN CHLORIDE	T4	
epinephrine hcl	T2	
PREPARACIONES PARA LOS OJOS, LOS OÍDOS, LA NARIZ Y LA GARGANTA (Medicamentos para los oídos)		
PREPARACIONES ÓTICAS, ANTIINFLAMATORIAS		
DERMOTIC (fluocinolone acetonide oil)	T4	
fluocinolone acetonide oil (Dermotic)	T2	
PREPARACIONES ÓTICAS, VARIAS, ANTIINFECCIOSOS		
acetic acid	T2	
CORTANE-B (hydrocort/pramoxine/chloroxyl)	T4	
hydrocortisone/acetic acid	T2	
PREPARACIONES PARA LOS OJOS, LOS OÍDOS, LA NARIZ Y LA GARGANTA (Condiciones oculares)		
AGENTES PARA EL ENTRECRUZAMIENTO DE COLÁGENO CORNEAL		
PHOTREXA CROSS-LINKING	T4	
PHOTREXA VISCOUS	T4	
LÁGRIMAS ARTIFICIALES		
KLARITY (CHONDROITIN)	T4	
LACRISERT	T4	PA QL (60 inserts/fill)
MIEBO	T3	PA QL (3 mls/fill)
ANTIINFECCIOSOS PARA LOS OJOS (CON RECETA ÚNICAMENTE)		
BETADINE	T4	
povidone-iodine	T2	
AGENTES ANTIINFLAMATORIOS PARA LOS OJOS		
ACULAR (ketorolac tromethamine)	T4	ST
ACULAR LS (ketorolac tromethamine)	T4	ST
bromfenac sodium	T2	
bromfenac sodium (Bromsite)	T2	
bromfenac sodium (Prolensa)	T2	
dexamethasone sodium phosphate	T2	
DEXTENZA	T4	
diclofenac 0.1% eye drops	T2	
difluprednate (Durezol)	T2	
EYSUVIS	T3	PA QL (8.3 mls/30 days)
fluorometholone (Fml)	T2	

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

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

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

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

AGENTES ANTIINFLAMATORIOS PARA LOS OJOS (cont.)

<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

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

PREPARACIONES PARA LOS OJOS, LOS OÍDOS, LA NARIZ Y LA GARGANTA (Condiciones oculares) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ESTABILIZADORES DE MASTOCITOS PARA LOS OJOS		
ALOCRIL	T4	ST
cromolyn 4% eye drops	T2	
COMBINACIONES DE MIDRIÁTICOS OCULARES Y AINE		
MYDRIATIC4(TROP-PROP-PE-KTRLC)	T4	
PREPARACIONES OCULARES, VARIAS (SIN RECETA)		
GELFILM	T4	
VASOCONSTRICTORES PARA LOS OJOS		
phenylephrine hcl	T2	
MIÓTICOS Y OTROS REDUCTORES DE LA PRESIÓN INTRAOCULAR		
ALPHAGAN P	T4	ST HD
ALPHAGAN P (brimonidine tartrate)	T4	ST HD
apraclonidine hcl	T2	HD
betaxolol hcl	T2	HD
BETOPTIC S	T4	HD
bimatoprost	T2	PA HD
BIMATOPROST-BRIMONIDINE-DORZOL	T4	HD
BIMATOPROST-DORZOLAMID-TIMOLOL	T4	HD
brimonidine tartrate	T2	HD
brimonidine tartrate (Alphagan P)	T2	HD
brimonidine tartrate/timolol (Combigan)	T2	HD
BRIMONIDINE 0.1%-DORZOLAM 2%	T4	
BRIMONIDINE 0.15%-DORZOLAM 2%	T4	HD
brinzolamide (Azopt)	T2	HD
carteolol hcl	T2	HD
COMBIGAN (brimonidine tartrate/timolol)	T4	ST HD
DORZOLAMIDE	T4	HD
dorzolamide hcl	T2	HD
dorzolamide hcl/timolol maleat (Cosopt)	T2	HD
dorzolamide/timolol/pf (Cosopt Pf)	T2	HD
IOPIDINE	T4	ST HD
ISOPTO CARPINE (pilocarpine hcl)	T4	HD
LATANOPROST 0.005% EYE DROP	T4	HD
latanoprost 0.005% eye drops (Xalatan)	T2	PA HD
levobunolol hcl	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

AGE – Requisito de edad
SP – Medicamentos de especialidad

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

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

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

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

MIÓTICOS Y OTROS REDUCTORES DE LA PRESIÓN INTRAOCULAR (cont.)

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

MIDRIÁTICOS

<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
 AGE – Requisito de edad
 SP – Medicamentos de especialidad

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

Lista de medicamentos con receta

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

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

MIDRIÁTICOS (cont.)

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

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

PREPARACIONES PARA LOS OJOS, LOS OÍDOS, LA NARIZ Y LA GARGANTA (Condiciones oculares) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGENTES OFTÁLMICOS REDUCTORES DE LA CISTINA		
CYSTARAN	T5	PA SP
FACTOR DE CRECIMIENTO DEL NERVIÓ 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		
DOJOLV	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

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

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

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

ELECT./CALÓRICOS/H2O (Diabetes) (cont.)

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

AGENTES PARA TRATAR LA HIPOGLUCEMIA (HIPERGLUCÉMICOS) (cont.)

<i>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)

SUPLEMENTOS DE ÁCIDO NUCLEICO/NUCLEÓTIDOS

XURIDEN	T5	PA SP
---------	----	-------

ELECT./CALÓRICOS/H2O (Nutritivos/alimenticios)

CARBOHIDRATOS

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

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

ELECT./CALÓRICOS/H2O (Nutritivos/alimenticios) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
REDUCTORES DE ELECTROLITOS		
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)
PREPARACIONES CON FLÚOR		
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
SP – Medicamentos de especialidad

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

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

ELECT./CALÓRICOS/H2O (Nutritivos/alimenticios) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGENTES QUE CONTIENEN YODO		
<i>potassium iodide</i>	T2	
<i>potassium iodide/iodine</i>	T2	
SSKI	T4	
REPOSICIÓN DE HIERRO		
ABATRON	T4	
ABATRON AF	T4	
ACCRUFER	T4	
ACTIVE FE	T4	
APETIGEN-PLUS	T3	
BENTIVITE BX	T4	
CHROMAGEN	T4	
CITRANATAL BLOOM	T4	
CORVITE 150	T4	
CORVITE FE	T4	
<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>eqi iron 65 mg tablet</i>	T2	
<i>eqi slow release iron 45 mg tab</i>	T2	
<i>eqi slow release iron 50 mg tb</i>	T2	
FEOSOL 45 MG CAPLET (<i>iron, carbonyl</i>)	T3	
<i>feosol 65 mg tablet</i>	T2	
FEOSOL BIFERA 28 MG CAPLET	T3	
FERAHEME (<i>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

SP – Medicamentos de especialidad

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

ELECT./CALÓRICOS/H2O (Nutritivos/alimenticios) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
REPOSICIÓN DE HIERRO (cont.)		
FERRETTS IPS 18 MG CAP	T4	
FERRETTS 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>ferumoxyltol</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

SP – Medicamentos de especialidad

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

ELECT./CALÓRICOS/H2O (Nutritivos/alimenticios) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
REPOSICIÓN DE HIERRO (cont.)		
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 b 12/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/b 12/fa/ca/suc</i>	T2	
<i>iron aspgly,ps/c/succinic acid</i>	T2	
<i>iron aspgly,c/b 12/fa/ca-th/suc</i>	T2	
<i>iron bg,ps/vitc/b 12/fa/calcium</i>	T2	
IRON BISGLYCINATE	T4	
<i>iron,carb/vit c/vit b 12/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/b 12/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 b 12/fa</i>	T2	
<i>iron polysaccharide complex</i>	T2	
<i>iron polysaccharide complex (Nu-Iron 150)</i>	T2	
<i>iron ps complex/b 12/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

SP – Medicamentos de especialidad

AGE – Requisito de edad

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

ELECT./CALÓRICOS/H2O (Nutritivos/alimenticios) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
REPOSICIÓN DE HIERRO (cont.)		
<i>iron/c/b12/calciu/stomach conc</i>	T2	
<i>iron/c/folic acd/mv cmb11/calc</i>	T2	
<i>iron/folic ac/vit bcomp,c/min</i>	T2	
<i>iron/folic acid/b12/c/docusate</i>	T2	
<i>iron/folic acid/c/b6/b12/zinc</i>	T2	
<i>iron/vit c/fructooligosacchard</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
AGE – Requisito de edad
QL – Límite a la cantidad
SP – Medicamentos de especialidad

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

Lista de medicamentos con receta

ELECT./CALÓRICOS/H2O (Nutritivos/alimenticios) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
REPOSICIÓN DE HIERRO (cont.)		
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 (Ferrelecit)</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	
PREPARACIONES DE VITAMINAS PEDIÁTRICAS		
<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
REPOSICIÓN DE POTASIO		
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
 AGE – Requisito de edad
 SP – Medicamentos de especialidad

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

Lista de medicamentos con receta

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

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

REPOSICIÓN DE POTASIO (cont.)

EFFER-K 20 MEQ TABLET EFF	T4	
<i>effe-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	

REPOSICIÓN DE PROTEÍNAS

AQNEURSA	T5	PA SP
----------	----	-------

ELECT./CALÓRICOS/H2O (Condiciones urinarias)

SOLUCIONES PARA DIÁLISIS

PRISMASOL	T4	
-----------	----	--

MODIFICADORES DEL PH URINARIO

<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

SP – Medicamentos de especialidad

AGE – Requisito de edad

ST – Tratamiento escalonado

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

HD – Puede requerir entrega a domicilio

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

LIPOTRÓPICOS

<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)

INHIBIDORES DE AMONÍACO

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

ANTICOLINÉRGICOS, AMONIO CUATERNARIO

<i>chlordiazepoxide/clidinium br</i> (Librax)	T2	
GLYCATÉ	T4	
<i>glycopyrrolate</i>	T2	
<i>glycopyrrolate</i> (Cuvposa)	T2	
<i>glycopyrrolate</i> (Robinul Forte)	T2	
<i>glycopyrrolate</i> (Robinul)	T2	
ROBINUL (<i>glycopyrrolate</i>)	T4	
ROBINUL FORTE (<i>glycopyrrolate</i>)	T4	

ANTICOLINÉRGICOS/ANTIESPASMÓDICOS

<i>dicyclomine 10 mg capsule</i>	T2	
<i>dicyclomine 10 mg/5 ml soln</i>	T2	
<i>dicyclomine 20 mg tablet</i>	T2	

ANTIDIARREICOS - INHIBIDORES DE LA TRIPTÓFANO HIDROXILASA

XERMELO	T5	PA QL (90 tabs/fill) SP
---------	----	-------------------------

ANTIDIARREICOS

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

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
AGE – Requisito de edad
SP – Medicamentos de especialidad

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

Lista de medicamentos con receta

GASTROINTESTINALES (Condiciones gastrointestinales/pirosis) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIEMÉTICOS, TIPO CANNABINOIDES		
<i>dronabinol</i> (Marinol)	T2	PA
MARINOL (<i>dronabinol</i>)	T4	PA
SYNDROS	T4	PA
AGENTES ANTIEMÉTICOS/ANTIVÉRTIGO		
<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 dimeglumine</i> (Emend)	T2	
<i>granisetron hcl</i> 0.1 mg/ml vial	T2	
<i>granisetron hcl</i> 1 mg tablet	T2	QL (6 tabs/fill)
<i>granisetron hcl</i> 1 mg/ml vial	T2	
<i>granisetron hcl</i> 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 hcl</i> 4 mg tablet	T2	QL (9 tabs/fill)
<i>ondansetron hcl</i> 4 mg/2 ml syr	T2	
<i>ondansetron hcl</i> 4 mg/2 ml vial	T2	
<i>ondansetron hcl</i> 8 mg tablet	T2	QL (9 tabs/fill)
<i>ondansetron odt</i> 4 mg, 8 mg tablet	T2	QL (9 tabs/30 days)
<i>prochlorperazine</i> (Compazine)	T2	
<i>prochlorperazine maleate</i> (Compazine)	T2	
<i>promethazine hcl</i>	T2	
SANCUSO	T4	QL (1 patch/fill)
<i>scopolamine</i> (Transderm-Scop)	T2	
<i>trimethobenzamide hcl</i>	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

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

GASTROINTESTINALES (Condiciones gastrointestinales/pirosis) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
PREPARACIONES ANTIULCEROSAS		
CYTOTEC (<i>misoprostol</i>)	T4	HD
<i>misoprostol</i> (Cytotec)	T2	HD
<i>sucralfate</i> (Carafate)	T2	HD
ANTIULCEROSOS-AGENTES CONTRA LA H. PYLORI		
<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	
ALCALOIDES DE BELLADONA		
DONNATAL	T4	HD
DONNATAL (<i>phenobarb/hyoscy/atropine/scop</i>)	T4	HD
<i>hyoscyamine sulfate</i>	T2	HD
<i>hyoscyamine sulfate</i> (Levid)	T2	HD
<i>hyoscyamine sulfate</i> (Levsin)	T2	HD
<i>hyoscyamine sulfate</i> (Levsin-SI)	T2	HD
<i>hyoscyamine sulfate</i> (Nulev)	T2	HD
LEVBID (<i>hyoscyamine sulfate</i>)	T4	HD
LEVSIN (<i>hyoscyamine sulfate</i>)	T4	HD
LEVSIN-SL (<i>hyoscyamine sulfate</i>)	T4	HD
<i>methscopolamine bromide</i>	T2	HD
NULEV (<i>hyoscyamine sulfate</i>)	T4	HD
<i>phenobarb/hyoscy/atropine/scop</i>	T2	HD
<i>phenobarb/hyoscy/atropine/scop</i> (Donnatal)	T2	HD
<i>phenobarb/hyoscy/atropine/scop</i> (Phenobarbital-Belladonna)	T2	HD
PHENOBARBITAL-BELLADONNA (<i>phenobarb/hyoscy/atropine/scop</i>)	T4	HD
SYMAX DUOTAB	T4	HD
SALES BILIARES		
CHENODAL	T5	PA SP HD
CHOLBAM 50 MG CAPSULE	T5	PA QL (120 caps/fill) SP HD
CHOLBAM 250 MG CAPSULE	T5	PA SP HD
CTEXTLI	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
 AGE – Requisito de edad
 SP – Medicamentos de especialidad

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

Lista de medicamentos con receta

GASTROINTESTINALES (Condiciones gastrointestinales/pirosis) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
INFLAM. CRÓNICA DIAG. DE COLON, 5-A-SALICILATO, TRAT. RECTAL		
<i>mesalamine 1,000 mg supp</i> (Canasa)	T2	
<i>mesalamine 4 gm/60 ml enema</i> (Sfrowasa)	T2	
<i>mesalamine 4 gm/60 ml kit</i> (Rowasa)	T2	
ROWASA (<i>mesalamine w/cleansing wipes</i>)	T4	
SFROWASA (<i>mesalamine</i>)	T4	
TRAT. FARMAC.-INFLAM. CRÓNICA DIAG. DE COLON, 5-AMINOSALICILATO		
APRISO (<i>mesalamine</i>)	T4	HD
ASACOL HD (<i>mesalamine</i>)	T4	HD
AZULFIDINE (<i>sulfasalazine</i>)	T4	HD
<i>balsalazide disodium</i> (Colazal)	T2	HD
COLAZAL (<i>balsalazide disodium</i>)	T4	HD
<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
AGONISTAS DEL RECEPTOR X FARNESOIDE (FXR), ANÁLOGOS DEL ÁCIDO BILIAR		
OCALIVA	T5	PA QL (30 tabs/fill) SP HD
TRASPLANTE DE MICROBIOTA FECAL (TMF)		
VOWST CAPSULE	T5	PA SP
ENZIMAS GÁSTRICAS		
SUCRAID	T5	PA SP
PREP. PARA LAS HEMORROIDES, ANTIINFLAM. ESTEROIDEOS-ANEST. LOCALES		
ANALPRAM HC 1% CREAM	T4	
ANALPRAM HC 2.5%-1% CREAM (<i>hydrocortisone/pramoxine</i>)	T4	ST
ANALPRAM HC 2.5%-1% CRM SINGLE (<i>hydrocortisone/pramoxine</i>)	T4	ST
<i>hydrocort-pramoxine 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
AGE – Requisito de edad
QL – Límite a la cantidad
SP – Medicamentos de especialidad

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

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 LOS RECEPTORES DE HISTAMINA H2		
<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
AGENTES PARA EL SÍNDROME DE COLON IRRITABLE, COMB. DE AGONISTAS/ANTAGONISTAS DE RECEPT. OPIOIDES		
VIBERZI	T3	HD
AGENTES PARA EL SÍNDROME DE COLON IRRITABLE-C/CIC, AGONISTAS DE LA GUANILATO CICLASA C		
LINZESS	T3	QL (30 caps/fill)
TRULANCE	T3	
INHIBIDOR DEL TRANSPORTADOR DE ÁCIDOS BILIARES ILEALES (IBAT)		
BYLVAY 1,200 MCG CAPSULE	T5	PA QL (60 caps/fill) SP HD
BYLVAY 200 MCG PELLET	T5	PA QL (120 pellets/fill) SP HD
BYLVAY 400 MCG CAPSULE	T5	PA QL (150 caps/fill) SP HD
BYLVAY 600 MCG PELLET	T5	PA QL (30 pellets/fill) SP HD
LIVMARLI	T5	PA SP
ESTIMULANTES DE LA MOTILIDAD INTESTINAL		
<i>metoclopramide hcl</i>	T1	
<i>metoclopramide hcl</i> (Reglan)	T1	
<i>prucalopride succinate</i> (Motegrity)	T2	QL (30 tabs/30 days)
REGLAN (<i>metoclopramide hcl</i>)	T4	
AGENTES PARA EL SÍNDROME DE COLON IRRITABLE, ANTAGONISTAS DEL 5-HT3		
<i>alosetron hcl</i> (Lotronex)	T2	SP HD
AGENTES PARA EL SÍND. DE COLON IRRITABLE, AGONISTA PARCIAL DE 5-HT4		
ZELNORM	T4	
LAXANTES Y CATÁRTICOS		
<i>bisac/nac/na/co3/kcl/peg 3350</i>	T2	PPACA
GIALAX	T4	PPACA
GOLYTELY (<i>peg3350/sod sulf/bicarb,cl/kcl</i>)	T4	
KRISTALOSE	T4	
<i>lactulose</i>	T2	
<i>lactulose 10 gm packet</i>	T2	
<i>lactulose 10 gm/15 ml solution</i>	T2	

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

T5 – Medicamentos de especialidad de marca
PA – Autorización previa
AGE – Requisito de edad
QL – Límite a la cantidad
SP – Medicamentos de especialidad

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

Lista de medicamentos con receta

GASTROINTESTINALES (Condiciones gastrointestinales/pirosis) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
LAXANTES Y CATÁRTICOS (cont.)		
<i>lactulose 20 gm/30 ml solution</i>	T2	
<i>lubiprostone</i>	T2	QL (60 caps/30 days)
NULYTELY WITH FLAVOR PACKS (<i>sodium chloride/nahco3/kcl/peg</i>)	T4	
OSMOPREP	T4	PPACA
<i>peg3350/sod sul/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/nahco3/kcl/peg</i> (Nulytely With Flavor Packs)	T2	PPACA
<i>sodium, potassium,mag sulfates</i> (Suprep)	T2	PPACA
PREPARACIONES ANORRECTALES LOCALES CON NITRATO		
<i>nitroglycerin 0.4% ointment</i> (Rectiv)	T2	
RECTIV (<i>nitroglycerin</i>)	T3	
ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES OPIOIDES MU, CON ACCIÓN PERIFÉRICA		
<i>alvimopan</i>	T2	
ENTEREG	T4	
ENZIMAS PANCREÁTICAS		
CREON	T3	HD
PANCREAZE	T3	HD
VIOKACE	T3	HD
ZENPEP	T3	HD
BLOQUEADORES DE ÁCIDO COMPETITIVOS DE POTASIO (PCABS)		
VOQUEZNA	T4	ST
INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES		
<i>dexlansoprazole dr 60 mg cap</i>	T2	ST HD
<i>esomeprazole dr 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
SP – Medicamentos de especialidad

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

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

GASTROINTESTINALES (Condiciones gastrointestinales/pirosis) (cont.)

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

INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES (cont.)

<i>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

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

HORMONAS (Condiciones gastrointestinales/pirosis)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
PREP. RECTALES/DE COLON, GLUCOCORT. (NO HEMORR.)		
CORTENEMA (<i>hydrocortisone</i>)	T4	
<i>hydrocortisone</i> (Cortenema)	T2	
UCERIS (<i>budesonide</i>)	T3	
HORMONAS (Agentes hormonales)		
HORMONAS ADRENOCORTICOTRÓPICAS		
ACTHAR SELFJECT	T5	PA SP HD
AGENTES ANDROGÉNICOS		
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

SP – Medicamentos de especialidad

AGE – Requisito de edad

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

HORMONAS (Agentes hormonales) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
HORMONAS ANTIDIURÉTICAS Y VASOCONSTRICTORAS		
DDAVP (<i>desmopressin (nonrefrigerated)</i>)	T4	
DDAVP 0.1 MG TABLET (<i>desmopressin acetate</i>)	T4	HD
DDAVP 0.2 MG TABLET (<i>desmopressin acetate</i>)	T4	HD
<i>desmopressin 0.01% solution</i>	T2	HD
DESMOPRESSIN 1.5 MG/ML SPRAY	T3	HD
<i>desmopressin 10 mcg/0.1 ml spr</i>	T2	HD
<i>desmopressin acetate 0.1 mg tb (Ddavp)</i>	T2	HD
<i>desmopressin acetate 0.2 mg tb (Ddavp)</i>	T2	HD
NOCTIVA	T4	
COMBINACIONES DE ESTRÓGENOS/ANDRÓGENOS		
<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
AGENTES ESTROGÉNICOS		
ACTIVELLA (<i>estradiol/norethindrone acet</i>)	T4	HD
CLIMARA (<i>estradiol</i>)	T4	QL (4 patches/28 days) HD
COMBIPATCH	T3	
DELESTROGEN	T4	HD
DELESTROGEN (<i>estradiol valerate</i>)	T4	HD
DEPO-ESTRADIOL	T3	HD
ESTRACE 0.5 MG TABLET (<i>estradiol</i>)	T4	HD
ESTRACE 1 MG TABLET (<i>estradiol</i>)	T4	HD
ESTRACE 2 MG TABLET (<i>estradiol</i>)	T4	HD
<i>estradiol (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 (Estroge)</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

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

HORMONAS (Agentes hormonales) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGENTES ESTROGÉNICOS (cont.)		
<i>estradiol/norethindrone acet</i>	T2	HD
<i>estradiol/norethindrone acet (Activella)</i>	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
COMB. DE ESTRÓGENOS-PROGESTINAS CON ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES PARA MINERALOCORTICOIDES		
ANGELIQ	T4	HD
COMB. DE ESTRÓGENOS Y MOD. SELECTIVOS DE RECEPTORES ESTROGÉN. (SERM)		
DUAVEE	T3	
GLUCOCORTICOIDES		
<i>budesonide</i>	T2	
<i>budesonide (Uceris)</i>	T2	
CORTEF (<i>hydrocortisone</i>)	T4	
<i>cortisone acetate</i>	T2	
<i>deflazacort (Emflaza)</i>	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 (Cortef)</i>	T2	
MEDROL	T4	
<i>MEDROL (methylprednisolone)</i>	T4	
<i>methylprednisolone</i>	T2	
<i>methylprednisolone (Medrol)</i>	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
AGE – Requisito de edad
SP – Medicamentos de especialidad

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

Lista de medicamentos con receta

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

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

HORMONAS (Agentes hormonales) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
OXITÓCICOS		
CERVIDIL	T4	
<i>methylergonovine maleate</i>	T2	QL (240 tabs/30 days)
PREPIDIL	T4	
HORMONAS PARATIROIDEAS		
NATPARA	T5	PA SP HD
YORVIPATH	T5	PA SP
AGENTES SUPRESORES HIPOFISARIOS		
<i>cabergoline</i>	T2	QL (8 tabs/28 days) HD
CRENESSITY	T5	PA SP
<i>danazol</i>	T2	HD
AGENTES PROGESTACIONALES		
<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
AGENTES SOMATOSTÁTICOS		
MYCAPSSA	T5	PA QL (56 caps/28 days) SP
PREPARACIONES DE ESTRÓGENOS VAGINALES		
<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
HORMONAS (Infertilidad)		
PREPARACIONES PARA ESTIMULAR LA FERTILIDAD, SIN FSH		
<i>clomiphene citrate</i>	T2	
HORMONAS FOLICULOESTIMULANTES Y LUTEINIZANTES		
MENOPUR	T5	SP
HORMONA FOLICULOESTIMULANTE (FSH)		
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

SP – Medicamentos de especialidad

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

HORMONAS (Infertilidad) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
HORMONA FOLICULOESTIMULANTE (FSH) (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 12/23 (IL-12/13), 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

SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

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

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

ANTAGONISTAS DE RECEPTORES DE LA IL-23, ANTICUERPOS MONOCLONALES

OMVOH 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</i> (Elidel)	T2	ST QL (120 gms/30 days)
<i>tacrolimus</i> 0.03% ointment	T2	ST QL (120 gms/30 days)
<i>tacrolimus</i> 0.1% ointment	T2	ST QL (120 gms/30 days)

T1 – Genéricos preferidos
T2 – Genéricos no preferidos
T3 – Marcas preferidas
T4 – Marcas no preferidas
T5 – Medicamentos de especialidad de marca
PA – Autorización previa
QL – Límite a la cantidad
SP – Medicamentos de especialidad

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

Lista de medicamentos con receta

INMUNOSUPRESORES (Medicamentos para trasplante)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
INMUNOSUPRESORES		
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

SP – Medicamentos de especialidad

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

DISPOSITIVOS Y SUMINISTROS MÉDICOS VARIOS, NO FARMACOLÓGICOS (Diabetes)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
SUMINISTROS PARA DIABÉTICOS		
2TEK	T4	
ACCU-CHEK	T4	
ACCU-CHEK COMPACT PLUS CONTROL	T4	
ACCU-CHEK FASTCLIX LANCING DEV	T3	
ACCU-CHEK GUIDE CONTROL SOLN	T4	
ACCU-CHEK SMARTVIEW CONTRL SOL	T4	
ACCU-CHEK SOFTCLIX	T3	
ACCUTREND GLUCOSE CONTROL	T4	
ADJUSTABLE LANCING DEVICE	T3	
ADVANCED LANCING DEVICE	T3	
ADVOCATE CONTROL SOLUTION	T4	
ADVOCATE LANCING DEVICE	T3	
ADVOCATE RAPID-SAFE LANCING DV	T3	
ADVOCATE REDI-CODE+ CTRL SOLN	T4	
AGAMATRIX CONTROL	T4	
AGAMATRIX CONTROL SOLUTION	T4	
ALKALINE BATTERIES	T4	
ALTERNATE SITE LANCING DEVICE	T3	
AQUA LANCE LANCING DEVICE	T3	
ASSURE 4 CONTROL SOLUTION	T4	
ASSURE DOSE	T4	
ASSURE PRISM	T4	
AT HOME A1C	T4	
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

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

DISPOSITIVOS Y SUMINISTROS MÉDICOS VARIOS, NO FARMACOLÓGICOS (Diabetes) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
SUMINISTROS PARA DIABÉTICOS (cont.)		
AUTOSOFT XC	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)
DIATRU	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

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

DISPOSITIVOS Y SUMINISTROS MÉDICOS VARIOS, NO FARMACOLÓGICOS (Diabetes) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
SUMINISTROS PARA DIABÉTICOS (cont.)		
EASY 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
 AGE – Requisito de edad
 SP – Medicamentos de especialidad

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

Lista de medicamentos con receta

DISPOSITIVOS Y SUMINISTROS MÉDICOS VARIOS, NO FARMACOLÓGICOS (Diabetes) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
SUMINISTROS PARA DIABÉTICOS (cont.)		
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

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

DISPOSITIVOS Y SUMINISTROS MÉDICOS VARIOS, NO FARMACOLÓGICOS (Diabetes) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
SUMINISTROS PARA DIABÉTICOS (cont.)		
ILET 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
 AGE – Requisito de edad
 SP – Medicamentos de especialidad

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

Lista de medicamentos con receta

DISPOSITIVOS Y SUMINISTROS MÉDICOS VARIOS, NO FARMACOLÓGICOS (Diabetes) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
SUMINISTROS PARA DIABÉTICOS (cont.)		
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

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

DISPOSITIVOS Y SUMINISTROS MÉDICOS VARIOS, NO FARMACOLÓGICOS (Diabetes) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
SUMINISTROS PARA DIABÉTICOS (cont.)		
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
 AGE – Requisito de edad
 SP – Medicamentos de especialidad

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

Lista de medicamentos con receta

DISPOSITIVOS Y SUMINISTROS MÉDICOS VARIOS, NO FARMACOLÓGICOS (Diabetes) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
SUMINISTROS PARA DIABÉTICOS (cont.)		
TWIIST RFL (INFUS-CSST-NDL-SYR)	T3	
TWIIST STARTER KIT	T3	
ULTI-LANCE	T3	
ULTRATRAK CONTROL SOL NORMAL	T4	
ULTRATRAK CONTROL SOLUTION	T4	
ULTRATRAK ULTIMATE CNTRL SOLN	T4	
UNISTIK 2	T3	
UNISTRIP	T4	
VARISOFT INFUSION SET	T3	
V-GO 20	T3	
V-GO 30	T3	
V-GO 40	T3	
VIVAGUARD INO CONTROL SOLUTION	T4	
VIVAGUARD LANCING DEVICE	T3	
EQUIPOS MÉDICOS DURADEROS, VARIOS (GRUPO I)		
1ST TIER UNILET COMFORTOUCH	T3	
2-IN-1 LANCET DEVICE	T3	
ACCU-CHEK FASTCLIX LANCET DRUM	T3	
ACCU-CHEK SAFE-T-PRO	T3	
ACCU-CHEK SAFE-T-PRO PLUS	T3	
ACCU-CHEK SOFTCLIX	T3	
<i>acti-lance lite 28g lancets</i>	T2	
<i>acti-lance special 17g lancets</i>	T2	
<i>acti-lance univers 23g lancets</i>	T2	
ACTI-LANCE UNIVERS 23G LANCETS	T3	
ADVANCED TRAVEL LANCETS	T3	
ADVOCATE LANCET	T3	
ADVOCATE LANCETS	T3	
ADVOCATE SAFETY LANCET	T3	
AGAMATRIX ULTRA-THIN LANCET	T3	PA SP HD
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
 AGE – Requisito de edad
 SP – Medicamentos de especialidad

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

Lista de medicamentos con receta

DISPOSITIVOS Y SUMINISTROS MÉDICOS VARIOS, NO FARMACOLÓGICOS (Diabetes) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
EQUIPOS MÉDICOS DURADEROS, VARIOS (GRUPO I) (cont.)		
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

AGE – Requisito de edad
SP – Medicamentos de especialidad

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

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

DISPOSITIVOS Y SUMINISTROS MÉDICOS VARIOS, NO FARMACOLÓGICOS (Diabetes) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
EQUIPOS MÉDICOS DURADEROS, VARIOS (GRUPO I) (cont.)		
EASY TOUCH TWIST 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

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

DISPOSITIVOS Y SUMINISTROS MÉDICOS VARIOS, NO FARMACOLÓGICOS (Diabetes) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
EQUIPOS MÉDICOS DURADEROS, VARIOS (GRUPO I) (cont.)		
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

AGE – Requisito de edad
SP – Medicamentos de especialidad

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

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

DISPOSITIVOS Y SUMINISTROS MÉDICOS VARIOS, NO FARMACOLÓGICOS (Diabetes) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
EQUIPOS MÉDICOS DURADEROS, VARIOS (GRUPO I) (cont.)		
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
AGE – Requisito de edad
QL – Límite a la cantidad
SP – Medicamentos de especialidad

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

Lista de medicamentos con receta

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

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
EQUIPOS MÉDICOS DURADEROS, VARIOS (GRUPO I) (cont.)		
ULTRATLC LANCETS	T3	
UNILET COMFORTOUCH	T3	
UNILET EXCELITE	T3	
UNILET EXCELITE II	T3	
UNILET GP LANCET	T3	
UNILET LANCET	T3	
UNILET LANCETS	T3	
UNISTIK 2 COMFORT	T3	
UNISTIK 2 EXTRA	T3	
UNISTIK 2 NORMAL	T3	
UNISTIK 3	T3	
UNISTIK 3 COMFORT	T3	
UNISTIK 3 DUAL	T3	
UNISTIK 3 EXTRA	T3	
UNISTIK 3 NORMAL	T3	
UNISTIK COMFORT	T3	
UNISTIK CZT	T3	
UNISTIK EXTRA	T3	
UNISTIK NORMAL	T3	
UNISTIK PRO	T3	
UNISTIK SAFETY	T3	
UNISTIK TOUCH	T3	
UNIVERSAL 1	T3	
VERIFINE SAFETY LANCET MINI	T3	
VERIFINE UNIVERSAL LANCET	T3	
VIVAGUARD LANCET	T3	
VIVAGUARD SAFETY LANCET	T3	

AGUJAS/DISPOSITIVOS SIN AGUJA

AUTOSHIELD DUO PEN NEEDLE	T3	
BD ECLIPSE NEEDLE 18G 40MM	T4	
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

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

DISPOSITIVOS Y SUMINISTROS MÉDICOS VARIOS, NO FARMACOLÓGICOS (Diabetes) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGUJAS/DISPOSITIVOS SIN AGUJA (cont.)		
BD ECLIPSE NEEDLE 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

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

DISPOSITIVOS Y SUMINISTROS MÉDICOS VARIOS, NO FARMACOLÓGICOS (Diabetes) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGUJAS/DISPOSITIVOS SIN AGUJA (cont.)		
MONOJECT FILTER NEEDLE	T4	
NANO 2ND GEN PEN NEEDLE	T3	
NANO PEN NEEDLE	T3	
NEEDLES	T3	
needles,safety huber,disposabl	T2	
NOKOR ADMIX NEEDLE	T3	
NOKOR NEEDLE	T3	
PEN NEEDLE 30G X 8MM	T4	
PERFECT POINT SAFETY NEEDLE	T4	
PHASEAL PROTECTOR	T4	
POLY HUB NEEDLE	T3	
PRECISIONGLIDE	T3	
PRECISIONGLIDE NEEDLE	T3	
QUINCE SPINAL NEEDLE	T3	
RAYA SURE PEN NEEDLE 29G 12MM	T4	
RAYA SURE PEN NEEDLE 31G 5MM	T4	
RAYA SURE PEN NEEDLE 31G 6MM	T4	
REGULAR BEVEL NEEDLES	T3	
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	
JERINGAS Y ACCESORIOS		
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

AGE – Requisito de edad
SP – Medicamentos de especialidad

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

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

DISPOSITIVOS Y SUMINISTROS MÉDICOS VARIOS, NO FARMACOLÓGICOS (Diabetes) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
JERINGAS Y ACCESORIOS (cont.)		
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

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

DISPOSITIVOS Y SUMINISTROS MÉDICOS VARIOS, NO FARMACOLÓGICOS (Diabetes) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
JERINGAS Y ACCESORIOS (cont.)		
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

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

DISPOSITIVOS Y SUMINISTROS MÉDICOS VARIOS, NO FARMACOLÓGICOS (Diabetes) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
JERINGAS Y ACCESORIOS (cont.)		
EASY TOUCH 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

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

DISPOSITIVOS Y SUMINISTROS MÉDICOS VARIOS, NO FARMACOLÓGICOS (Diabetes) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
JERINGAS Y ACCESORIOS (cont.)		
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

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

DISPOSITIVOS Y SUMINISTROS MÉDICOS VARIOS, NO FARMACOLÓGICOS (Diabetes) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
JERINGAS Y ACCESORIOS (cont.)		
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

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

DISPOSITIVOS Y SUMINISTROS MÉDICOS VARIOS, NO FARMACOLÓGICOS (Diabetes) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
JERINGAS Y ACCESORIOS (cont.)		
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

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

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

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
JERINGAS Y ACCESORIOS (cont.)		
ULTICARE TB SAFETY 1 ML 25GX1"	T3	
ULTICARE TB SAFETY 1ML 25GX5/8	T3	
ULTICARE TB SAFETY SYRINGE	T3	
ULTIGUARD SAFE 1ML 30G 12.7MM	T4	
ULTIGUARD SAFEPACK 1ML 31G 8MM	T4	
ULTRA-FINE INSULIN SYRINGE	T3	
UNIVERSAL SYRINGE TIP ADAPTOR	T4	
VANISHPOINT 1 ML TB SYR 25X5/8	T3	
VANISHPOINT 1 ML TB SYR 27X1/2	T3	
VANISHPOINT 20GX1" 3 ML SYRING	T3	
VANISHPOINT 21GX1" 5 ML SYRING	T3	
VANISHPOINT 21GX1.5" 3 ML SYR	T3	
VANISHPOINT 22GX1" 3 ML SYR	T3	
VANISHPOINT 22GX1-1/2" 5 ML SY	T3	
VANISHPOINT 23GX1" 3 ML SYRING	T3	
VANISHPOINT 23GX1-1/2 3 ML SYR	T3	
VANISHPOINT 25GX1" 3 ML SYRING	T3	
VANISHPOINT 25GX5/8" 3 ML SYR	T3	
VANISHPOINT 3 ML 21GX1" SYRING	T3	
VANISHPOINT 3 ML 22GX1.5" SYRG	T3	
VANISHPOINT SYRINGE	T4	
VANISHPOINT SYRINGE 1 ML 25X1"	T3	
VEO INSULIN SYRINGE	T3	

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
 AGE – Requisito de edad
 QL – Límite a la cantidad
 SP – Medicamentos de especialidad

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

Lista de medicamentos con receta

DISPOSITIVOS Y SUMINISTROS MÉDICOS VARIOS, NO FARMACOLÓGICOS (Varios) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
VENDAJES Y SUMINISTROS RELACIONADOS (cont.)		
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

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

DISPOSITIVOS Y SUMINISTROS MÉDICOS VARIOS, NO FARMACOLÓGICOS (Varios) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
VENDAJES Y SUMINISTROS RELACIONADOS (cont.)		
TRANSPARENT THIN FILM DRESSING	T3	
WINDOW BANDAGES	T4	
EQUIPOS MÉDICOS DURADEROS, VARIOS (GRUPO I)		
1ST TIER UNILET COMFORTOUCH	T3	
2-IN-1 LANCET DEVICE	T3	
ACCU-CHEK FASTCLIX LANCET DRUM	T3	
ACCU-CHEK SAFE-T-PRO	T3	
ACCU-CHEK SAFE-T-PRO PLUS	T3	
ACCU-CHEK SOFTCLIX	T3	
<i>acti-lance lite 28g lancets</i>	T2	
<i>acti-lance special 17g lancets</i>	T2	
ACTI-LANCE UNIVERS 23G LANCETS	T3	
<i>acti-lance univers 23g lancets</i>	T2	
ADVANCED TRAVEL LANCETS	T3	
ADVOCATE LANCET	T3	
ADVOCATE LANCETS	T3	
ADVOCATE SAFETY LANCET	T3	
AGAMATRIX ULTRA-THIN LANCET	T3	PA SP HD
ALTERNATE SITE LANCETS	T3	
ASSURE HAEMOLANCE PLUS	T3	
ASSURE LANCE	T3	
ASSURE LANCE PLUS	T3	
BD MICROTAINER LANCETS	T3	
BLOOD LANCETS	T3	
BULLSEYE MINI SAFETY LANCETS	T3	
BUTTERFLY TOUCH LANCET	T3	
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

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

DISPOSITIVOS Y SUMINISTROS MÉDICOS VARIOS, NO FARMACOLÓGICOS (Varios) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
EQUIPOS MÉDICOS DURADEROS, VARIOS (GRUPO I) (cont.)		
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

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

DISPOSITIVOS Y SUMINISTROS MÉDICOS VARIOS, NO FARMACOLÓGICOS (Varios) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
EQUIPOS MÉDICOS DURADEROS, VARIOS (GRUPO I) (cont.)		
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

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

DISPOSITIVOS Y SUMINISTROS MÉDICOS VARIOS, NO FARMACOLÓGICOS (Varios) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
EQUIPOS MÉDICOS DURADEROS, VARIOS (GRUPO I) (cont.)		
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	
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	

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

T5 – Medicamentos de especialidad de marca
PA – Autorización previa
AGE – Requisito de edad
QL – Límite a la cantidad
SP – Medicamentos de especialidad

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

Lista de medicamentos con receta

DISPOSITIVOS Y SUMINISTROS MÉDICOS VARIOS, NO FARMACOLÓGICOS (Varios) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
EQUIPOS MÉDICOS DURADEROS, VARIOS (GRUPO I) (cont.)		
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

AGE – Requisito de edad
SP – Medicamentos de especialidad

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

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

DISPOSITIVOS Y SUMINISTROS MÉDICOS VARIOS, NO FARMACOLÓGICOS (Varios) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
EQUIPOS MÉDICOS DURADEROS, VARIOS (GRUPO I) (cont.)		
UNISTIK CZT	T3	
UNISTIK EXTRA	T3	
UNISTIK NORMAL	T3	
UNISTIK PRO	T3	
UNISTIK SAFETY	T3	
UNISTIK TOUCH	T3	
UNIVERSAL 1	T3	
VIVAGUARD LANCET	T3	
VIVAGUARD SAFETY LANCET	T3	
SUMINISTROS MÉDICOS, VARIOS		
ALCOH-GLOVE	T4	
ALCOH-WIPE	T4	
EQUIPOS DE ADMINISTRACIÓN PARENTERAL		
1.5 VOLT BATTERIES #357	T3	
ACCU-CHEK	T4	
ACCU-CHEK RAPID D 10-100	T4	
ACCU-CHEK RAPID D 10-50	T4	
ACCU-CHEK RAPID D 10-70	T3	
ACCU-CHEK RAPID D 6-100	T4	
ACCU-CHEK RAPID D 6-50	T3	
ACCU-CHEK RAPID D 6-70	T4	
ACCU-CHEK RAPID D 8-100	T4	
ACCU-CHEK RAPID D 8-50	T3	
ACCU-CHEK RAPID D 8-70	T3	
ACCU-CHEK SPIRIT	T3	
ACCU-CHEK TENDER	T3	
ACCU-CHEK ULTRAFLEX	T3	
IVENIX PRIMARY ADMINISTRAT SET	T4	
IV ADMINISTRATION SET	T3	
NERIA	T4	
PARADIGM INFUSION	T3	
POLYFIN QR	T3	
PSV SET	T4	

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

T5 – Medicamentos de especialidad de marca
PA – Autorización previa
AGE – Requisito de edad
QL – Límite a la cantidad
SP – Medicamentos de especialidad

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

Lista de medicamentos con receta

DISPOSITIVOS Y SUMINISTROS MÉDICOS VARIOS, NO FARMACOLÓGICOS (Varios) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
EQUIPOS DE ADMINISTRACIÓN PARENTERAL (cont.)		
Q-SYTE	T3	
SILHOUETTE	T3	
SURE-T	T3	
AYUDAS, DISPOSITIVOS, EQUIPOS RESPIRATORIOS		
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

AGE – Requisito de edad
SP – Medicamentos de especialidad

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

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

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

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AYUDAS, DISPOSITIVOS, EQUIPOS RESPIRATORIOS (cont.)		
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

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

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

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
RELAJANTES DE LOS MÚSCULOS ESQUELÉTICOS (cont.)		
<i>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 (Fleqsuvy)</i>	T2	HD
<i>baclofen 5 mg/5 ml solution</i>	T2	PA HD
<i>carisoprodol (Soma)</i>	T2	
<i>carisoprodol/aspirin</i>	T2	
<i>chlorzoxazone</i>	T2	
<i>chlorzoxazone (Lorzone)</i>	T2	
<i>cyclobenzaprine hcl</i>	T2	
<i>cyclobenzaprine hcl (Amrix)</i>	T2	PA
<i>cyclobenzaprine hcl (Fexmid)</i>	T2	
<i>DANTRIUM (dantrolene sodium)</i>	T4	
<i>dantrolene sodium</i>	T2	
<i>dantrolene sodium (Dantrium)</i>	T2	
<i>FEXMID (cyclobenzaprine hcl)</i>	T4	PA
<i>LORZONE (chlorzoxazone)</i>	T4	PA
<i>metaxalone 400 mg 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	
<i>NORGESIC (orphenadrine/aspirin/caffeine)</i>	T4	
<i>NORGESIC FORTE (orphenadrine/aspirin/caffeine)</i>	T4	
<i>orphenadrine citrate</i>	T2	
<i>orphenadrine/aspirin/caffeine (Norgesic Forte)</i>	T2	
<i>orphenadrine/aspirin/caffeine (Norgesic)</i>	T2	
<i>SOMA (carisoprodol)</i>	T4	
<i>tizanidine hcl</i>	T2	
<i>tizanidine hcl (Zanaflex)</i>	T2	
<i>ZANAFLEX 2 MG CAPSULE (tizanidine hcl)</i>	T4	
<i>ZANAFLEX 4 MG CAPSULE (tizanidine hcl)</i>	T4	
<i>ZANAFLEX 4 MG TABLET (tizanidine hcl)</i>	T4	
<i>ZANAFLEX 6 MG CAPSULE (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

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

VITAMINAS PRENATALES (Nutritivas/alimenticias)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
PREPARACIONES DE VITAMINAS PRENATALES		
BAL-CARE DHA ESSENTIAL	T4	
CADEAU DHA	T4	
CITRANATAL 90 DHA	T4	
CITRANATAL ASSURE	T4	
CITRANATAL DHA	T4	
CITRANATAL HARMONY	T4	
CITRANATAL RX	T4	
<i>cvs prenatal multi-dha softgel</i>	T2	PPACA
<i>cvs prenatal 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
AGE – Requisito de edad
QL – Límite a la cantidad
SP – Medicamentos de especialidad

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

Lista de medicamentos con receta

VITAMINAS PRENATALES (Nutritivas/alimenticias) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
PREPARACIONES DE VITAMINAS PRENATALES (cont.)		
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

SP – Medicamentos de especialidad

AGE – Requisito de edad

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

VITAMINAS PRENATALES (Nutritivas/alimenticias) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
PREPARACIONES DE VITAMINAS PRENATALES (cont.)		
<i>prenatal 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
AGE – Requisito de edad
SP – Medicamentos de especialidad

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

Lista de medicamentos con receta

VITAMINAS PRENATALES (Nutritivas/alimenticias) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
PREPARACIONES DE VITAMINAS PRENATALES (cont.)		
<i>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	
VITAMINAS PRENATALES CON BAJO CONTENIDO DE HIERRO O SIN HIERRO		
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
 SP – Medicamentos de especialidad

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

Lista de medicamentos con receta

VITAMINAS PRENATALES (Nutritivas/alimenticias) (cont.)

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

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

P21 PRENATAL WITH CHOLINE	T4	
PRENATAL GUMMIES	T4	
PRENATE DHA	T4	PA SP HD
PRENATE ELITE	T4	PA SP HD
PRENATE MINI	T4	PA SP HD
PRENATE PIXIE	T4	PA SP HD
PRENATE STAR	T4	PA SP HD
R-NATAL OB	T4	PA SP HD
THERANATAL OVAVITE	T4	PA SP HD
TRINAZ	T4	
VITAFOL GUMMIES	T4	PA SP HD

MEDICAMENTOS PSICOTERAPÉUTICOS (Ansiedad/depresión/trastorno bipolar)⁹

ANTIDEPRESIVOS ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES ALFA 2

<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

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

MEDICAMENTOS PSICOTERAPÉUTICOS (Ansiedad/depresión/trastorno bipolar) ⁹ (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
MEDICAMENTOS ANSIOLÍTICOS		
<i>buspirona hcl</i>	T1	HD
<i>meprobamate</i>	T2	
ANTIDEPRESIVOS - DEPRESIÓN POSPARTO (PPD)		
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
MEDICAMENTOS PARA TRASTORNO BIPOLAR		
EQUETRO	T4	HD
<i>lithium carbonate</i>	T1	HD
<i>lithium carbonate</i> (Lithobid)	T1	HD
LITHOBID (<i>lithium carbonate</i>)	T4	HD
MAOI - ANTIDEPRESIVOS NO SELECTIVOS E IRREVERSIBLES		
MARPLAN	T4	
NARDIL (<i>phenelzine sulfate</i>)	T4	
PARNATE (<i>tranylcypromine sulfate</i>)	T4	
<i>phenelzine sulfate</i> (Nardil)	T2	
<i>tranylcypromine sulfate</i> (Parnate)	T2	
ANTIDEPRESIVOS INHIBIDORES DE LA MONOAMINOOXIDASA (MAO)		
EMSAM	T4	
COMB. DE ANTAGONISTA DE LOS RECEPTORES NMDA Y NDRI		
AUVELITY	T4	ST QL (60 tabs/30 days)
INHIB. DE LA RECAPT. DE NOREPINEFRINA Y DOPAMINA (NDRI)		
<i>bupropion hcl</i>	T1	HD
AGONISTAS INVERSOS SELECTIVOS DE SEROTONINA 5-HT2A (SSIA)		
NUPLAZID 10 MG TABLET	T5	PA QL (30 tabs/fill) SP HD
NUPLAZID 34 MG CAPSULE	T5	PA QL (30 caps/fill) SP HD
INHIBIDOR SELECTIVO DE LA RECAPTACIÓN DE SEROTONINA (SSRI)		
<i>citalopram hbr 10 mg/5 ml soln</i>	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
 SP – Medicamentos de especialidad

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

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

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

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

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

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

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

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

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

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

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

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

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

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

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

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

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

ANTIDEPRESIVOS TRICÍCLICOS, INHIB. NO SELECT. DE LA RECAPTACIÓN REL. (cont.)

<i>protriptyline hcl</i>	T2	HD
SURMONTIL (<i>trimipramine maleate</i>)	T4	HD
TOFRANIL (<i>imipramine hcl</i>)	T4	HD
<i>trimipramine maleate</i> (Surmontil)	T2	HD

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

ADRENÉRGICOS, AROMÁTICOS, SIN CATECOLAMINAS

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

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

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

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

APTENSIO XR (<i>methylphenidate hcl</i>)	T4	ST
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

SP – Medicamentos de especialidad

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

MEDICAMENTOS PSICOTERAPÉUTICOS (Trastorno de déficit de atención e hiperactividad) ⁹ (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
TRAT. PARA EL DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD (ADHD)/NARCOLEPSIA (cont.)		
<i>methylphenidate</i>	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)		
AGENTES PARA EL TRATAMIENTO DEL TRASTORNO DE DESEO SEXUAL HIPOACTIVO (HSDD)		
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
 AGE – Requisito de edad
 QL – Límite a la cantidad
 SP – Medicamentos de especialidad

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

Lista de medicamentos con receta

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

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

Lista de medicamentos con receta

MEDICAMENTOS PSICOTERAPÉUTICOS (Esquizofrenia/antipsicóticos) ⁹		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIPSICÓTICOS, ATÍPICOS, ANTAGONISTAS DE LA DOPAMINA Y LA SEROTONINA (cont.)		
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)
ANTIPSICÓTICOS-ATÍPICOS, AG. PARCIAL DE D3/D2-5HT MIXTOS		
VRAYLAR	T4	QL (30 caps/fill)
ANTIPSICÓTICOS-ATÍPICOS, AG. PARCIAL DE D2/5HT MIXTOS		
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)
ANTIPSICÓTICOS, ANTAGONISTAS DE LA DOPAMINA Y LA SEROTONINA		
loxapine succinate	T2	
ANTIPSICÓTICOS, ANTAGONISTAS DE LA DOPAMINA, TIOXANTENOS		
thiothixene	T2	
ANTIPSICÓTICOS, ANTAGONISTAS DE LA DOPAMINA, BUTIROFENONAS		
haloperidol	T1	
haloperidol lactate	T2	
ANTIPSICÓTICOS, ANTAGONISTAS DE LA DOPAMINA, DIHIDROINDOLONAS		
molindone hcl	T2	
ANTIPSICÓTICOS, FENOTIAZINAS		
chlorpromazine hcl	T2	
fluphenazine hcl	T2	
perphenazine	T2	
thioridazine hcl	T2	
trifluoperazine hcl	T2	
SSRI-ANTIPSIC., ATÍPICOS, ANTAG. DE LA DOPAMINA Y LA SEROTONINA		
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
AGE – Requisito de edad
QL – Límite a la cantidad
SP – Medicamentos de especialidad

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

Lista de medicamentos con receta

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

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
SP – Medicamentos de especialidad

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

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

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

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
HIPNÓTICOS SEDANTES, NO BARBITÚRICOS (cont.)		
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

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

PREPARACIONES CUTÁNEAS (Varias) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTISÉPTICOS, GENERALES (cont.)		
HM ALCOHOL 70% PREP PADS	T3	
INCONTROL ALCOHOL PADS	T3	
<i>pharm choice alcohol prep pads</i>	T2	
PHARM CHOICE ALCOHOL PREP PADS	T3	
PRO COMFORT ALCOHOL PADS	T3	
PURE COMFORT ALCOHOL PAD	T3	
<i>ra alcohol swabs</i>	T2	
RA ISOPROPYL ALCOHOL 70% WIPES	T3	
RELION ALCOHOL 70% SWABS	T3	
SAPS ALCOHOL 70% PREP PADS	T3	
SINGLE USE SWAB	T3	
SURE COMFORT ALCOHOL	T3	
SURE-PREP ALCOHOL PREP PADS	T3	
SWI ALCOHOL 70% PREP PADS	T3	
TRUE COMFORT ALCOHOL PADS	T3	
TRUE COMFORT PRO ALCOHOL PADS	T3	
ULTILET ALCOHOL SWAB	T3	
WEBCOL	T3	
IRRIGANTES		
<i>acetic acid</i>	T2	
<i>neomycin sulf/polymyxin b sulf</i>	T2	
PHYSIOLYTE (<i>physiological irrig soln no. 1</i>)	T4	
PHYSIOSOL (<i>physiological irrig soln no. 1</i>)	T4	
<i>ringer's solution</i>	T2	
<i>ringer's solution, lactated</i>	T2	
<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
AGE – Requisito de edad
QL – Límite a la cantidad
SP – Medicamentos de especialidad

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

Lista de medicamentos con receta

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 (<i>dapsone</i>)	T4	ST
<i>adapalene/benzoyl peroxide</i>	T2	
<i>adapalene/benzoyl peroxide</i> (Epiduo Forte)	T2	
AZELEX	T4	ST
<i>clindamycin phos/benzoyl perox</i>	T2	
<i>clindamycin phos/benzoyl perox</i> (Acanya)	T2	
<i>clindamycin/tretinoin</i> (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
SP – Medicamentos de especialidad

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

Lista de medicamentos con receta

PREPARACIONES CUTÁNEAS (Condiciones cutáneas) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGENTES ANTIACNÉ, SISTÉMICOS (cont.)		
<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	
AGENTES ANTIACNÉ, TÓPICOS		
<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
ANTIPRURIGINOSOS, TÓPICOS		
ZONALON	T4	ST QL (90 gms/30 days)
ZONALON (<i>doxepin hcl</i>)	T4	ST QL (90 gms/30 days)
AGENTES ANTIPSORIÁSICOS		
<i>calcipotriene 0.005% cream</i> (Dovonex)	T2	QL (120 gms/30 days)
<i>calcipotriene 0.005% ointment, 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)
AGENTES ANTISEBORREICOS		
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
AGE – Requisito de edad
SP – Medicamentos de especialidad

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

Lista de medicamentos con receta

PREPARACIONES CUTÁNEAS (Condiciones cutáneas) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGENTES ANTISEBORREICOS (cont.)		
OVACE PLUS	T4	
OVACE PLUS WASH	T4	
PLEXION NS	T4	
<i>selenium sulfide</i>	T2	
<i>sod sulfacetam 10% clnsng gel</i>	T2	
<i>sod sulfacetamide 10% shampoo</i>	T2	
<i>sod sulfacetamide 9.8% shampoo</i>	T2	
SODIUM SULFACETAMIDE 10% WASH	T4	
<i>sodium sulfacetamide 10% wash (Ovace)</i>	T2	
ANTISÉPTICOS, GENERALES		
ADVOCATE ALCOHOL 70% PREP PADS	T3	
ALCOHOL 70% PREP PADS	T3	
<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

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

PREPARACIONES CUTÁNEAS (Condiciones cutáneas) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTISÉPTICOS, GENERALES (cont.)		
RELION ALCOHOL 70% SWABS	T3	
SAPS ALCOHOL 70% PREP PADS	T3	
SINGLE USE SWAB	T3	
<i>sm alcohol prep pads</i>	T2	
SURE COMFORT ALCOHOL	T3	
SURE-PREP ALCOHOL PREP PADS	T3	
TRUE COMFORT ALCOHOL PADS	T3	
TRUE COMFORT PRO ALCOHOL PADS	T3	
ULTILET ALCOHOL SWAB	T3	
<i>v-r alcohol prep pads</i>	T2	
WEBCOL	T3	
ANTISÉPTICOS, VARIOS		
GUAIACOL	T3	
INMUNOMODULADORES		
<i>imiquimod</i>	T2	
<i>imiquimod (Zyclara)</i>	T2	
RUBEFACIENTES/CONTRAIRRITANTES		
CANTHARIDIN-ACETONE	T4	
<i>methyl salicylate</i>	T2	
YCANTH	T5	SP
INHIBIDORES DE LA QUINASA DE JANUS (JAK)		
CIBINQO	T5	PA QL (30 tabs/30 days) SP
COMBINACIONES DE QUERATOLÍTICOS-GLUCOCORTICOIDES		
VANOXIDE-HC	T4	ST
QUERATOLÍTICOS		
<i>benzepto 6% foaming cloths</i>	T2	
BENZEPTO 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

SP – Medicamentos de especialidad

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

PREPARACIONES CUTÁNEAS (Condiciones cutáneas) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
QUERATOLÍTICOS (cont.)		
<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
PROTECTORES		
PHARMABASE BARRIER (<i>zinc oxide</i>)	T4	
<i>zinc oxide 20% ointment</i>	T2	
ZINC OXIDE PASTE	T3	
AGENTES PARA LA ROSÁCEA, TÓPICOS		
<i>azelaic acid</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)
ADHESIVOS PARA TEJIDOS/HERIDAS		
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
AGE – Requisito de edad
SP – Medicamentos de especialidad

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

Lista de medicamentos con receta

PREPARACIONES CUTÁNEAS (Condiciones cutáneas) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIINFLAM. TÓPICO, INHIB. DE LA FOSFODIESTERASA-4 (PDE4)		
EUCRISA	T3	ST QL (120 gms/30 days)
ZORYVE 0.15% CREAM	T3	ST QL (60 gms/30 days)
ZORYVE 0.3% FOAM	T4	ST QL (60 gms/30 days)
AGENTE ANTIACNÉ TÓPICO, AGONISTA DEL RECEPTOR DE ÁCIDO RETINOICO		
AKLIEF	T4	PA ST
ARAZLO	T4	PA
AGENTES TÓPICOS, VARIOS		
L-MESITRAN SOFT	T4	
MEDIHONEY	T4	
<i>trichloroacetic acid</i>	T2	
TRICHLOROACETIC ACID 100% (<i>trichloroacetic acid</i>)	T4	
TRICHLOROACETIC ACID 20% (<i>trichloroacetic acid</i>)	T3	
TRICHLOROACETIC ACID 25%	T4	
TRICHLOROACETIC ACID 30%	T3	
TRICHLOROACETIC ACID 35%	T3	
TRICHLOROACETIC ACID 40%	T3	
TRICHLOROACETIC ACID 50%	T3	
TRICHLOROACETIC ACID 75%	T4	
TRICHLOROACETIC ACID 80%	T3	
TRICHLOROACETIC ACID 85%	T3	
TRICHLOROACETIC ACID 90%	T3	
DERIVADOS DE LA PLEUROMUTILINA, ANTIBIÓTICOS TÓPICOS		
ALTABAX	T4	ST QL (30 gms/fill)
ANTIINFLAMATORIOS ESTEROIDEOS TÓPICOS		
ALA-SCALP (<i>hydrocortisone</i>)	T4	ST
<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
 AGE – Requisito de edad
 QL – Límite a la cantidad
 SP – Medicamentos de especialidad

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

Lista de medicamentos con receta

PREPARACIONES CUTÁNEAS (Condiciones cutáneas) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIINFLAMATORIOS ESTEROIDEOS TÓPICOS (cont.)		
BRYHALI	T4	ST
CAPEX SHAMPOO	T4	ST
<i>clobetasol 0.05% cream</i>	T2	QL (120 gms/30 days)
<i>clobetasol 0.05% gel</i>	T2	QL (120 gms/30 days)
<i>clobetasol 0.05% ointment (Temovate)</i>	T2	QL (120 gms/30 days)
<i>clobetasol 0.05% shampoo (Clobex)</i>	T2	ST QL (236 mls/30 days)
<i>clobetasol 0.05% solution</i>	T2	QL (100 mls/30 days)
<i>clobetasol 0.05% topical lotn</i>	T2	ST QL (118 mls/30 days)
<i>clobetasol emollient 0.05% crm</i>	T2	QL (120 gms/30 days)
<i>clobetasol emollnt 0.05% foam</i>	T2	ST QL (100 gms/30 days)
<i>clobetasol prop 0.05% foam (Olux)</i>	T2	ST QL (100 gms/30 days)
<i>clobetasol prop 0.05% spray (Clobex)</i>	T2	ST QL (125 mls/30 days)
<i>clobetasol propionate/emoll</i>	T2	ST QL (100 gms/30 days)
CLOBEX 0.05% SHAMPOO (<i>clobetasol propionate</i>)	T4	ST QL (236 mls/30 days)
CLOBEX 0.05% SPRAY (<i>clobetasol propionate</i>)	T4	ST QL (125 mls/30 days)
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

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

PREPARACIONES CUTÁNEAS (Condiciones cutáneas) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIINFLAMATORIOS ESTEROIDEOS TÓPICOS (cont.)		
<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	
HALOG	T4	ST
<i>HALOG (halcinonide)</i>	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

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

PREPARACIONES CUTÁNEAS (Condiciones cutáneas) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIINFLAMATORIOS ESTEROIDEOS TÓPICOS (cont.)		
<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</i> (Dermatop)	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</i> (Kenalog)	T2	ST QL (126 gms/30 days)
<i>triamcinolone 0.147 mg/g spray</i> (Kenalog)	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
AGE – Requisito de edad
QL – Límite a la cantidad
SP – Medicamentos de especialidad

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

Lista de medicamentos con receta

PREPARACIONES CUTÁNEAS (Condiciones cutáneas) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIINFLAMATORIOS ESTEROIDEOS TÓPICOS-ANESTÉSICOS LOCALES		
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
ANTIPARASITARIOS TÓPICOS		
lindane	T2	
malathion (Ovide)	T2	
OVIDE (malathion)	T4	
INHIBIDORES DE LA QUINASA DE JANUS (JAK) TÓPICOS		
OPZELURA	T4	PA QL (240 gms/28 days)
PREPARACIONES ANTIBACTERIANAS TÓPICAS		
iodine/potassium iodide	T2	
iodine/sodium iodide	T2	
IODOFLEX	T4	
IODOSORB	T4	
NORMLGEL AG	T4	
ANÁLOGOS DE VIT. D/ANTIINFLAMATORIOS ESTEROIDEOS TÓPICOS		
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)
ENZIMAS TÓPICAS/DE LAS MEMBR. MUCOSAS/SUBCUT.		
SANTYL	T3	QL (180 gms/fill)
DERIVADOS DE LA VITAMINA A		
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

SP – Medicamentos de especialidad

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

PREPARACIONES CUTÁNEAS (Condiciones cutáneas) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
DERIVADOS DE LA VITAMINA A (cont.)		
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
SP – Medicamentos de especialidad

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

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

PREPARACIONES PARA LA TIROIDES (Agentes hormonales) (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 CONDOC. 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

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (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		
icatibant acetate (Firazyr)	T2	PA SP HD
icatibant acetate (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		
leucovorin calcium	T2	CSL
mesna (Mesnex)	T2	SP CSL
MESNEX (mesna)	T5	SP CSL
VISTOGARD	T5	PA QL (20 packs/fill) SP CSL
PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Productos dentales)		
PREPARACIONES Y AYUDAS DENTALES		
chlorhexidine gluconate (Peridex)	T1	
PERIDEX (chlorhexidine gluconate)	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
SP – Medicamentos de especialidad

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

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Productos dentales) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
PREPARACIONES Y AYUDAS DENTALES (cont.)		
<i>triamcinolone 0.1% paste</i>	T2	
<i>triamcinolone acetonide</i>	T2	

INHIBIDORES DE LA COLAGENASA PERIODONTAL

<i>doxycycline hyclate 20 mg tab</i>	T2	
--------------------------------------	----	--

PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Disfunción eréctil)

MEDICAMENTOS PARA TRATAR LA DISFUNCIÓN ERÉCTIL (ED)

<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>varafenafil 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

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Disfunción eréctil) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
MEDICAMENTOS PARA TRATAR LA DISFUNCIÓN ERÉCTIL (ED) (cont.)		
TRI-MIX (PAPVRN-PHNTLMN-PGE1)	T3	
<i>vardenafil hcl</i>	T2	PA QL (8 tabs/fill)
<i>vardenafil hcl</i> (Levitra)	T2	PA QL (8 tabs/fill)
PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Condiciones oculares)		
AGONISTA PARCIAL DE RECEPTORES NICOTÍNICOS, ALFA4-BETA2		
TYRVAYA	T4	PA
PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Condiciones gastrointestinales/pirosis)		
AGENTES PARA USO ESTOMATOLÓGICO		
PROTHELIAL	T4	
KIT PARA PREPARAR COMPUESTOS		
FIRST-MOUTHWASH BLM	T4	
AGENTES ORALES PARA LA MUCOSITIS/ESTOMATITIS		
GELCLAIR	T4	
GELX	T4	
ORAMAGICRX	T4	
AGENTES ANTIINFLAMATORIOS ORALES PARA LA MUCOSITIS/ESTOMATITIS		
EPISIL	T4	
AGONISTAS DE LOS PPAR		
IQIRVO	T5	PA SP HD
LIVDELZI	T5	PA SP
AGENTES ESTIMULANTES DE LA SALIVA		
NUMOISYN	T4	
AGENTES SUSTITUTOS DE LA SALIVA		
AQUORAL	T4	
BOCASAL	T4	
CAPHOSOL	T4	
MUCOSITISRX	T4	
NEUTRASAL	T4	
NUMOISYN	T4	
SALIVAMAX	T4	
AGONISTA DEL RECEPTOR DE LA HORMONA TIROIDEA (THR)		
REZDIFFRA	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
SP – Medicamentos de especialidad

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

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (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
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

AGE – Requisito de edad
SP – Medicamentos de especialidad

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

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Varios) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGENTES PARA INHALACIÓN GENERALES		
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	
TRATAMIENTO DE TRASTORNO GENÉTICO - TRATAMIENTO POR DEFICIENCIA DE PROTEÍNA SMN		
EVRYSDI	T5	PA SP HD
INHIBIDOR DE LA GLUCOSILCERAMIDA SINTASA (GCS)		
miglustat (Zavesca)	T2	PA QL (90 caps/30 days) SP
OPFOLDA	T5	PA QL (8 caps/fill) SP HD
MEDICAMENTOS HOMEOPÁTICOS		
VERTIGOHEEL	T4	
INHIBIDOR DE LA HIDROXIFENILPIRUVATO DIOXIGENASA (HPPD)		
nitisinone (Orfadin)	T2	PA SP HD
NITYR	T5	PA SP
ORFADIN	T5	PA SP
ORFADIN (nitisinone)	T5	PA SP
SUPRESORES DE LOS SÍNTOMAS MENOPÁUSICOS - ANTAG. DEL RECEPT. NK		
VEOZAH	T4	
SUPRESORES DE LOS SÍNTOMAS MENOPÁUSICOS - SSRI		
paroxetine mesylate (Brisdelle)	T2	ST QL (30 caps/fill) HD
REEMPLAZO ENZIMÁTICO PARA ENFERMEDADES METABÓLICAS, HIPOFOSFATASIA		
STRENSIQ	T5	PA SP
AGENTES PARA TRATAR LA INTOXIC. POR METALES		
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
 SP – Medicamentos de especialidad

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

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Varios) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGENTES PARA TRATAR LA INTOXIC. POR METALES (cont.)		
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
PÉPTIDOS NATRIURÉTICOS		
VOXZOGO	T5	PA SP HD
INHIBIDORES DEL RECEPTOR FC NEONATAL (FCRN)		
VYVGART HYTRULO	T5	PA SP HD
ACTIVADOR DEL FACTOR 2 RELACIONADO CON EL FACTOR NUCLEAR ERITROIDE 2		
SKYCLARYS	T5	PA SP
CHAPERÓN FARMACOLÓGICO-ESTAB. DE LA ALFA-GALACTOSIDASA A		
GALAFOLD	T5	PA QL (15 caps/fill) SP HD
AGENTE PARA TRATAR LA FENILCETONURIA-COFACTOR DE LA FENILALANINA HIDROXILASA		
<i>sapropterin dihydrochloride</i> (Kuvan)	T2	PA SP
<i>sapropterin dihydrochloride</i> (Kuvan)	T2	PA SP HD
ESTABILIZADORES DE PROTEÍNAS		
ATTRUBY	T5	PA SP
VYNDAMAX	T5	PA SP HD
VYNDAQEL	T5	PA SP HD
AGONISTAS DEL RECEPTOR DE ÁCIDO RETINOICO (RAR)		
SOHONOS 1 MG CAPSULE	T5	PA QL (112 caps/fill) SP
SOHONOS 1.5 MG CAPSULE	T5	PA QL (112 caps/fill) SP
SOHONOS 10 MG CAPSULE	T5	PA QL (56 caps/fill) SP
SOHONOS 2.5 MG CAPSULE	T5	PA QL (140 caps/fill) SP
SOHONOS 5 MG CAPSULE	T5	PA QL (84 caps/fill) SP
SOLVENTES		
CVS ISOPROPYL ALCOHOL 91%	T4	
<i>cvs isopropyl alcohol</i> 91%	T2	
CVS ISOPROPYL RUB ALCOHOL 70%	T4	
<i>cvs isopropyl rub alcohol</i> 70%	T2	
<i>eql isopropyl alcohol</i> 91%	T2	
<i>eql isopropyl rub alcohol</i> 70%	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

AGE – Requisito de edad
SP – Medicamentos de especialidad

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

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Varios) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
SOLVENTES (cont.)		
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	
EXCIPIENTES		
GELFILM	T4	
HYDROXYPROPYLCELLULOSE	T3	
HYPROMELLOSE	T3	
TRATAMIENTO DE LA HIPERFAGIA EN EL SÍNDROME DE PRADER-WILLI		
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
SP – Medicamentos de especialidad

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

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (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 (with sugar)</i>)	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 (with sugar)</i> (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
ATELVIA (<i>risedronate sodium</i>)	T4	ST QL (4 tabs/28 days) HD
BINOSTO	T4	ST QL (4 tabs/28 days) HD
EVISTA (<i>raloxifene hcl</i>)	T4	HD
FOSAMAX (<i>alendronate sodium</i>)	T4	ST QL (4 tabs/28 days) HD
<i>ibandronate sodium</i>	T2	QL (1 tab/30 days) HD
<i>raloxifene hcl</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
SP – Medicamentos de especialidad

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

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (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

FILSUVEZ	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
SP – Medicamentos de especialidad

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

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (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, RECEP. 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

SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

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

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGENTE ANTIESPASMÓDICO/ANTIINCONTINENCIA DE LAS VÍAS URINARIAS (cont.)		
<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>trospium 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

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

VITAMINAS (Nutritivas/alimenticias) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
COMBINACIONES MULTIVITAMÍNICAS ANTIOXIDANTES (cont.)		
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	
BIOFLAVONOIDES		
<i>bioflav,lemon/vit bcomp,c</i>	T2	
<i>bioflav,lemon/vit bcomp,c</i> (Lipo-Flavonoid Plus)	T2	
CITRUS BIOFLAVONOIDES	T4	
EAR HEALTH PLUS CAPLET	T4	
<i>ear health plus caplet</i> (Lipo-Flavonoid Plus)	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

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

VITAMINAS (Nutritivas/alimenticias) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
PREPARACIONES CON ÁCIDO FÓLICO		
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

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

VITAMINAS (Nutritivas/alimenticias) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
PREPARACIONES CON ÁCIDO FÓLICO (cont.)		
<i>sv folic acid 800 mcg tablet</i>	T2	PPACA
<i>true folic acid 1600mcg dfe tb</i>	T2	
<i>true folic acid 667 mcg dfe tb</i>	T2	PPACA
XAQUIL XR	T4	
PREPARACIONES DE VITAMINAS GERIÁTRICAS		
<i>a thru z advanced formula tab</i> (Vision Plus Lutein)	T2	
<i>a thru z select tablet</i> (Vision Plus Lutein)	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</i> (Vision Plus Lutein)	T2	
REQ49+	T4	
SPECTRAVITE ADULT 50+	T4	
VISION PLUS LUTEIN (<i>multivit with minerals/lutein</i>)	T3	
PREPARACIONES MULTIVITAMÍNICAS		
<i>a thru z advanced formula tab</i>	T2	
A THRU Z MEN'S ULTIMATE TABLET	T3	
A THRU Z SELECT MEN 50+ TABLET	T4	
<i>a thru z select multivit tab</i>	T2	
<i>a thru z select multivit tab</i> (Centrum Silver)	T2	
<i>a thru z select multivit tab</i> (Certavite Senior)	T2	
<i>a thru z select tablet</i> (Centrum Silver)	T2	
<i>a thru z select tablet</i> (Certavite Senior)	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

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

VITAMINAS (Nutritivas/alimenticias) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
PREPARACIONES MULTIVITAMÍNICAS (cont.)		
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
 AGE – Requisito de edad
 SP – Medicamentos de especialidad

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

Lista de medicamentos con receta

VITAMINAS (Nutritivas/alimenticias) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
PREPARACIONES MULTIVITAMÍNICAS (cont.)		
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

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

VITAMINAS (Nutritivas/alimenticias) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
PREPARACIONES MULTIVITAMÍNICAS (cont.)		
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

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

VITAMINAS (Nutritivas/alimenticias) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
PREPARACIONES MULTIVITAMÍNICAS (cont.)		
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
AGE – Requisito de edad
QL – Límite a la cantidad
SP – Medicamentos de especialidad

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

Lista de medicamentos con receta

VITAMINAS (Nutritivas/alimenticias) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
PREPARACIONES MULTIVITAMÍNICAS (cont.)		
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

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

VITAMINAS (Nutritivas/alimenticias) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
PREPARACIONES MULTIVITAMÍNICAS (cont.)		
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>lmeolate/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

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

VITAMINAS (Nutritivas/alimenticias) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
PREPARACIONES MULTIVITAMÍNICAS (cont.)		
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

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

VITAMINAS (Nutritivas/alimenticias) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
PREPARACIONES MULTIVITAMÍNICAS (cont.)		
<i>multivit-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/hrb178</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

SP – Medicamentos de especialidad

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

VITAMINAS (Nutritivas/alimenticias) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
PREPARACIONES MULTIVITAMÍNICAS (cont.)		
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

SP – Medicamentos de especialidad

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

VITAMINAS (Nutritivas/alimenticias) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
PREPARACIONES MULTIVITAMÍNICAS (cont.)		
ONE-A-DAY 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

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

VITAMINAS (Nutritivas/alimenticias) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
PREPARACIONES MULTIVITAMÍNICAS (cont.)		
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	
REMEDIENT	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

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

VITAMINAS (Nutritivas/alimenticias) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
PREPARACIONES MULTIVITAMÍNICAS (cont.)		
<i>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
AGE – Requisito de edad
QL – Límite a la cantidad
SP – Medicamentos de especialidad

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

Lista de medicamentos con receta

VITAMINAS (Nutritivas/alimenticias) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
PREPARACIONES MULTIVITAMÍNICAS (cont.)		
ZYVANA	T4	
ZYVIT	T4	
PREPARACIONES DE NIACINA		
<i>cvs niacin 400 mg capsule</i>	T2	
ENDUR-AMIDE	T4	
ENDUR-THINE	T4	
<i>ft niacin 400 mg capsule</i>	T2	
<i>gnp niacin 250 mg tablet</i>	T2	
<i>gnp niacin 400 mg capsule</i>	T2	
<i>hm niacin tr 250 mg tablet (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

SP – Medicamentos de especialidad

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

VITAMINAS (Nutritivas/alimenticias) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
PREPARACIONES DE NIACINA (cont.)		
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	
PREPARACIONES DE PANTENOL		
CALCIUM PANTOTHENATE	T4	
PANTETHINE	T4	
PANTOTHENIC ACID	T4	
PUREVITA VITAMIN B5	T4	
PREPARACIONES DE VITAMINAS PEDIÁTRICAS		
ABDEK MULTIVITAMIN	T4	
ALIVE KIDS MULTIVITAMIN	T4	
ANIMAL SHAPES COMPLETE	T4	
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

SP – Medicamentos de especialidad

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

VITAMINAS (Nutritivas/alimenticias) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
PREPARACIONES DE VITAMINAS PEDIÁTRICAS (cont.)		
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

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

VITAMINAS (Nutritivas/alimenticias) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
PREPARACIONES DE VITAMINAS PEDIÁTRICAS (cont.)		
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

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

VITAMINAS (Nutritivas/alimenticias) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
PREPARACIONES DE VITAMINAS PEDIÁTRICAS (cont.)		
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

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

VITAMINAS (Nutritivas/alimenticias) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
PREPARACIONES DE VITAMINAS PEDIÁTRICAS (cont.)		
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	
PREPARACIONES DE VITAMINAS A Y D		
<i>cod liver oil softgel</i>	T2	
<i>gnp norwegian cod liver oil</i>	T2	
SV COD LIVER OIL SOFTGEL	T4	
PREPARACIONES DE VITAMINA A		
A-25	T4	
AQUASOL A	T3	
<i>beta-carotene</i>	T2	
<i>cvs vitamin a 2,400 mcg sftgl</i>	T2	
FT VITAMIN A 3,000 MCG SOFTGEL	T4	
GNP VITAMIN A 3,000 MCG SOFTGL	T4	
NORWEGIAN COD LIVER OIL SFGL	T4	
PREVENT	T3	
PUREVITA VITAMIN A	T4	
<i>ra vitamin a 10,000 unit sftgl</i>	T2	
VITAMIN A BETA CAROTENE	T4	
<i>vitamin a 10,000 unit capsule</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
 AGE – Requisito de edad
 SP – Medicamentos de especialidad

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

Lista de medicamentos con receta

VITAMINAS (Nutritivas/alimenticias) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
PREPARACIONES DE VITAMINA A (cont.)		
<i>vitamin a/vit c/zinc/propolis</i>	T2	
VITAMINS A D	T4	
PREPARACIONES DE VITAMINA B		
5-MTHF PLUS B12	T4	HD
<i>acetylcyst/methylb12/levomefol (Cerefolin Brain Wellness)</i>	T2	HD
ALBA-LYBE	T3	HD
APETEX (<i>vitamin b complex/lysine</i>)	T3	HD
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

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

VITAMINAS (Nutritivas/alimenticias) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
PREPARACIONES DE VITAMINA B (cont.)		
<i>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
AGE – Requisito de edad
QL – Límite a la cantidad
SP – Medicamentos de especialidad

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

Lista de medicamentos con receta

VITAMINAS (Nutritivas/alimenticias) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
PREPARACIONES DE VITAMINA B (cont.)		
<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>eq b complex 50 tablet</i>	T2	HD
FOLA-B COMPLEX	T4	HD
FOLIC ACID-B6-B12	T4	HD
<i>folic acid/b complex c no.17</i>	T2	HD
<i>folic acid/vit b complex and c</i>	T2	HD PPACA
<i>folic acid/vit b complex and c</i>	T2	HD
<i>folic acid/vit b complex and c (Vita-Bee With C)</i>	T2	HD PPACA
<i>folic acid/vit b comp,c/cu/zinc</i>	T2	HD
FOLICORE B COMPLEX	T4	HD
FOLIKA-BC	T4	HD
FOLIKA-NC	T4	HD
FOLIKA-T	T4	HD
FOLINIC-PLUS	T4	HD
FOLTX	T4	HD
FOLVITA COMPLEX	T4	HD
<i>ft b-100 complex er tablet</i>	T2	HD
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
AGE – Requisito de edad
SP – Medicamentos de especialidad

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

Lista de medicamentos con receta

VITAMINAS (Nutritivas/alimenticias) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
PREPARACIONES DE VITAMINA B (cont.)		
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/algae oil</i>	T2	HD
LEVOMEFOLATE-NAC-MECOBAL-ALGAL	T4	HD
LEVOMEFOL-PYRIDOXAL-MEC-ALGAL	T4	HD
<i>l-mefol/a-cyst/meb12/algae oil</i>	T2	HD
L-METHYLFOL-ALGAL-NAC-ME-CBL	T4	HD
L-METHYLFOL-ALGAL-P5P-ME-CBL	T4	HD
LORID	T4	HD
LORMATE	T4	HD
<i>mecobal/levomefolate 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

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

VITAMINAS (Nutritivas/alimenticias) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
PREPARACIONES DE VITAMINA B (cont.)		
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 quints b-50 tablet (Vitamin B Complex-Electrolytes)</i>	T2	HD PPACA
<i>super quints b-50 tablets</i>	T2	HD
SV BIOTIN 1,000 MCG SOFTGEL	T4	HD
<i>sv biotin 5,000 mcg softgel (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 b 12/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

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

VITAMINAS (Nutritivas/alimenticias) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
PREPARACIONES DE VITAMINA B (cont.)		
<i>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
PREPARACIONES DE VITAMINA B1		
<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
 AGE – Requisito de edad
 SP – Medicamentos de especialidad

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

Lista de medicamentos con receta

VITAMINAS (Nutritivas/alimenticias) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
PREPARACIONES DE VITAMINA B12		
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

SP – Medicamentos de especialidad

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

VITAMINAS (Nutritivas/alimenticias) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
PREPARACIONES DE VITAMINA B12 (cont.)		
<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

SP – Medicamentos de especialidad

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

VITAMINAS (Nutritivas/alimenticias) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
PREPARACIONES DE VITAMINA B12 (cont.)		
<i>sm vitamin b-12 100 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

SP – Medicamentos de especialidad

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

VITAMINAS (Nutritivas/alimenticias) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
PREPARACIONES DE VITAMINA B12 (cont.)		
<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	
PREPARACIONES DE VITAMINA B2		
CYTO B-2	T4	
PUREVITA VITAMIN B2	T4	
<i>riboflavin (vitamin b2)</i>	T2	
RIBOFLAVIN 100 MG CAPSULE	T4	
<i>riboflavin 100 mg tablet</i>	T2	
RIBOFLAVIN 400 MG TABLET	T4	
<i>riboflavin 50 mg tablet</i>	T2	
PREPARACIONES DE VITAMINA B6		
<i>cvs vitamin b-6 100 mg tablet</i>	T2	
<i>eqi 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

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

VITAMINAS (Nutritivas/alimenticias) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
PREPARACIONES DE VITAMINA B6 (cont.)		
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	
PREPARACIONES DE VITAMINA C		
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

SP – Medicamentos de especialidad

AGE – Requisito de edad

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

VITAMINAS (Nutritivas/alimenticias) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
PREPARACIONES DE VITAMINA C (cont.)		
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

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

VITAMINAS (Nutritivas/alimenticias) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
PREPARACIONES DE VITAMINA C (cont.)		
<i>ra vitamin c 500 mg 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

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

VITAMINAS (Nutritivas/alimenticias) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
PREPARACIONES DE VITAMINA C (cont.)		
<i>vitamin c 250 mg tablet</i>	T2	
VITAMIN C 250 MG TABLET CHEW	T4	
<i>vitamin c 250 mg tablet chew</i>	T2	
<i>vitamin c 500 mg capsule sa</i>	T2	
<i>vitamin c 500 mg chew tablet</i>	T2	
VITAMIN C 500 MG POWDER PACKET	T4	
VITAMIN C 500 MG SOFTGEL	T4	
<i>vitamin c 500 mg tablet</i>	T2	
<i>vitamin c 500 mg tablet chew</i>	T2	
VITAMIN C 500 MG WAFER	T4	
VITAMIN C 500 MG/15 ML LIQUID	T4	
<i>vitamin c 500 mg/5 ml liquid</i>	T2	
<i>vitamin c drops</i>	T2	
VITAMIN C FIZZY DRINK	T4	
VITAMIN C POWDER	T4	
<i>vitamin c powder</i>	T2	
<i>vitamin c tr 1,000 mg tablet</i>	T2	
<i>vitamin c tr 500 mg caplet</i>	T2	
<i>vitamin c tr 500 mg tablet</i>	T2	
<i>vitamin c-500 mg tablet</i>	T2	
<i>vitamin c-500 mg tr capsule</i>	T2	
VITAMIN C-BIOFLAVINOIDS-RH	T4	
<i>vitamin c-rose hip 1,000 mg tb</i>	T2	
<i>v-r vitamin c 1,000 mg tablet</i>	T2	
<i>v-r vitamin c 250 mg tab chew</i>	T2	
<i>v-r vitamin c 500 mg tab chew</i>	T2	
<i>well vitamin c 1,000 mg tablet</i>	T2	
<i>well vitamin c 500 mg tablet</i>	T2	
XCELLENT C	T4	
ZINC PLUS	T4	
ZINC-VITAMIN C	T4	
PREPARACIONES DE VITAMINA D		
BABY DDROPS	T4	HD
BABY VITAMIN D3	T4	HD

T1 – Genéricos preferidos
 T2 – Genéricos no preferidos
 T3 – Marcas preferidas
 T4 – Marcas no preferidas
 T5 – Medicamentos de especialidad de marca
 PA – Autorización previa
 QL – Límite a la cantidad
 AGE – Requisito de edad
 SP – Medicamentos de especialidad

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

Lista de medicamentos con receta

VITAMINAS (Nutritivas/alimenticias) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
PREPARACIONES DE VITAMINA D (cont.)		
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

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

VITAMINAS (Nutritivas/alimenticias) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
PREPARACIONES DE VITAMINA D (cont.)		
DERMACINRX FOLIXAPURE	T4	HD
DERMACINRX FOLIXATE	T4	HD
DERMACINRX FOLTAMIN	T4	HD
DERMACINRX FOLTREXYL	T4	HD
DERMACINRX PUREFOLIX	T4	HD
DIALYVITE VITAMIN D3 MAX	T4	HD
DOSOKAP	T4	HD
<i>eql vitamin d3 2,000 unit sfgl</i>	T2	HD
<i>eql vitamin d3 400 unit sftgl</i>	T2	HD
ERGOCAL	T4	HD
<i>ergocalciferol (vitamin d2)</i>	T2	HD
FOLIC D3	T4	HD
FOLIKA-D	T4	HD
FOLVITE-D	T4	HD
<i>ft 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

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

VITAMINAS (Nutritivas/alimenticias) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
PREPARACIONES DE VITAMINA D (cont.)		
IS-D-10,000	T4	HD
K2 PLUS D3	T4	HD
K2-D3 10,000	T4	HD
K2-D3 5000	T4	HD
K2-D3 MAX	T4	HD
MAXIMUM D3	T3	HD
NOXIFOL-D3	T4	HD
OPTIMAL D3 M	T4	HD
ORTHO DF	T4	HD
OSTACHOL	T4	HD
<i>purevita vitamin d3 25 mcg tab</i>	T2	HD
PUREVITA VITAMIN D3 10 MCG/2ML	T4	HD
<i>ra cod liver oil</i>	T2	HD
<i>ra cod liver oil softgel</i>	T2	HD
<i>ra vitamin d3 1,000 unit tab</i>	T2	HD
<i>ra vitamin d3 2,000 unit sfgl</i>	T2	HD
<i>ra vitamin d3 2,000 unit sftgl</i>	T2	HD
<i>ra vitamin d3 5,000 unit sftgl</i>	T2	HD
REPLESTA NX	T3	HD
REVESTA	T4	HD
ROCALTROL (<i>calcitriol</i>)	T4	ST
ROXIFOL-D	T4	HD
<i>sm vitamin d3 1,000 unit tab</i>	T2	HD
<i>sm vitamin d3 2,000 unit sftgl</i>	T2	HD
<i>sm vitamin d3 50 mcg softgel</i>	T2	HD
SUPER DAILY D3	T4	HD
<i>sv vitamin d3 1,000 unit gummy</i>	T2	HD
<i>sv vitamin d3 1,000 unit sftgl</i>	T2	HD
<i>sv vitamin d3 2,000 unit sftgl</i>	T2	HD
<i>sv vitamin d3 25mcg(1000 unit)</i>	T2	HD
<i>sv vitamin d3 400 unit softgel</i>	T2	HD
<i>sv vitamin d3 5,000 unit sftgl</i>	T2	HD
<i>thera-d 2000 tablet</i>	T2	HD
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
AGE – Requisito de edad
SP – Medicamentos de especialidad

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

Lista de medicamentos con receta

VITAMINAS (Nutritivas/alimenticias) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
PREPARACIONES DE VITAMINA D (cont.)		
<i>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
 AGE – Requisito de edad
 SP – Medicamentos de especialidad

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

Lista de medicamentos con receta

VITAMINAS (Nutritivas/alimenticias) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
PREPARACIONES DE VITAMINA D (cont.)		
VITAMIN D3 10,000 UNIT TABLET	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

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Lista de medicamentos con receta

VITAMINAS (Nutritivas/alimenticias) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
PREPARACIONES DE VITAMINA D (cont.)		
VITAMIN D3 10 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
PREPARACIONES DE VITAMINA E		
AQUA-E	T3	
AQUA-E CONCENTRATE	T4	
<i>cvs vitamin e 180 mg softgel</i>	T2	
<i>cvs vitamin e 200 unit softgel</i>	T2	
CVS VITAMIN E 450 MG SOFTGEL	T4	
<i>cvs vitamin e 90 mg softgel</i>	T2	
<i>eqi vitamin e 1,000 unit sftgl</i>	T2	
<i>eqi 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

SP – Medicamentos de especialidad

AGE – Requisito de edad

ST – Tratamiento escalonado

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

HD – Puede requerir entrega a domicilio

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

Lista de medicamentos con receta

VITAMINAS (Nutritivas/alimenticias) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
PREPARACIONES DE VITAMINA E (cont.)		
VITAMIN E 1,000 UNIT SOFTGEL	T4	
<i>vitamin e 100 unit softgel</i>	T2	
VITAMIN E 100 UNIT TABLET	T4	
<i>vitamin e 15 unit/0.3 ml drop</i>	T2	
<i>vitamin e 180 mg softgel</i>	T2	
<i>vitamin e 180mg(400 unit) sfgl</i>	T2	
<i>vitamin e 200 unit capsule</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	
PREPARACIONES DE VITAMINA K		
FNP VITAMIN K2 40 MCG TABLET	T4	
<i>ft vitamin k2 100 mcg capsule</i>	T2	
<i>gnp vitamin k2 100 mcg capsule</i>	T2	
K1-1000	T4	
K2 LIQUID	T4	
K2-45	T4	
MEPHYTON (<i>phytonadione (vit k1)</i>)	T4	QL (10 tabs/fill)
<i>phytonadione (vit k1)</i>	T2	
PHYTONADIONE 1 MG/0.5 ML SYR	T3	
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

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

Lista de medicamentos con receta

VITAMINAS (Nutritivas/alimenticias) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
PREPARACIONES DE VITAMINA K (cont.)		
phytonadione 1 mg/0.5 ml syr	T2	
phytonadione 10 mg/ml vial	T2	
VITAMIN K	T3	
VITAMIN K-1	T3	
VITAMIN K2 (MENAQUINONE-4)	T4	
VITAMIN K2 100 MCG SOFTGEL	T4	
VITAMINAS (Vitaminas)		
PREPARACIONES MULTIVITAMÍNICAS		
ALIVE MEN'S MAX3 POTENCY	T4	
BOOSTNOW IMMUNE SUPPORT	T4	
CENTRUM ADULTS 50 PLUS MINIS	T4	
CENTRUM MEN 50 PLUS MINIS	T4	
DAVIMET-M	T4	
DERMACINRX MULTIVITAMIN	T4	
LIVITA FOR ADULT	T4	
MULTITOL-M	T4	
NANOVN ADULT	T4	
SUPERIOR WOMEN'S MULTI	T4	
PREPARACIONES DE VITAMINAS PEDIÁTRICAS		
ft children's multi gummy	T2	
GNP CHILDREN'S MULTI GUMMY	T4	
multivit-fluor 0.5 mg tab chew	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

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

ST – Tratamiento escalonado

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

HD – Puede requerir entrega a domicilio

Exclusiones y limitaciones de la cobertura

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

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

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

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

Índice de medicamentos

Símbolos

1.5 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
ACCU-TREND.....	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
ADLARITY.....	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 WOMEN'S	206
ADVOCATE	133, 140, 156, 178, 182	ALKALINE BATTERIES	133
ADVOCATE CONTROL SOLUTION.....	133	ALKERAN.....	55
ADVOCATE LANCET	156	ALLERGIST TRAY.....	147, 148
ADVOCATE LANCETS	156	ALLERGY SYRINGE	148, 152, 153
ADVOCATE LANCING DEVICE.....	133	allopurinol	26
ADVOCATE RAPID-SAFE LANCING DV	133	almotriptan.....	19
ADVOCATE REDI-CODE+ CTRL SOLN.....	133	almotriptan malate	15
ADZENYS	72	ALOCRI.....	105
AEMCOLO.....	38	alosetron.....	122
AEROCHAMBER.....	162	ALPHA	32, 49, 82, 131, 169, 173, 197, 201, 206
AEROCHAMBER2GO	162	ALPHAGAN P.....	105
AEROTRACH	162	alprazolam.....	169
AEROVENT	162	ALTABAX.....	185
AFLORA.....	206	ALTACE	83
AFLURIA.....	74	ALTAFLUOR BENOX.....	104
AFLURIA QUAD	74	ALTERNATE.....	133, 140, 156
AGAMATRIX	133, 140, 156	ALTERNATE SITE LANCETS	156
AGAMATRIX CONTROL	133	ALTERNATE SITE LANCING DEVICE.....	133
AGRYLIN	65	ALTRENO.....	189
AIMOVIG	15	ALTRIXA	206
AIMOVIG AUTOINJECTOR.....	19	ALUNBRIG.....	57
AIRSUPRA	31	ALVESCO.....	31
AJOVY	15, 19	alvimopan	123
AKLIEF	185	ALYFTREK.....	191
AKTEN.....	104	amantadine.....	64
AKTIPAK	41	ambrisentan.....	80
ALA-SCALP.....	185	amcinonide.....	185
ALBA-LYBE	224	AMERGE.....	19
albendazole.....	52	AMICAR	76
ALBENZA	52	amiloride.....	101, 102
albuterol	29, 30	amino acids/mv,tx,iron,mineral.....	206
ALCAINE.....	104	aminocaproic	76
alclometasone	185	amiodarone	78
ALCOH-GLOVE	161	amitriptyline	172
alcohol	178, 179, 182, 183, 197, 198	amitriptyline/chlordiazepoxide	172
ALCOHOL.....	53, 54, 178, 179, 182, 183, 197, 198	AMLADEX	206
ALCOH-WIPE.....	161	amlodipine	78, 81, 82, 83, 86
ALDACTONE	101	amoxapine	172
ALECENSA	57	amoxicillin	38
alendronate.....	199	amphetamine	72
alfuzosin	201	ampicillin	38
ALHEMO	77	AMZEEQ.....	41
ALINIA	64	ANAFRANIL.....	172
aliskiren hemifumarate.....	85	anagrelide	65
ALIVE	206, 219, 245	ANA-LEX.....	124
ALIVE DAILY	206	ANALPRAM.....	121, 124, 189
ALIVE PREMIUM	206	ANAPROX DS.....	27

Índice de medicamentos

anastrozole	56	ascorbate.....	234
ANCOBON	44	ascorbic.....	114, 234
ANGELIQ.....	127	ASCORBIC ACID.....	234
ANIMAL SHAPES COMPLETE.....	219	asenapine	175
ANIMI-3.....	206	ASMANEX.....	31
ANNOVERA.....	95	ASPIRIN.....	65
ANORO ELLIPTA	30	aspirin/dipyridamole.....	65
ANTICOAGULANT SODIUM CITRATE	43	ASSURE.....	133, 140, 156, 165
ANTIOXIDANT FORMULA	202	ASSURE 4 CONTROL SOLUTION.....	133
APATATE	230	ASSURE DOSE	133
APETEX.....	224	ASSURE HAEMOLANCE PLUS.....	156
APETIGEN.....	112, 224	ASSURE LANCE	156
APETIGEN-PLUS.....	112	ASSURE PRISM.....	133
apomorphine	64	ASTAGRAF	132
APO-VARENICLINE.....	190	ASTRINGYN	77
apraclonidine.....	105	atazanavir	68
aprepitant.....	119	ATELVIA.....	199
APRETUDE.....	68	atenolol	84, 85
APRISO	121	AT HOME AIC	133
APTENSIO	173	a thru z.....	205
APTIOM.....	91	A THRU Z MEN'S ULTIMATE	205
APTIVUS.....	66	A THRU Z SELECT	205
AQUA-E.....	243	ATIVAN.....	169
AQUA LANCE LANCING DEVICE.....	133	atomoxetine	174
AQUASOL A.....	223	atorvastatin.....	86
AQUORAL	194	atovaquone	53
ARAKODA.....	53	atovaquone-proguanil	53
ARAVA.....	26	atropine	106, 107, 118, 120
ARAZLO.....	185	ATROPINE.....	106, 107
ARCALYST.....	200	ATROVENT HFA	29
AREXVY.....	76	ATTRUBY	197
arformoterol.....	30	AUDENZ	74
ARGLAES FILM.....	154	AUGMENTIN	38
ARICEPT	71	AUGTYRO.....	57
ARIDOL	98	AURYXIA.....	111
ARIKAYCE	35	AUSTEDO.....	88
aripiprazole.....	176	AUTOJECT.....	133
ARIXTRA.....	43	AUTO-LANCET	133
ARKALIOX.....	224	AUTOLET	133, 136
armodafinil.....	177	AUTOPEN	133
ARMOUR THYROID.....	191	AUTOSHIELD.....	145
ARNUITY ELLIPTA.....	31	AUTOSOFT	133, 134
AROMASIN	56	AUVELITY	170
ARTHROTEC 50	27	AUVI-Q.....	71
ARTHROTEC 75.....	27	avanafil.....	193
ARTISS.....	184	AVAR-E.....	41
ASACOL.....	121	AVAR LS.....	41
ASCOR.....	234	AVC	52

Índice de medicamentos

AVIDOXY	39	b-complex	207, 208, 216, 224, 225, 228, 229
avita	189	B COMPLEX	224, 226, 227
AVITA	190	B-COMPLEX	216, 224, 225
AVITENE	77	B-COMPLEX-VITAMIN C	225
AVMAPKI	57	B-COMPLEX WITH B-12	224
AVONEX	89	BD	141, 145, 146, 148, 156
AYVAKIT	57	BD ECLIPSE	145, 146, 148
AZASAN	132	BELBUCA	22
AZASITE	34	BELSOMRA	177
azathioprine	132	BELVIQ	63
azelaic acid	184	benazepril	81, 82, 83
azelastine	48, 102	benazepril/hydrochlorothiazide	81, 82
AZELEX	180	BENLYSTA	200
AZILECT	64	BENTIVITE BX	112
azithromycin	37	BENZAMYCIN	41
AZSTARYS	173	benzepro	183
AZULFIDINE	121	BENZEPRO	183
B		BENZNIDAZOLE	53
BI	229	benzonatate	96
b-12	228, 230, 231, 232, 233	benzoyl peroxide	41, 180, 181, 183, 184
bi2	113, 114, 115, 214, 224, 225, 227, 228, 231, 232	benzphetamine	62
B-12	114, 210, 224, 230, 231, 232	benztropine	64
BI2	224, 230, 231, 233	bepotastine	48
BI2 ACTIVE	230	BEPREVE	48
b-12 er	230, 231	BEROCCA	207
bi2/levomefolate calcium/b-6	224	beta-carotene	207, 223
B-50 COMPLEX	224	BETADINE	103
BABY DDROPS	237	betaine	199
BABY'S SUPER DAILY D3	238	betamethasone	46, 185, 187, 189
BABY VITAMIN D3	237	BETAPACE	84
bacitracin	34	BETASERON	89
baclofen	163, 164	betaxolol	84, 105
BACLOFEN	164	bethanechol	72, 73
BACMIN	207	BETHKIS	35
B ACTIV	224	BETOPTIC S	105
BACTRIM	35	bexarotene	54, 62
BAFIERTAM	89	BEXSERO	74
BALANCED B-100	225	BEYAZ	95
balanced b-100 complex tab sa	224	BEYFORTUS	69
BAL-CARE DHA	165	bicalutamide	55
balsalazide	121	BIKTARVY	68
BALVERSA	57	BILTRICIDE	52
BARACLUDE	70	bimatoprost	105
BARIATRIC MULTIVITAMINS	207	BIMATOPROST	105, 106
BAXDELA	38	BINOSTO	199
BCG	75	BIO-35	207
b comp	224, 228	BIO C	234
b complex	216, 217, 224, 226, 227, 228, 229	BIO-D-MULSION	238

Índice de medicamentos

bioflav,lemon/vit bcomp,c	203	BULLSEYE MINI SAFETY LANCETS	156
biotect.....	207	bumetanide	101
BIOTECT.....	202	BUPHENYL	118
biotin.....	211, 213, 224, 225, 227, 228	buprenorphine	22, 200
BIOTIN.....	217, 225, 227, 228	bupropion	170, 190
bisac/nacl/nahco3/kcl/peg 3350	122	buspirone	170
bisoprolol.....	84, 85	butalb-acetamin-caff 50-300-40	15
BLADDER 2.2	207	butalb-acetamin-caff 50-325-40	15
BLEPH-IO	34	butalb/acetaminophen/caffeine	15, 19
BLEPHAMIDE S.O.P.....	34	butalb-aspirin-caffe 50-325-40	15
BLOOD	76, 77, 78, 97, 98, 134, 141, 146, 156	butalbit/acetamin/caff/codeine	24
BLOOD GLUCOSE CONTROL.....	134	butalbital/acetaminophen.....	15, 19
BLOOD-GLUCOSE CONTROL.....	134	butalbital-asa-caffeine cap (Fiorinal).....	15
BLOOD LANCETS	156	butalbital/aspirin/caffeine	19
BLUNT	146, 151	butorphanol.....	22
BOCASAL	194	BUTTERFLY	141, 156
BODY, HAIR, SKIN AND NAILS.....	207	BUTTERFLY TOUCH LANCET	156
BONSITY	199	BYDUREON BCISE.....	48
BOOSTNOW	245	BYDUREON PEN.....	48
BOOSTRIX TDAP	75	BYETTA	48
bosentan.....	80	BYLVAY	122
BOSULIF	57, 58	C	
BRAFTOVI.....	56	c-l,000	234
BREATHERITE.....	162	cabergoline	129
BREATHRITE.....	162	CADEAU DHA	165
BREEZE 2	134	CADUET	86
BREO ELLIPTA	31	CAFERGOT	15
BREXAFEMME.....	45	caffeine	19, 89, 164
breynd.....	31	CALAN	78
BREZTRI AEROSPHERE	31	calcipotriene.....	181, 189
BRILINTA	65	calcitonin,salmon,synthetic	130
brimonidine	105	calcitriol.....	181, 238, 240
BRIMONIDINE.....	105	calcium acetate.....	111
BRINSUPRI	191	CALCIUM PANTOTHENATE	219
brinzolamide.....	105	CALQUENCE	58
BRIVIACT	91	CAMBIA	19
BROMFED DM	96	CAMZYOS.....	79
bromfenac.....	103	candesartan cilexetil.....	83
bromocriptine	64	candesartan/hydrochlorothiazid.....	83
brompheniramine/pseudoephed/dm	96	CANNULA	146, 148, 151, 152, 153
BRONCHITOL.....	191	CANTHARIDIN-ACETONE	183
BROVANA.....	30	CAPCOF	96
BRUKINSA.....	58	capecitabine.....	56
BRYHALI.....	186	CAPEX.....	186
B-STRESS	225	CAPHOSOL.....	194
budesonide	31, 127, 128	CAPLYTA.....	175
BULK SYRINGE.....	148	CAPRELSA	58
BULLSEYE	141, 156	captopril	82, 83

Índice de medicamentos

captopril/hydrochlorothiazide.....	82	CERDELGA.....	195
CAPVAXIVE.....	74	CEREFOLIN.....	225
CARBAGLU.....	195	certavite.....	208
carbamazepine.....	91, 93	CERTAVITE.....	208
CARBAMAZEPINE.....	91	CERVIDIL.....	129
CARBATROL.....	91	CETACAINE ANESTHETIC.....	25
carbidopa.....	64, 65	cetrorelix.....	128
carbidopa/levodopa.....	64, 65	CETROTIDE.....	128
carbinoxamine.....	47	cevimeline.....	72
CARDIOTEK-RX.....	225	CHANTIX.....	190
CARDIZEM.....	78	CHEK-STIX.....	100
CARDURA.....	82	CHEMET.....	196
CAREONE.....	134, 141, 156	CHEMO TRANSFER PIN.....	146
CAREPOINT.....	146, 148, 149	CHEMSTRIP.....	100, 134
CARESENS.....	134, 141, 156	CHENODAL.....	120
CARETOUCH.....	134, 141, 146, 149, 156, 178, 182	CHILD CHEWABLE VITAMN.....	219
carglumic.....	195	CHILD COMPLETE.....	219
carisoprodol.....	24, 164	CHILD MULTIVITAMIN PLUS IRON.....	219
carisoprodol/aspirin/codeine.....	24	children multivitamin.....	219
CARNITOR.....	199	CHILDREN MULTIVITAMIN.....	219, 220
carteolol.....	105	CHILDREN'S.....	219
carvedilol.....	82	CHILDREN'S CHEWABLE.....	219
CASODEX.....	55	CHILDREN'S CHEW MULTIVIT-IRON.....	219
CATAPRES.....	84	childrens chew vitamin.....	219
CAVERJECT.....	193	CHILDREN'S MULTI-VIT.....	219
CAYSTON.....	36	CHILDREN'S MULTIVITAMIN GUMMY.....	219
cefaclor.....	36	CHILD'S CHEWABLE.....	219
cefadroxil.....	36	CHILD'S OMEGA-3.....	219
cefdinir.....	37	chlordiazepoxide.....	118, 169
cefditoren pivoxil.....	37	chlordiazepoxide/clidinium br.....	118
cefepodoxime proxetil.....	37	chlorhexidine.....	192
cefprozil.....	36	chloroquine.....	53
ceftriaxone.....	37	chlorpromazine.....	176
cefuroxime axetil.....	36	chlorthalidone.....	85, 102
CEFUROXIME SODIUM-0.9% NACL.....	34	chlorzoxazone.....	164
celecoxib.....	29	CHOLBAM.....	120
CELLCEPT.....	132	cholecalciferol.....	238
CELONTIN.....	91	CHOLECAL DF.....	238
CENTANY.....	41	cholestyramine.....	87
CENTRAL-VITE.....	207	choline salicyl/mag salicylate.....	15, 19
CENTRAVITES.....	207	CHORIONIC.....	130
centrum.....	208	CHORIONIC GONAD.....	130
CENTRUM.....	205, 207, 208, 219, 245	CHOSEN.....	134, 141, 156
CENTRUM KIDS.....	219	CHROMAGEN.....	112
CENTRUM SILVER.....	205, 207, 208	CIALIS.....	193
cephalexin.....	36	CIBINQO.....	183
CEQUA.....	107	ciclodan.....	46
CEQUR SIMPLICITY.....	134	CICLODAN.....	46, 54

Índice de medicamentos

ciclopirox.....	46	COCAINE.....	102
ciclopirox 8% treatment kit.....	54	codeine.....	21, 22, 24, 96, 97
cilostazol.....	65	CODITUSSIN AC.....	97
CILOXAN.....	34	CODITUSSIN DAC.....	97
CIMDUO.....	66	cod liver oil.....	223, 234, 238, 240, 243
cimetidine.....	122	COLAZAL.....	121
cinacalcet.....	195	colchicine.....	26, 29
CIPRO.....	38	COLCHICINE.....	26
ciprofloxacin.....	33, 34, 38	colesevelam.....	87
citalopram.....	170	COLESTID.....	87
CITRANATAL.....	112, 165, 168	colestipol.....	87
CITRANATAL BLOOM.....	112	COLOR.....	141, 157
CITRATE PHOSPHATE DEXTROSE.....	43	COLOR LANCETS.....	157
citric.....	117	COMBIGAN.....	105
CITRUS BIOFLAVONOIDS.....	203	COMBIPATCH.....	126
CLARINEX.....	47	COMBISTIX REAGENT.....	100
CLARINEX-D.....	47	COMBIVENT RESPIMAT.....	30
clarithromycin.....	37	COMBIVIR.....	66
CLEOCIN.....	37, 40, 41	COMETRIQ.....	58
CLEVER.....	134, 141, 156, 162	COMFORT.....	27, 139, 141, 143, 144, 145, 157, 159, 160, 163, 182, 183
CLEVER CHEK LANCETS.....	156	COMFORT PAC-IBUPROFEN.....	27
CLEVER CHOICE.....	162	COMFORT PAC-MELOXICAM.....	27
CLEVER CHOICE CONTROL SOLUTION.....	134	COMFORT PAC-NAPROXEN.....	27
CLIMARA.....	126	COMFORTSEAL.....	162
clindacin.....	41	COMIRNATY.....	73
CLINDACIN.....	41	COMPACT SPACE CHAMBER.....	162
clindamycin.....	36, 37, 40, 41, 180, 181	COMPAZINE.....	119
CLINDESSE.....	40	COMPLETE.....	165, 166, 168, 205, 207, 208, 209, 214, 215, 219, 220, 221, 223, 225
CLINPRO 5000.....	108, 111	COMPLETIA.....	208
clobazam.....	90	COMPLEX B-50.....	225
clobetasol.....	186, 188	complex b-100.....	225
CLOBEX.....	186	COMPLEX B-100.....	225
clocortolone.....	186	CONCEPT.....	208
clodan.....	186	CONFORMANT 2.....	154
CLODAN.....	186	CONSENSI.....	78
CLODERM.....	186	CONTOUR.....	134
clomiphene.....	129	CONTRAVE.....	63
clomipramine.....	172	CONTROL SOLUTION.....	133, 134, 135, 136, 137, 138, 139, 140
clonazepam.....	90	COOL CONTROL SOLUTION.....	134
clonidine.....	84, 173	COPIKTRA.....	58
clopidogrel.....	65	CORDRAN.....	186
clorazepate.....	169	COREG.....	82
clotrimazole.....	44, 46	CORNWALL SYRINGE TIP CONNECTOR.....	149
clozapine.....	175	CORTANE-B.....	103
CLOZARIL.....	175	CORTEF.....	127
COAGUCHEK.....	141, 156	CORTENEMA.....	125
COARTEM.....	53	cortisone.....	127
COBALEFOL.....	204		

Índice de medicamentos

CORTISPORIN.....	33	cycloserine.....	36
CORVITE.....	112, 208	CYCLOSET.....	49
CORVITE 150.....	112	cyclosporine.....	107, 132
CORVITE FE.....	112	CYCLOSPORINE.....	107
COTELLIC.....	56	CYFOLEX.....	238
COTEMPLA.....	173	CYLTEZO.....	54
CREON.....	123	cyproheptadine.....	47
CRESEMBA.....	44	CYPROHEPTADINE.....	47
CREXONT.....	64	CYSTAGON.....	201
CRINONE.....	130	CYSTARAN.....	108
cromolyn.....	26, 32, 105	CYSTO-CONRAY II.....	99
crotamiton.....	64	CYSTOGRAFIN.....	99
CRRT TRISODIUM CITRATE.....	43	CYSTOGRAFIN-DILUTE.....	99
CTEXLI.....	120	CYTO B-1.....	229
CULTURELLE.....	208, 219, 220	CYTO B-2.....	233
CULTURELLE KIDS.....	219, 220	CYTO B7.....	226
CURITY.....	178, 182	CYTO C.....	234
CURITY ALCOHOL PREPS.....	182	CYTOTEC.....	120
CUROSURF.....	191	D	
cvs.109, 112, 165, 178, 182, 197, 204, 208, 218, 223, 225, 229, 230, 231, 233, 234, 238, 243		D3.....	176, 214, 217, 237, 238, 239, 240, 241, 242
CVS.....	53, 109, 112, 168, 178, 182, 197, 225, 230, 234, 238, 243	DAILY...58, 59, 94, 165, 192, 206, 208, 209, 211, 212, 214, 215, 217, 236, 238, 240	
CVS ALCOHOL 70% PREP PADS.....	182	daily-vite.....	208
cvs glucose.....	109	danazol.....	129
CVS GLUCOSE LIQUID.....	109	DANTRIUM.....	164
cvs isopropyl alcohol 70% wipe.....	182	dantrolene.....	164
CVS ISOPROPYL ALCOHOL 91% SPRY.....	53	DANZITEN.....	58
cvs prenatal.....	165	dapsone.....	36, 180, 181
CVS PRENATAL.....	168	DAPTACEL DTAP.....	75
cvs slow release iron.....	112	DARAPRIM.....	53
CVS SLOW RELEASE IRON.....	112	darifenacin.....	201
CVS VITAMIN.....	230, 234, 243	darunavir.....	66
cvs vitamin a.....	223	dasatinib.....	58
cvs vitamin b-12.....	231	DAURISMO.....	56
cvs vitamin c.....	234	DAVIMET.....	208, 220, 245
cvs vitamin d3.....	238	DAVIMET-M.....	245
cvs vitamin e.....	243	DAVOL IRRIGATION SYRINGE.....	149
cvs vit c.....	234	DAYAVITE.....	208
cvs vit d3.....	238	DAYPRO.....	27
cyanocobalamin.....	224, 225, 226, 227, 231	DAYTRANA.....	173
cyclobenzaprine.....	164	DAYVIGO.....	177
CYCLOGYL.....	107	DDAVP.....	126
CYCLOMYDRIL.....	107	DDROPS.....	237, 238
cyclopentolate.....	107	decara.....	238
CYCLOPENTOLATE-TROPICAMIDE-PE.....	107	DECARA.....	238
cyclopentolat/tropic/phenyleph.....	107	DECUBI.....	208
cyclophosphamide.....	55	deferasirox.....	196
CYCLOPHOSPHAMIDE.....	55	deferiprone.....	196, 197

Índice de medicamentos

deflazacort.....	127	DEXENZA.....	103
DEKAS.....	208, 209, 220	dextroamphetamine.....	72
DEKAS PLUS.....	209, 220	dextrose.....	109, 110
DELESTROGEN.....	126	DIABETES HEALTH.....	209
DELSTRIGO.....	68	DIABETIC VITAMIN.....	209
demeclocycline.....	39	DIACOMIT.....	91
DEMSEER.....	84	dialyvite.....	226
DENAVIR.....	70	DIALYVITE.....	209, 226, 239
DENGVAIXA.....	75	DIASTAT.....	91
DENOVO.....	204	DIASTIX REAGENT.....	98, 100
DEPAKOTE.....	91	diatrizoate meglumine.....	98, 99
DEPEN.....	26	DIATROL.....	209
DEPLIN.....	204	DIATRUE.....	134
DEPLIN-ALGAL OIL.....	204	diazepam.....	91, 169
DEPO-ESTRADIOL.....	126	diazoxide.....	109, 110
DEPO-PROVERA.....	95	DIBENZYLINE.....	72
DEPO-SUBQ PROVERA.....	95	dichlorophenamide.....	195
DEPO-TESTOSTERONE.....	125	DICLEGIS.....	119
DERMACINRX.....	209, 238, 239, 245	diclofenac.....	20, 27, 62, 103, 180
DERMA-SMOOTH-ES.....	186	dicloxacillin.....	38
DERMASORB.....	186	dicyclomine.....	118
DERMATOP.....	186	didanosine.....	67
DERMAVIEW.....	154	diethylpropion.....	62
DERMOTIC.....	103	DIFFERIN.....	190
DESCOVY.....	66	DIFICID.....	37
desflurane.....	24	DIFLUCAN.....	45
desipramine.....	172	diflunisal.....	15, 19
desloratadine.....	47	difluprednate.....	103
desmopressin.....	126	digoxin.....	79
DESMOPRESSIN.....	126	dihydroergotamine.....	15, 19, 20
desog-e.estradiol/e.estradiol.....	95	DILANTIN.....	91
desogestrel-ethinyl estradiol.....	95	DILAUDID.....	22
DESONATE.....	186	diltiazem.....	78, 79
desonide.....	186, 187, 188	dimethyl.....	195
desoximetasone.....	187, 188	diphenoxylate hcl/atropine.....	118
DESOXYN.....	72	DIPHThERIA-TETANUS TOXOIDS-PED.....	75
DESVENLAFAXINE.....	171	DIPROLENE.....	187
dex4 glucose.....	109	dipyridamole.....	65
DEX4 GLUCOSE.....	109	DISALCID.....	26
dex4 quick dissolve tab chew.....	109	disopyramide.....	78
dexamethasone.....	33, 103, 127	disulfiram.....	195
dexchlorpheniramine.....	47	DIURIL.....	102
DEXCOM.....	134	divalproex.....	91, 92
DEXCOM G6.....	134	dofetilide.....	78
DEXEDRINE.....	72	DOJOLVI.....	108
dexlansoprazole.....	123	donepezil.....	71
dexmethylphenidate.....	173	DONNATAL.....	120
DEXONTO.....	127	DOPTLET.....	94

Índice de medicamentos

dorzolamide.....	105	EASY MINI EJECT	134
DORZOLAMIDE.....	105, 106	EASY PLUS II	134
DOSOKAP	239	EASYPPOINT	146
DOVATO.....	66	EASY STEP	134
DOVER BULB SYRINGE	149	EASY TALK	134
DOVONEX.....	181	EASY TOUCH	135, 146, 149, 150, 157, 182
doxazosin.....	82	EASY TOUCH FLIPLOCK	146, 149
doxepin.....	172, 177, 178, 181	EASY TRAK.....	135
doxercalciferol	195	EASY TWIST CAP LANCETS.....	157
doxycycline	39, 40, 193	EBGLYSS	200
doxylamine succinate/vit b6.....	119	ECLIPSE SYRINGE	150
dronabinol	119	EC-NAPROSYN	27
DROPLET	134, 141, 157	ec-naproxen	27
DROPLET GENTEEL LANCING DEVICE	134	econazole.....	46
DROPLET LANCETS.....	157	EDECIN.....	101
DROPLET LANCING DEVICE	134	EDEX	193
DROPSAFE	141, 146, 157, 178, 182	EDLUAR	178
DROPSAFE PREP PADS.....	182	EDURANT.....	66, 67
drospir/eth estra/levomefol.....	95	E.E.S. 200.....	37
DROXIA.....	77	efavirenz	67, 68
droxidopa.....	72	effer-k.....	117
drug mart glucose.....	109	EFFER-K.....	116, 117
DUAVEE	127	EFFIENT	65
DUET	165, 168	EFUDEX.....	62
DUETACT.....	50	EGRIFTA	128
DUET DHA	165	eldertonic.....	205
DULERA.....	31	ELDERTONIC LIQUID	205
duloxetine.....	171	ELEMENT COMPACT	135
DUOBRII	181	ELEMENT CONTROL	135
DUOPA.....	64	ELEPSIA.....	92
DUPIXENT	131	eletriptan hydrobromide	15, 19
dutasteride.....	201	ELFOLATE.....	226
DYAZIDE	102	ELIMITE	64
DYCLOPRO	25	ELIQUIS	43
DYRENIUM.....	101	ELIXOPHYLLIN.....	32
E		ELLA	95
EAR HEALTH PLUS.....	203	ELMIRON.....	24
ear health plus caplet	203	ELON	209
EASIVENT	162	eltrombopag	94
EASY	134, 135, 141, 142, 146, 149, 150, 157, 178, 182, 234	EMBRACE	135, 142, 157
EASY-C.....	234	EMBRACE EVO LEVEL I.....	135
EASY COMFORT ALCOHOL PAD	182	EMBRACE GLUC CONTROL SOLN.....	135
EASY COMFORT LANCETS.....	157	EMBRACE LANCING DEVICE	135
EASY GLIDE CATHETER.....	149	EMBRACE PRO.....	135
EASY GLIDE LUER.....	149	EMBRACE TALK CONTROL	135
EASYGLUCO PLUS	135	EMERGEN.....	220, 234, 235
EASYMAX I5	135	EMERGEN-C.....	220, 234, 235
EASYMAX NORMAL.....	135	EMERGEN-C KIDZ.....	220

Índice de medicamentos

EMGALITY.....	15, 19, 90	EPZICOM.....	66
EMGALITY PEN.....	19	EQ.....	202, 209, 220
EMPAVELI.....	76	EQ CHILD.....	220
EMSAM.....	170	eql.....	112, 197, 202, 226, 231, 233, 235, 239, 243
emtricitabine.....	68	eql slow release iron.....	112
emtricitabine.....	66, 67	eql vitamin.....	231, 235, 239, 243
emtricitabine-tenofv.....	66	EQUETRO.....	170
EMTRIVA.....	67	EQ VISION.....	202
EMVERM.....	52	ERGOCAL.....	239
enalapril.....	82, 83	ergocalciferol.....	239
enalapril/hydrochlorothiazide.....	82	ergoloid.....	85
ENBRACE.....	209	ERGOMAR.....	19
ENBREL.....	54	ergotamine tartrate/cafeine.....	15, 19
ENDARI.....	77	ERIVEDGE.....	56
ENDO-AVITENE.....	77	ERLEADA.....	55
ENDOMETRIN.....	130	erlotinib.....	58
ENDUR-AMIDE.....	218	ERMEZA.....	191
ENDUR-THINE.....	218	ERVEBO.....	76
ENDUR-VM.....	209	ERYPED.....	37
ENFAMIL.....	110	ERY-TAB.....	37
ENFIT.....	150, 152, 222, 243	ery-tab dr.....	37
ENFLONIA.....	69	erythromycin.....	34, 37, 41
ENERGIX-B.....	76	escitalopram.....	170
ENLITE SERTER.....	135	ESGIC.....	15, 19
ENLYTE.....	204	ESKATA.....	181
enoxaparin.....	43	eslicarbazepine.....	91, 92
ENSACOVE.....	58	esomeprazole.....	123
ENSPRYNG.....	131	ESOMEPRAZOLE.....	123
ENSTILAR.....	189	ESSENCE C.....	235
entacapone.....	64, 65	ESSENTIAL.....	165, 208, 209, 214, 215
entecavir.....	70	estazolam.....	177
ENTEREG.....	123	ESTER-C.....	235
ENTERO VU.....	99	ESTRACE.....	126
ENTRESTO.....	82	estradiol.....	95, 126, 127, 129
ENZOCLEAR.....	183	ESTRATEST.....	126
EPCLUSA.....	70	estrogen.....	126
EPIDIOLEX.....	91	estrogen,ester/me-testosterone.....	126
EPIDUO FORTE.....	181	ESTROVEN.....	209
EPIFOAM.....	189	eszopiclone.....	178
epinastine.....	48	ethacrynic.....	101
epinephrine.....	71, 103	ethambutol.....	36
EPINEPHRINE.....	71	ethinyl estradiol/drospirenone.....	95
EPIPEN.....	71	ethosuximide.....	92, 94
EPISIL.....	194	ethynodiol d-ethinyl estradiol.....	95
EPIVIR.....	67	etodolac.....	27, 28
eplerenone.....	101	etonogestrel/ethinyl estradiol.....	95
eprosartan.....	83	etoposide.....	61
EPSOLAY.....	184	etravirine.....	67

Índice de medicamentos

EUCRISA.....	185	FASENRA.....	32
EULEXIN.....	55	FATIGUE RELIEF COMPLEX.....	209
EURAX.....	64	febuxostat.....	26
EVAMIST.....	127	felbamate.....	92
EVEKEO.....	72	FELBATOL.....	92
EVENCARE.....	135	FELDENE.....	27
everolimus.....	57, 132	felodipine.....	79
EVICEL.....	77	FEMARA.....	56
EVISTA.....	199	fenofibrate.....	87
EVOCLIN.....	41	fenofibric.....	87
EVOLUTION.....	135	FENOGLIDE.....	87
EVOTAZ.....	68	fenoprofen.....	27, 28
EVOXAC.....	72	FENORTHOL.....	28
EVRYSDI.....	196	fentanyl.....	21, 22
EVZIO.....	44	FENTANYL.....	22
EXEL.....	146, 150, 151	feosol.....	112
EXELDERM.....	46	FEOSOL.....	112
EXEL HUBER.....	146	FERAHEME.....	112
EXELON.....	71	FERGON.....	112
exemestane.....	56	FER-IN-SOL.....	112
exenatide.....	48	FERIVA 21-7.....	112
EXPECTA PRENATAL.....	165	FERIVA FA.....	112
EXTENDED RESERVOIR.....	151	FERRACTIV IRON.....	112
EXTINA.....	46	FERRALET.....	112
EYE HEALTH AND LUTEIN.....	202	FERRETTS IPS.....	113
EYE HEALTH PLUS LUTEIN TABLET.....	202	FERRIMIN.....	113
EYE MULTIVITAMIN.....	202	FERRIPROX.....	196, 197
EYEPROTECT.....	202	FERRLECIT.....	113
EYSUVIS.....	103	FERRO-SEQUELS.....	113
EZ.....	141, 142, 157	ferrous.....	112, 113, 114, 116, 212, 213, 224
E-Z DISK.....	99	FERROUS.....	113
ezetimibe.....	86, 87	ferrous fumarate.....	113, 114
ezetimibe/simvastatin.....	86	FERROUS FUMARATE.....	113
E-Z-HD.....	99	ferrous fum/vit c/b12-if/folic.....	113
EZ-LETS.....	157	ferrous gluconate.....	112, 113, 212, 213
E-Z-PAQUE.....	99	ferrous sulfate.....	112, 113
E-Z-PASTE.....	99	ferumoxytol.....	112, 113
EZ SMART LANCETS.....	157	fesoterodine.....	201
F		FETZIMA.....	171, 172
FA-8.....	204	FEXMID.....	164
FABHALTA.....	76	FIBRICOR.....	87
FACTIVE.....	38	fidaxomicin.....	37
famciclovir.....	69	fifty50.....	178, 182
famotidine.....	122	FIFTY50.....	142, 157
fa/mv,ca,iron,min/lycopene/lut.....	209	fifty50 alcohol prep pads.....	182
FARESTON.....	62	FIFTY50 SAFETY SEAL LANCETS.....	157
FARXIGA.....	51	FILSPARI.....	89
FARYDAK.....	55	FILSUVEZ.....	200

Índice de medicamentos

FILTER.....	146, 147, 151, 153	fluoride	108, 109, III, II6, 221, 222
FILTER ASPIRATOR	146	FLUORIDEX.....	108, III
FINACEA	184	fluorometholone	103, 104
finasteride.....	201	FLUOROPLEX.....	62
FINAZOL	209	fluorouracil	62
FINE.....	147	fluoxetine	170, 171, 176
FINGER GRIP	151	fluphenazine.....	176
FINGERSTIX	142, 157	FLURA-DROPS.....	109, II6
FIORICET	15, 19, 24	flurandrenolide	186
FIORINAL	15	flurazepam	177
FIRDAPSE	90	flurbiprofen	28, 104
FIRST-MOUTHWASH BLM.....	194, 195	flutamide.....	55
FLAVOVIT	203	fluticasone	31, 102, 187
flavoxate	202	fluticasone propion/salmeterol.....	31
flecainide	78	fluticasone-salmeterol	31
FLECTOR	180	fluticasone-salmeterol 100-50.....	31
FLEVOXIN	235	fluvastatin	86
FLEXICHAMBER.....	162	fluvoxamine	171
FLINTSTONES.....	220	FLUZONE	75
FLOGEN.....	203	FLUZONE HIGH-DOSE	75
FLOLIPID.....	86	FLUZONE HIGH-DOSE QUAD.....	75
FLOMAX.....	201	FLUZONE QUAD	75
FLORAFOL.....	220	FML	104
FLORIVA	108, 220	FNP	244
FLORRAXYL.....	210	fn vitamin	231
FLOVENT	31, 32	FOLA.....	226
FLOW-EZE	146	FOLACHEW	210
FLUAD	74	FOLAGENT	210
FLUAD QUAD.....	74	FOLAMAX.....	210
FLUARIX	74	FOLAMED.....	210
FLUARIX QUAD	74	FOLAPRIME	210
FLUBLOK.....	74	FOLAWISE	210
FLUBLOK QUAD	74	FOLETRA.....	204
FLUCELVAX	74	FOLIC.....	165, 204, 205, 210, 224, 226, 230, 233, 239
FLUCELVAX QUAD	74	folic acidIII3, II4, II5, I66, I67, 204, 205, 208, 210, 211, 212, 213, 214, 216, 217, 220, 222, 224, 226, 227, 228	
fluconazole	45	folic/mvi ther-min/lycop/lut.....	210
flucytosine.....	44, 45	FOLICORE	226
fludrocortisone.....	128	FOLIKA.....	204, 210, 226, 239
FLULAVAL.....	75	FOLIKA-BC.....	226
FLULAVAL QUAD	75	FOLIKA-D.....	239
FLUMADINE	69	FOLIKA-NC	226
FLUMIST.....	75	FOLIKA-T.....	226
FLUMIST QUAD	75	FOLIKA-V	204
flunisolide	102	FOLINIC-PLUS	226
fluocinolone.....	103, 186, 187, 188	FOLITE.....	204
fluocinonide	187	FOLIXAPURE.....	239
fluorescein.....	98, 104	FOLLISTIM AQ.....	129
FLUORESCEIN-BENOXINATE	104		

Índice de medicamentos

FOLTRATE.....	231	GALZIN.....	197
FOLTX.....	226	ganirelix.....	128
FOLVITA.....	226	GANIRELIX.....	128
FOLVITE-D.....	239	GARDASIL 9.....	76
fondaparinux.....	43	GASTROCROM.....	26
FORA.....	98, 135, 142, 157	GASTROGRAFIN.....	99
FORACARE.....	135, 142, 157	GASTROMARK.....	99
FORACARE LANCETS.....	157	gatifloxacin.....	34
FORA GTEL.....	98, 135	GATIFLOXACIN-DEXAMETHASONE.....	33
FORA LANCETS.....	157	GATTEX.....	124
formaldehyde.....	54, 180	GAVRETO.....	58
formoterol.....	30	GE100.....	136
FORMOTEROL.....	30	GELCLAIR.....	194
FORTAVIT.....	210	GELFILM.....	105, 198
FORTISCARE.....	135	GEL-FLOW.....	77
FOSAMAX.....	199	GELFOAM.....	77
FOSAMAX PLUS D.....	199	GELX.....	194
fosamprenavir.....	68	gemfibrozil.....	87
fosaprepitant.....	119	GEMTESA.....	201
fosfomycin tromethamine.....	35	GENADEK.....	210, 220
fosinopril.....	82, 83	GENICIN.....	204, 226, 239
fosinopril/hydrochlorothiazide.....	82	GENICIN VITA-Q.....	204
FRAGMIN.....	43	GENICIN VITA-S.....	226
FRAICHE.....	108	GENOTROPIN.....	128
FREEDAVITE.....	210	gentamicin.....	34, 35, 41
FREESTYLE.....	97, 98, 135, 136, 142, 157	GENTEEL.....	134, 136
FREESTYLE INSULINX.....	97, 98	GENTLE IRON.....	113
FREESTYLE LITE.....	98	GENVOYA.....	68
FROVA.....	19	GEODON.....	175
frovatriptan succinate.....	19	GERBER.....	210, 220
FRUIT C.....	235	GERBER GROW MIGHTY.....	220
fruit c-100.....	235	GERBER LIL BRAINIES.....	220
FRUIT C-100.....	235	GERITOL.....	205
FRUZAQLA.....	58	GIALAX.....	122
ft., 113, 165, 204, 210, 218, 229, 231, 233, 235, 239, 243, 244, 245		GILOTRIF.....	58
FT.....	113, 198, 210, 226, 231, 235, 239	glatiramer.....	89
ful-glo.....	98	glatopa.....	89
FUL-GLO.....	98	GLEOLAN.....	98
FULPHILA.....	94	GLEOSTINE.....	55
FURADANTIN.....	37	glimepiride.....	49, 50
furosemide.....	101	glipizide.....	49, 50
FUSION.....	66, 113	GLOPERBA.....	26
FUZEON.....	66	GLUCAGEN.....	98
FYCOMPA.....	92	GLUCAGON.....	63, 124
G		GLUCO.....	109
gabapentin.....	90, 92	GLUCOCARD.....	136
GALAFOLD.....	197	GLUCOCOM.....	136, 142, 157, 158
galantamine.....	71	glucose.....	109, 110

Índice de medicamentos

GLUCOSE.....	109	halobetasol.....	187
GLUCOSE CONTROL.....	133, 134, 135, 136, 138	HALOG.....	187
GLUCOSE LIQUID.....	109, 110	haloperidol.....	176
GLUCOTROL.....	49	HARD NAILS.....	227
glutamine.....	77	HARVONI.....	70
GLUTOL.....	110	HAVRIX.....	76
GLUTOSE-15.....	109	HEALON GV.....	108
GLUTOSE-45.....	109	HEALTHPRO GLUCOSE CONTROL SOLN.....	136
glyburide.....	49, 50	HEALTHY.....	136, 142, 158, 202, 214, 215
GLYCATE.....	118	HEALTHY ACCENTS AUTOLET.....	136
glycine urologic solution.....	53	HEALTHY ACCENTS UNILET LANCET.....	158
glycopyrrolate.....	118	healthy eyes tablet.....	202
GLYNASE.....	50	HEALTHY EYES TABLET.....	202
GLYXAMBI.....	50	HEARTBURN ACID REFLUX.....	211
gnp109, 110, 113, 165, 198, 202, 204, 210, 218, 223, 226, 227, 229, 231, 233, 235, 239, 243, 244		HEMA-COMBISTIX.....	100
GNP.....	178, 198, 210, 223, 226, 227, 231, 235, 239, 243, 245	HEMATAX.....	113
gnp glucose.....	109, 110	HEMATOGEN.....	113
GNP VITAMIN E.....	243	HEMATRON-AF.....	114
GOJJI.....	98, 136, 142, 158	HEMAX.....	114
GOLYTELY.....	122	HEMLIBRA.....	77
GOMEKLI.....	57	HEMOCYTE.....	114
GONAL-F.....	129, 130	heparin.....	43, 44
GONITRO.....	80	HEPARIN.....	43, 44
GOPRELTO.....	102	HEPLISAV-B.....	76
GRALISE.....	90	HETLIOZ.....	177
granisetron.....	119	HIBERIX.....	75
GRASTEK.....	73	high potency multivitamin tab.....	211
griseofulvin.....	45	HIGH POTENCY MULTIVITAMIN TAB.....	211
gs.....	110	HISTEX-AC.....	96
GS.....	53, 153, 165, 178, 182, 198, 210	hm.....	114, 165, 198, 204, 218, 227, 231, 235, 239, 243
GS PRENATAL.....	165, 210	HM.....	165, 179, 182, 211, 227, 239
GUAIACOL.....	183	HM ALCOHOL 70% PREP PADS.....	182
guaifen-codeine.....	97	HM BIOTIN.....	227
GUAIFEN-CODEINE.....	97	HM HAIR, SKIN AND NAILS TABLET.....	211
guanfacine.....	84, 173	hm iron.....	114
GUARDIAN.....	136	HM MEN'S ONE DAILY TABLET.....	211
GUMMIES CHILDREN MULTIVITAMIN.....	220	HM ONE DAILY PRENATAL.....	165
GUMMY.....	109, 206, 219, 220, 230, 231	hm prenatal.....	165
GVOKE.....	110	hm slow release iron.....	114
GYNAZOLE.....	44	hm vit.....	231, 235
H		hm vitamin.....	231, 235, 239, 243
HAEGARDA.....	195	HM VITAMIN.....	239
HAIR, SKIN AND NAILS.....	207, 210, 211, 216	homatropine.....	107
HAIR-SKIN-NAILS.....	227	HOMOCYSTEINE.....	227
halcinonide.....	187	HORIZANT.....	88
HALCION.....	177	HORMONES.....	125, 126, 127, 128, 129, 130, 190, 191
		HUMALOG.....	51

Índice de medicamentos

HUMANA.....	98	IFE-BIMIX.....	193
HUMATIN.....	52	IGALMI.....	178
HUMULIN.....	51	IHEALTH.....	136
HURRICAIN LUER-LOCK.....	146	ILET.....	136, 137
HYCAMTIN.....	57	ILEVRO.....	104
HYCODAN.....	97	I.L.X. B-12.....	114
hydralazine.....	84, 85	IMBRUVICA.....	58, 59
HYDREA.....	55	IMCIVREE.....	63
hydrochlorothiazide.....	81, 82, 83, 84, 85, 102	imipramine.....	172, 173
hydrocodone.....	21, 22, 96, 97	imiquimod.....	183
hydrocodone-acetamin.....	21	IMKELDI.....	59
HYDROCODONE-ACETAMIN.....	21	IMMUNERX.....	211
hydrocodone/ibuprofen.....	21	IMPAVIDO.....	53
hydrocort.....	33, 103, 121, 124, 187, 189	IMPEKLO.....	188
hydrocortisone.....	103, 124, 125, 127, 185, 187, 188, 189	IMULDOSA.....	130
hydrocortisone/acetic acid.....	103	IMURAN.....	132
hydrocort-pramoxine.....	124, 189	INBRIJA.....	64
hydrogen peroxide.....	180	INCONTROL.....	137, 142, 158, 179, 182
hydromorphone.....	22	INCONTROL LANCING DEVICE.....	137
hydroxocobalamin.....	231	INCRELEX.....	128
hydroxychloroquine.....	53	INCRUSE.....	29
HYDROXYCHLOROQUINE.....	53	indapamide.....	102
HYDROXYPROPYLCELLULOSE.....	198	INDICLOR.....	99
hydroxyurea.....	55	indomethacin.....	28
hydroxyzine.....	47	INFANRIX DTAP.....	75
HYFTOR.....	131	INFANT-TODDLER MULTIVITAMIN.....	220
HYLAVITE.....	227	infant-toddler multivit-iron.....	220
HYLAZINC.....	204	INFANT-TODDLER MULTIVIT-IRON.....	220
HYMPAVZI.....	77	INFANT-TODDLER TRI-VITAMIN.....	221
hyoscyamine.....	120	INFASURF.....	191
HYPER-SAL.....	196	INFED.....	114
HYPODERMIC NEEDLE.....	146, 153	INFINITY.....	137
HYPOLANCE.....	136	INFUSION SET.....	137, 139, 140
HYPROMELLOSE.....	198	INFUVITE.....	211, 221
HYSINGLA.....	22	INGREZZA.....	88, 89
I		INJECT.....	142, 151, 158
ibandronate.....	199	INJECTAFER.....	114
IBRANCE.....	58	INJECT EASE.....	158
IBTROZI.....	58	INJECT-EASE.....	151
ibuprofen.....	21, 28	INLYTA.....	59
I-CAPS.....	202	INNER EAR PLUS.....	203
ICAPS.....	202, 211	INOVA.....	183
ICAPS AREDS2.....	202	INPEN.....	137
ICAR.....	114	INSPIRACHAMBER.....	162
icatibant.....	192	INSPRA.....	101
ICLUSIG.....	58	INSTACLEAN.....	198
icosapent.....	118	INSTA-GLUCOSE.....	110
IDHIFA.....	61	INSUL-CAP.....	137

Índice de medicamentos

INSUL-EZE.....	137	ISOPTO CARPINE.....	105
INSULIN.....	48, 49, 50, 51, 128, 148, 150, 151, 152, 154	ISORDIL.....	80
INSULIN LISPRO.....	51	isosorbide.....	80, 85
INTEGRA.....	114, 146, 151	isotretinoin.....	180
INTELENCE.....	67	isoxsuprine.....	85
INTERLINK.....	151	isradipine.....	79
INTRINSI.....	231	itraconazole.....	45
INVACARE.....	142, 158	IV 3000.....	154, 155
INVEGA.....	175	IV3000.....	154
INVELTYS.....	104	ivabradine.....	79
iodine/potassium iodide.....	189	IV ADMINISTRATION SET.....	161
iodine/sodium iodide.....	189	IVENIX.....	161
IODOFLEX.....	189	ivermectin.....	52, 184
IODOSORB.....	189	IWILFIN.....	59
IOPIDINE.....	105	J	
IPOL.....	73	JAKAFI.....	56
ipratropium.....	29, 102	JALYN.....	201
IQIRVO.....	194	JANSSEN COVID-19 VACCINE.....	73
irbesartan.....	83	JANUMET.....	50
irbesartan/hydrochlorothiazide.....	83	JANUVIA.....	49
IRESSA.....	59	JARDIANCE.....	51
iron95, 112, 113, 114, 115, 116, 166, 167, 168, 205, 206, 207, 208, 209, 210, 212, 213, 216, 219, 220, 221, 222, 223, 228		JOENJA 70 MG TABLET.....	192
IRON 112, 113, 114, 115, 116, 117, 165, 168, 169, 209, 215, 216, 217, 219, 220, 221, 222		JORNAY.....	173
iron bg.....	114, 166	JOURNAVX.....	19
IRON BISGLYCINATE.....	114	JUBLIA.....	46
iron/c.....	115	JULUCA.....	66
iron,carbonyl.....	112, 114	JUST 4 KIDZ MULTIVIT-PROBIOTIC.....	221
iron/folic.....	115, 166, 167, 207, 208, 212, 213, 216	JUSTRIGHT 5000.....	108, 111
iron fum.....	114, 115, 166, 167, 208, 213, 219	JUXTAPID.....	86
iron fumarate.....	114, 166	JYNARQUE.....	101
iron polysaccharide.....	113, 114, 115	JYNNEOS.....	76
IRONUP.....	115	K	
IRO-PLEX.....	115	KI-1000.....	244
IROSPAN.....	115	K2.....	238, 240, 244, 245
IS-D.....	240	KADIAN.....	22
ISENTRESS.....	68	KALETRA.....	67
isoflurane.....	25	KALYDECO.....	191
isoniazid.....	36	KAPVAY.....	173
ISOPROPANOL.....	198	KENALOG.....	188
isopropyl.....	182, 197, 198	KENDALL.....	151, 154
ISOPROPYL.....	53, 54, 179, 182, 197, 198	KENDALL DISINFECTANT CAP.....	151
isopropyl alcohol.....	182, 197, 198	Keppra.....	92, 93
ISOPROPYL ALCOHOL.....	182, 197	KERENDIA.....	101
ISOPROPYL ALCOHOL 70% SPRAY.....	53	KESIMPTA.....	89
isopropyl rubbing alcohol.....	198	KETAMINE.....	178
ISOPROPYL RUBBING ALCOHOL.....	198	ketoconazole.....	45, 46
		ketodan.....	46
		KETO-DIASTIX REAGENT.....	100

Índice de medicamentos

KETONE CARE TEST STRIP	100	LASTACRAFT	48
KETONE TEST STRIP	98, 100	latanoprost	105
ketoprofen	28	LATANOPROST	105, 106
ketorolac	20, 21, 103, 104	LAZANDA	22, 23
KETOSTIX REAGENT	100	LAZCLUZE	59
KIDS	99, 108, III, 219, 220, 221, 227	leader glucose	110
KIDS COD LIVER OIL	221	leader quick dissolve gluc.....	110
KIDS MULTIVITAMIN	221	lecithin/pyridoxine/kelp	211
KINRIX	75	leflunomide	26
KISQALI	56, 59	lenalidomide	57
KITABIS PAK	35	LENVIMA	59
KLARITY	34, 103, 104, 107	LEQSELVI	200
KLARITY-A(AZITHROMYCIN-CHONDR).....	34	LESCOL	86
KLARON	181	L.E.T.	25
KLOXXADO	44	letrozole	56
KOSELUGO	57	leucovorin	192
KOSHER PRENATAL	165	LEUKERAN	55
K-PAX	211	LEUKINE	94
K-PHOS	117	levalbuterol	30
KPN PRENATAL	165	LEVBID	120
KRINTAFEL	53	LEVER LOCK CANNULA	151
KRISTALOSE	122	levetiracetam	92, 93
kroger glucose	110	LEVETIRACETAM	92
kro glucose	110	LEVITRA	193
kro isopropyl alcohol 91%	198	levobunolol	105
KYLEENA	96	levocarnitine	199
KYNMOBI	64	levofloxacin	34, 38
L		LEVOMEFOL	227
LABSTIX REAGENT	100	levomefolate	204, 224, 225, 227, 228
lacosamide	92	LEVOMEFOLATE	227
LACRISERT	103	levonorgestrel/ethin.estradiol	95
lactulose	118, 122, 123	levothyroxine	191
LAMICTAL	92	LEVSIN	120
lamivudine	66, 67, 70	LEVULAN	62
lamivudine/zidovudine	66	LICART	180
lamotrigine	92	lidocaine	25, 124, 189
lancets	140, 142, 156, 158	LIDOCAINE	124
LANCETS	140, 141, 142, 143, 144, 145, 156, 157, 158, 159, 160	LIDOCAINE-HYDROCORT	124
LANCING DEVICE	133, 134, 135, 136, 137, 138, 139, 140	LIDOCAN	25
LANCING SYSTEM	137	LIFESHIELD BLUNT CANNULA	146, 151
LANOXIN	79	LILETTA	96
lansoprazole	120, 123	lindane	189
lansoprazole/amoxicilin/clarith	120	linezolid	38
lanthanum carbonate	III	LINZESS	122
LANTUS	52	liothyronine	191
LANZO	137	LIPO	203
lapatinib ditosylate	59	LIPO-FLAVONOID PLUS	203
LASIX	101	LIPOTRIAD	202, 203

Índice de medicamentos

LIQUID	99, 109, 110, 115, 205, 212, 223, 230, 237, 238, 244
LIQUID E-Z PAQUE	99
LIQUID POLIBAR PLUS	99
liraglutide	48, 63
lisinopril	82, 83
lisinopril/hydrochlorothiazide	82
LITE	98, 137, 142, 158, 235
LITEAIRE	162
LITE TOUCH	137, 158
LITETOUCH	162
LITFULO	200
lithium	170
LITHOBID	170
LITHOSTAT	118
little	221
LITTLE	221
LITTLE ANIMALS	221
LIVDELZI	194
LIVITA	221, 245
LIVMARLI	122
LIVTENCITY	69
l-mefol/a-cyst/mebl2/algal oil	227
lme folate/b3/copp/zs/sel/chrom	211
L-MESITRAN	185
L-METHYLFOL	227
l-norgest/e.estradiol-e.estrad	95
LODINE	28
LODOSYN	65
lofexidine	200
LOKELMA	111
LOMAIRA	62
LOMOTIL	118
longs glucose	110
LONHALA MAGNAIR	29
LONSURF	55
LOPID	87
lopinavir/ritonavir	67
LOPRESSOR	85
LOPROX	46
lorazepam	169
LORBRENA	59
LORID	227
LORMATE	227
LORTAB	21
LORZONE	164
losartan/hydrochlorothiazide	83
losartan potassium	84
LOTEMAX	104
LOTENSIN	82, 83
LOTENSIN HCT	82
loteprednol	104
loteprednol etabonate	104
lovastatin	86
loxapine	176
lubiprostone	123
LUCENTIS	107
LUER LOCK	149, 150, 151, 152
LUER-LOK	148, 151, 153
LUERSLIP	151
LUER SLIP TIP	151
LUER TIP CAP	151, 153
LUMAKRAS	56
LUMRYZ	177
LUPKYNIS	132
LUTEIN	202, 203, 205, 220
LYBALVI	175
LYDIA PINKHAM HERBAL	115
LYMEPAK	39
LYNPARZA	59
LYSODREN	61
LYSTEDA	76
LYTGOBI	59
LYUMJEV	52
M	
MACROBID	37
MACULAR BENEFITS	203
MACUVEX	203
MACUZIN	203
MAD	151
mafenide	42
MAGELLAN	151, 152
MALARONE	53
malathion	189
maprotiline	172
maraviroc	66
MAR-COF CG	97
MARINOL	119
MARNATAL-F	165
MARPLAN	170
MASONATAL	165
MATULANE	61
MAVENCLAD	89
MAXFE	115
MAXIMIN	211
MAXIMUM D3	240
MAXITROL	33

Índice de medicamentos

MAXI-TUSS CD.....	96	metaxalone.....	164
MAYZENT.....	89	metformin.....	49, 50
MEBOLIC.....	211	METHACHOLINE.....	98
meclizine.....	119	methadone.....	23
meclofenamate.....	28	methamphetamine.....	72
mecobal/levomefolat ca/b6 phos.....	227	METHAVER.....	227
MEDI-FIRST ISOPROPYL ALCOHOL.....	54	methazolamide.....	100
MEDIHONEY.....	185	methenamine hippurate.....	35
MEDISENSE.....	137, 142, 158	methenamine mandelate.....	35
medlance.....	142, 158	methenam/m.blue/salicyl/hyoscy.....	35
MEDLANCE.....	142, 158	methenam/sod phos/mblue/hyoscy.....	35
medlance plus.....	158	methen/mblue/sal/sod phos/hyos.....	35
MEDLANCE PLUS.....	158	methimazole.....	190
MEDROL.....	127	METHITEST.....	125
medroxyprogesterone.....	95, 129	meth/meblue/sod phos/psal/hyos.....	35
MEDTRONIC.....	137	methocarbamol.....	164
MEDTYCHOLL-B.....	227	methotrexate.....	55, 56
mefenamic.....	21	methoxsalen.....	180
mefloquine.....	53	methscopolamine.....	120
MEGA BIOTIN.....	227	METHYL B-12.....	231
megestrol.....	62, 202	METHYLCOBALAMIN.....	231
meijer glucose.....	110	methyldopa.....	84
MEKINIST.....	57	methylene.....	195
MEKTOVI.....	57	methylergonovine.....	129
meloxicam.....	28	METHYLFOLATE.....	204
melphalan.....	55	METHYLIN.....	173
memantine.....	88	methylphenidate.....	173, 174
MEN 50.....	205, 208, 211, 216	METHYLPHENIDATE.....	174
MENACTRA.....	74	methylprednisolone.....	127
MENOPUR.....	129	METHYL PROTECT.....	227
MENOSTAR.....	127	methyl salicylate.....	183
MENQUADFI.....	74	methyltestosterone.....	125
MEN'S.....	205, 206, 207, 208, 211, 214, 215, 216	metoclopramide.....	122
MEN'S 50 PLUS.....	211, 214, 215	metolazone.....	102
MEN'S DAILY.....	211	METOPIRONE.....	99
MEN'S MULTIVITAMIN.....	211, 214	metoprolol.....	85
MENVEO.....	74	METOPROLOL SUCCINATE ER-HCTZ.....	85
MEPHYTON.....	244	METROCREAM.....	184
meprobamate.....	170	METROGEL.....	184
MEPRON.....	53	metronidazole.....	35, 40, 184
mercaptopurine.....	55	metyrosine.....	84
MERIBIN.....	227	mexiletine.....	78
mesalamine.....	121	MIACALCIN.....	130
mesna.....	192	miconazole.....	44
MESNEX.....	192	MICRO.....	139, 142, 143, 147, 158, 190
METANX.....	227	MICROCHAMBER.....	162
METANXPRO.....	227	MICRODOT.....	137
metaproterenol.....	30	MICROLET.....	137, 143, 158

Índice de medicamentos

MICRONEX	211	MONSEL'S.....	77
MICROSPACER.....	162	montelukast.....	32
MICROTAINER.....	156, 158	morgidox.....	40
MICRO THIN LANCET.....	158	MORGIDOX	40
MICRO THIN LANCETS.....	158	morphine.....	22, 23
midazolam.....	177	MOTOFEN.....	118
MIDAZOLAM.....	178	MOUNJARO	49
midodrine.....	72	MOUTHPIECE.....	162
MIEBO.....	103	MOVANTIK.....	44
MIFEPREX.....	195	MOXATAG	38
mifepristone	50, 195	moxifloxacin.....	34, 38
miglitol.....	49	MOXIFLOXACIN	33
miglustat	196	MRESVIA.....	76
MIGRANAL.....	20	MS CONTIN.....	23
MINCORA	227	ms glucose.....	110
MINI LANCING DEVICE.....	137, 138	ms quick dissolve glucose.....	110
MINIMED.....	137, 151	MTERYTI.....	165
MINIMED RESERVOIR.....	151	MTX.....	231
MINI PRENATAL	165	MUCOSITISRX	194
MINIPRESS.....	82	MULTAQ.....	78
minocycline	39, 40	MULTIA.....	212
MINOLIRA.....	40	MULTI-DAY PLUS MINERALS.....	212
minoxidil.....	84	multi for her	211
MIRENA.....	96	MULTI FOR HER.....	211
mirtazapine	169	MULTI-LANCET	137
MIRVASO.....	184	multilex	212
misoprostol.....	27, 120	MULTILEX.....	212
MITIGARE.....	26	MULTI PRO.....	211
MITOMYCIN.....	107	MULTISTIX	100
MITOSOL	107	MULTITOL-M	245
MI-VITE.....	204	multivit.. 165, 205, 207, 208, 210, 212, 213, 214, 216, 217, 219, 220, 221, 222, 223, 245	
MIXED TOCOTRIENOLS	243	multivitamin ...167, 208, 211, 212, 214, 216, 219, 220, 221, 222, 223	
MKO.....	178	MULTIVITAMINI67, 202, 203, 205, 206, 207, 208, 209, 210, 211, 212, 213, 214, 215, 216, 217, 218, 219, 220, 221, 227	
M-M-R II VACCINE	75	MULTI-VITE.....	212
MNEXSPIKE.....	73	MULTI-VIT-FLOR.....	221
MOBILE.....	143	MULTIVIT-FLUOR	221
modafinil	177	multivit-min/fa/lycopen/lutein.....	207, 213
MODDI.....	137	mupirocin.....	41
MODERNA COVID.....	73	MURI-LUBE.....	198
MODERNA COVID-19 BOOSTER	73	MUSE.....	193
moexipril.....	83	mv	114, 115, 206, 209, 210, 213, 215
molindone.....	176	mvn.....	208, 213
mometasone.....	102, 188	MVW.....	213, 221
mondoxyne.....	40	MVW COMPLETE	221
MONOCAPS	211	MYALEPT.....	130
MONOFERRIC.....	115	MYCAPSSA	129
MONOJECT	146, 147, 151, 152		
MONOLET	143, 158		

Índice de medicamentos

MYCOBUTIN.....	36	neomycin.....	33, 34, 35, 179
mycophenolate	132	neomycin/bacit/p-myx/hydrocort.....	33
MYDAYIS.....	72	neomycin/bacitracin/polymyxinb.....	34
MYDCOMBI.....	107	neomycin/polymyxin b/dexametha.....	33
MYDRIACYL.....	107	neomycin/polymyxin b/hydrocort	33
MYDRIATIC4.....	105	neomycin/polymyxn b/gramicidin.....	34
MYFEMBREE	128	neomycin sulfate.....	35
MYFORTIC	132	NEONATAL	115, 165
MYGLUCOHEALTH	137, 143, 158	NEONATAL FE.....	115
MYHIBBIN	132	NEORAL.....	132
MYLERAN.....	55	NEO-SYNALAR.....	41
MYRBETRIQ.....	201	NEOVITE	213
MYSOLINE.....	93	NEPHRON FA	227
MYXREDLIN	52	NEPHRO-VITE.....	227
N		NERIA	161
nabumetone	28, 29	NERLYNX.....	59
naftifine.....	46	NESTABS	165, 213
NAFTIN.....	46	NEUAC	181
NALFON.....	28	neuac gel.....	181
NALOCET.....	21	NEULUMEX.....	99
naloxone.....	24, 44, 200	NEUPRO	64
naltrexone.....	44	NEURIN-SL	231
NAMENDA	88	NEUTRASAL	194
NAMZARIC.....	88	nevirapine	67
NANO.....	147, 168, 221	NEXAVAR	59
NANOVM.....	221, 245	NEXCARE TEGADERM	154, 155
NAPRELAN.....	28	NEXLETOL	86
NAPROSYN	27, 28	NEXLIZET.....	86
naproxen.....	27, 28, 29	niacin.....	87, 218, 219
naratriptan.....	19, 20	NIACIN	218, 219
NARCAN	44	niacinamide.....	218
NARDIL	170	NIACINAMIDE.....	218
NASCOBAL	231	NIACOR	87
NATACHEW.....	165	nicardipine.....	79
NATACYN.....	44	NICOMIDE.....	213
nateglinide.....	50	NICOTROL	190
NATPARA	129	nifedipine.....	79
NAYZILAM.....	91	NIFEREX.....	115
nebivolol.....	85	NILANDRON.....	55
NEBUPENT	53	nilotinib	59
nebusal.....	196	nilutamide.....	55
NEBUSAL	196	nimodipine	79
NEEDLE.....	145, 146, 147, 148, 150, 151, 152, 153	NINJACOF-XG	97
needles,safety huber,disposabl.....	147	NINLARO	59
NEEVODHA	213	nisoldipine	79
nefazodone.....	171	nitisinone.....	196
NEFFY	71	NITRO-DUR.....	80
NEMLUVIO.....	131	nitrofurantoin.....	37, 38

Índice de medicamentos

nitroglycerin	80, 123	NUPLAZID	170
NITROLINGUAL	80	NURTEC ODT	20
NITROMIST	80	NUTRALYN	213
NITROSTAT	80	NUTRIVIT	214
NITYR	196	NUVAXOVID	73
NIVA-FOL	227	NUVESSA	40
NIVA-PLUS	213	NUZYRA	40
NIVESTYM	94	NYMALIZE	79
nizatidine	122	nystatin	45, 46, 47
NOCTIVA	126		
NO FLUSH NIACIN	218	OB COMPLETE	165, 166, 214
NOKOR	147	OBREDON	97
norelgestromin/ethin.estradiol	95	OBSTETRIX EC	166
noreth-ethinyl estradiol/iron	95	OBSTETRIX ONE	214
norethind-eth estrad	95, 127	OBTREX DHA	166
norethindrone	95, 126, 127, 129	OCALIVA	121
norethin-ee	95	OCUFLOX	34
norethin-eth estrad	127	OCULAR VITAMINS	203
NORGESIC	164	OCUVEL	203
norgestimate-ethinyl estradiol	95	OCUVITE	203, 214
norgestrel-ethinyl estradiol	95	ODACTRA	73
NORM-JECT	152	ODEFSEY	68
NORMLGEL	189	ODOMZO	56
nortriptyline	172	OFEV	192
NORVIR	68	ofloxacin	33, 34, 38
NORWEGIAN COD LIVER OIL	223	OGSIVEO	59
NOURIANZ	65	OJEMDA	56
NOVA	137, 143, 158	olanzapine	175, 176
NOVAFERRUM	115, 222	olmesartan/amlodipin/hcthiazid	82
NOVAMAX PLUS	98, 137	olmesartan/hydrochlorothiazide	83
NOVAMV	222	olmesartan medoxomil	84
NOVAREL	130	olopatadine	102
NOVAVAX COVID-19 VACC,ADJ	73	OLPRUVA	118
NOVOPEN 3	138	OLUX	188
NOVOPEN ECHO	138	om-3	214
NOXAFIL	45	OMECLAMOX-PAK	120
NOXIFOL-D3	240	omega-3 acid	118
NUBEQA	55	omeprazole	123, 124
NUCALA	32	OMNIPAQUE	98
NUCORT	188	OMNIPOD	138
NUEDEXTA	89	OMNITROPE	128
NUFERA	115	OMNIVEX	214
NUFOLA	227	OMVOH	131
NU-IRON	115	ON CALL	138, 143, 158
NULEV	120	ONCOVITE	214
NULYTELY	123	ondansetron	119
NUMBRINO	102	one	167, 208, 214, 216, 246
NUMOISYN	194	ONE	162, 165, 166, 168, 206, 209, 211, 213, 214, 215, 216, 222, 223

Índice de medicamentos

one-a-day.....	215	OTOVEL.....	33
ONE A DAY.....	166, 222, 223	OVACE.....	181, 182
ONE-A-DAY.....	166, 214, 215, 222	OVAL TAPE.....	138
one daily.....	167, 208, 214, 216	OVIDE.....	189
ONE DAILY.....	165, 206, 209, 211, 214	OVIDREL.....	130
ONE-DAILY.....	215	oxandrolone.....	125
ONETOUCH.....	138, 143, 158, 159	oxaprozin.....	27, 29
ONETOUCH DELICA.....	138, 158, 159	oxazepam.....	169
ONETOUCH ULTRA.....	138	OXBRYTA.....	77
ONETOUCH VERIO.....	138	oxcarbazepine.....	93
ONEVITE.....	215	OXERVATE.....	108
ONE WAY MOUTHPIECE.....	162	oxiconazole.....	47
ONEXTON.....	181	OXTELLAR.....	93
ONGENTYS.....	65	oxybutynin.....	202
ON-THE-GO.....	143, 159	oxycodone.....	21, 23, 24
OPFOLDA.....	196	oxycodone hcl/acetaminophen.....	21
opium/belladonna.....	23	OXYCONTIN.....	24
opium tincture.....	118	oxymorphone.....	24
OPSITE.....	155	OXYTROL.....	202
OPSUMIT.....	80	OZEMPIC.....	48
OPSYNVI.....	81	P	
OPTICHAMBER.....	162, 163	P2I.....	169
OPTIFAST.....	215	PACNEX.....	183
OPTIMAL D3 M.....	240	paliperidone.....	175
OPTISOURCE.....	215	PALYNZIQ.....	73
OPTUMRX.....	138	PAMELOR.....	172
OPURITY.....	215, 231	PAN-C.....	235
OPZELURA.....	189	PANCREAZE.....	123
ORACIT.....	117	PANDA.....	163
ORALAIR.....	73	PANDEL.....	188
ORAMAGICRX.....	194	PANRETIN.....	62
ORAPRED ODT.....	127	PANTETHINE.....	219
ORAVIG.....	45	pantoprazole.....	124
ORENITRAM.....	81	PANTOTHENIC.....	219
ORFADIN.....	196	PAPAVERINE-PHENTOLAMINE.....	193
ORGOVYX.....	57	PAPAVERINE-PHENTOLMN-ALPROSTD L.....	193
ORIAHNN.....	128	PARADIGM.....	152, 161
ORILISSA.....	128	paregoric.....	118
ORKAMBI.....	191	PAREMYD.....	107
ORLADEYO.....	192	paricalcitol.....	195
ORLISTAT.....	63	PARNATE.....	170
orphenadrine.....	164	paroxetine.....	171, 196
ORTHO DF.....	240	PARVLEX.....	115
oseltamivir.....	69	PASER.....	36
OSENI.....	48	PATANASE.....	102
OSMOPREP.....	123	PAXIL.....	171
OSTACHOL.....	240	PAXLOVID.....	69
OTEZLA.....	26	PAXLYTE.....	231
OTIPRIO.....	33	pazopanib.....	59

Índice de medicamentos

PEDIA POLY-VITE	222	phenazopyridine	25
pedia poly-vite iron	222	phendimetrazine	62
PEDIARIX	76	phenelzine.....	170
PEDIATRIC MASK	163	phenobarb/hyoscy/atropine/scop	120
PEDIATRIC MONITOR.....	138	phenobarbital	177
pediatric multivit	222	PHENOBARBITAL-BELLADONNA ELIXR	120
pediatric multivitamin.....	219, 222, 223	phenoxybenzamine.....	72
PEDIATRIC PANDA MASK	163	phentermine	62, 63
PEDIATRIC POLY-VITAMIN.....	222	phenylephrine.....	47, 105
PEDIATRIC POLY-VITE.....	222	PHENYTEK.....	93
PEDIATRIC TRI-VITAMIN	222	phenytoin	91, 93
PEDIATRIC TRI-VITE.....	222	PHOSPHOLINE IODIDE	106
PEDIA TRI-VITE.....	222	PHOTREXA.....	103
pedi multivit.....	219, 220, 222	PHYSIOLYTE.....	179
ped mvit	222	PHYSIOSOL	179
PEDVAXHIB	75	phytonadione	244, 245
peg3350/sod sulf,bicarb,cl/kcl	122, 123	PHYTONADIONE.....	244
peg3350/sod sul/nacl/kcl/asb/c.....	123	PIFELTRO	67
PEGASYS.....	70	pilocarpine.....	72, 73, 105, 106
PEMAZYRE	59	pimecrolimus	131
PENBRAYA.....	74	pimozide.....	175
penciclovir	71	pindolol.....	85
penicillamine.....	26	pioglitazone	50
penicillin.....	38	PIP	138, 143, 159
PENMENVY	74	PIP GLUCOSE CONTROL SOLUTION	138
PENTACEL	75	PIP LANCET	159
pentamidine.....	53	PIQRAY	59
PENTASA.....	121	piroxicam	27, 29
pentazocine	24	PISTON ENFIT	152
pentoxifylline.....	78	pitavastatin.....	86
PEPCID	122	PLEGRIDY	89, 90
perampanel	92, 93	PLEXION	42, 182
PERFECT	115, 143, 147, 159	PNEUMOVAX 23	74
PERFECT IRON	115	pnv	166, 168
PERIDEX.....	192	POCKET CHAMBER.....	163
PERIDIN-C.....	235	PODIAPN	227
perindopril erbumine.....	83	podofilox.....	184
permethrin.....	64	POLIBAR ACB.....	99
perphenazine.....	176	polyethylene	198
perphenazine/amitriptyline hcl.....	172	POLYFIN.....	161
PFIZER COVID	73	POLY HUB	147
pharm.....	179, 182	polymyxin b sulf/trimethoprim	34
PHARM.....	179, 182	POLYSKIN II.....	155
PHARMABASE BARRIER.....	184	POLYTRIM.....	34
pharm choice alcohol prep pads	182	POLY-TUSSIN AC.....	96
PHARM CHOICE ALCOHOL PREP PADS.....	182	POLY-VI-FLOR	222
PHASEAL	147	poly-vi-sol	222
PHEBURANE	118	POLY-VI-SOL	222

Índice de medicamentos

POLY-VITA.....	222	PRENATE	167, 169, 215
POLY VITAMIN-IRON	215	PREPIDIL	129
POLY-VITE.....	222	PRESERVISION	203
POMALYST	57	PRESSURE	105, 106, 143, 159
POSACONAZOLE.....	45	PRESSURE ACTIVATED LANCETS.....	159
posaconazole dr	45	PRESTALIA.....	81
potassium	20, 38, 84, 109, 112, 117, 123, 189	PRETOMANID	36
POTASSIUM	101, 102, 116, 117, 123	PREV	215
potassium bicarbonate/cit ac.....	117	PREVENT	223
potassium chloride	117	PREVIDENT	108, 111
potassium citrate	117	PREVNAR 13.....	74
potassium iodide.....	112, 189	PREVNAR 20.....	74
potassium iodide/iodine	112	PREVYMIS.....	69
povidone.....	103	PREZISTA.....	66
pramipexole	65	PRIFTIN	36
PRAMOSONE	189	PRIMACARE.....	167
PRANDIN.....	50	primaquine	53
prasugrel	65	PRIMAQUINE	53
pravastatin.....	86	PRIMEAIRE	163
praziquantel.....	52	primidone	93
prazosin.....	82	PRIMSOL	35
PR BENZOYL PEROXIDE.....	184	PRIORIX	75
PRECISIONGLIDE.....	146, 147, 152, 153	PRISMASOL.....	117
PRECISION XTRA	98, 138	PRO ..115, 135, 140, 143, 145, 156, 159, 161, 163, 179, 182, 183, 211, 220	
PRECOSE	49	probenecid.....	29
pred.....	33	PROCARDIA	79
PRED.....	33, 104	PROCARE SPACER	163
PRED FORTE	104	PROCERV HP.....	215
PRED-G.....	33	PROCHAMBER.....	163
prednicarbate	186, 188	prochlorperazine	119
prednisolone.....	34, 104, 127, 128	PRO COMFORT	143, 159, 163, 182
PREDNISOLONE.....	33, 104	PROCORT	121, 124
PREDNISOLONE ACET-GATIFLO-BROM.....	33	PROCTOCORT	124
PREDNISOLONE ACET-MOXIFLOXACIN.....	33	PRODIGY	138, 143, 152, 159
PREDNISOLONE AC-MOXIFLOX-BROMF	33	PRODIGY COUNT-A-DOSE.....	152
PREDNISOLONE AC-MOXIFLOX-NEPAF.....	33	PRO FE	115
PREDNISOLONE PHOS-GATIFLO-BROM.....	33	PROFERRIN	115
PREDNISOLONE PHOS-GATIFLOXACIN.....	33	PROFOLA.....	215
PREDNISOLONE PHOS-MOXIFLOXACIN	33	progesterone	129, 130
prednisone.....	128	PROGLYCEM.....	110
preferred plus glucose	110	PROGRAF	132
pregabalin	93, 200	PROLENSA.....	104
PREGNYL	130	PROMACTA	94
PREHEVBRIO.....	76	promethazine.....	47, 96, 119
PREMARIN.....	129	PROMETRIUM.....	129
PRENATA.....	166	propafenone	78
prenatal	165, 166, 167, 168	proparacaine.....	104
PRENATAL	165, 166, 167, 168, 169, 206, 210, 215, 217	propranolol	85
prenatal71.....	167	propylthiouracil.....	190

Índice de medicamentos

PROQUAD.....	75	QUVIVIQ.....	178
PRORENAL.....	215, 228	QVAR REDIHALER.....	32
PROSCAR.....	201	R	
PROTECT.....	108, 115, 216, 227	ra 110, 115, 167, 168, 182, 198, 204, 216, 218, 223, 228, 231, 233, 235, 236, 240, 243	
PROTECT IRON.....	115, 216	ra alcohol swabs.....	182
PROTHELIAL.....	194	ra balanced.....	228
protriptyline.....	173	rabeprazole.....	124
PROVERA.....	95, 129	RADICAVA ORS.....	88
PROVIDA OB.....	167	RADIOGARDASE.....	197
PROVOCHOLINE.....	98	ra glucose.....	110
prucalopride.....	122	RAGWITEK.....	73
PSV SET.....	161	ra high potency iron.....	115
pub glucose.....	110	RA HIGH POTENCY IRON.....	115
PULMOZYME.....	192	ra isopropyl alcohol 70%.....	198
PURE.....	143, 159, 163, 179, 182	RA ISOPROPYL ALCOHOL 70% WIPES.....	182
PURE COMFORT.....	159, 163, 182	ra isopropyl alcohol 91%.....	198
PURECOMFORT.....	163	raloxifene.....	199
PUREFE.....	216	ramelteon.....	177
purevita.....	204, 240	ramipril.....	83
PUREVITA 204, 218, 219, 223, 228, 229, 231, 233, 235, 240, 243		RANEXA.....	78
PURIXAN.....	56	RA NIACIN.....	219
PUSH.....	143, 159	ranitidine.....	122
PUSH BUTTON.....	159	ranolazine.....	78
pyrazinamide.....	36	ra one daily prenatal dha pack.....	167
pyridostigmine.....	71	RAPAMUNE.....	132
PYRIDOSTIGMINE.....	71	RAPID B-12 ENERGY.....	231
pyridoxine.....	211, 233	ra prenatal tablet.....	168
PYRIDOXINE.....	233	rasagiline.....	64, 65
pyrimethamine.....	53	RASUVO.....	26
PYRUKYND.....	77	RAVICTI.....	118
Q		ra vit.....	231, 235
QELBREE.....	174	RA VIT.....	231
QSYMIA.....	63	ra vitamin.....	223, 231, 235, 236, 240, 243
Q-SYTE.....	162	ra vitamin a.....	223
QUADRACEL DTAP-IPV.....	75	RA VITAMIN C.....	236
QUDEXY.....	93	RAYALDEE.....	195
QUERCETIN.....	203	RAYA SURE.....	147
QUESTRAN.....	87	RAYOS.....	128
quetiapine.....	175	RAZADYNE.....	71
QUFLORA.....	222	READI-CAT 2.....	99
QUICK RELEASE SOFT TEFLON.....	138	READYLANCE.....	143, 159
quinapril.....	81, 82, 83	REBIF.....	90
quinapril/hydrochlorothiazide.....	81, 82	RECOMBIVAX HB.....	76
QUIN B STRONG.....	228	RECOTHROM.....	77
QUINCE SPINAL.....	147	RECTIV.....	123
quinidine.....	78	REFUAH.....	138
quinine.....	53	REGLAN.....	122
QUINTABS.....	216	REGULAR BEVEL.....	147
QULIPTA.....	20		

Índice de medicamentos

RELAFEN.....	29	rifampin	36
RELAGARD.....	52	RIGHTEST.....	139, 143, 159
RELCARE.....	228	RILUTEK.....	88
RELENZA.....	69	riluzole.....	88
RELEXXII.....	174	rimantadine.....	69
RELIAMED.....	138, 143, 159	RIMSO-50.....	24
RELION.....	98, 110, 179, 183	ringer's solution.....	179
reli-on glucose	110	RINVOQ.....	27
relion glucose	110	RIOMET.....	49
RELION GLUCOSE	110	risedronate.....	199
RELISTOR.....	44	RISPERDAL.....	175
REMEDIENT.....	216	risperidone.....	175
REMERON.....	169	RITEFLO.....	163
RENACIDIN.....	117	ritonavir.....	67, 68
RENAL VITAMIN.....	228	rivaroxaban.....	43
RENAL-VITE.....	228	rivastigmine.....	71
RENAPLEX.....	228	rizatriptan.....	20
RENVELA.....	III	R-NATAL.....	169
repaglinide.....	50	ROBINUL.....	118
REPATHA.....	86	ROCALTROL.....	240
REPLACEMENT.....	77, 112, 113, 114, 115, 116, 117	ROCKLATAN.....	106
REPLACEMENT PEDIATRIC MONITOR.....	138	roflumilast.....	32
REPLESTA.....	240	ROMVIMZA.....	60
REQ49+.....	205	ropinirole.....	65
RESPA A.R.....	96	rosadan.....	184
RESTASIS.....	107	ROSADAN.....	184
RESTORIL.....	177	rosula.....	42
RETEVMO.....	59, 60	ROSULA.....	42
RETIN-A.....	190	ROSZET.....	86
RETROVIR.....	67	ROTARIX.....	74
REVATIO.....	80	ROTATEQ.....	74
REVESTA.....	240	ROWASA.....	121
REVLIMID.....	57	ROXICODONE.....	24
REVUFORJ.....	60	ROXIFOL.....	240
REXTOVY.....	44	ROZLYTREK.....	60
REXULTI.....	176	rufinamide.....	93
REYATAZ.....	68	rutin.....	203
REYVOW.....	20	RYALTRIS.....	102
REZDIFFRA.....	194	RYBELSUS.....	48
REZUROCK.....	201	RYCLORA.....	47
RHOFADE.....	184	RYDAPT.....	60
RHOPRESSA.....	106	RYTARY.....	65
ribasphere.....	70	RYVENT.....	47
ribavirin.....	70	S	
riboflavin.....	233	sacubitril.....	82
RIBOFLAVIN.....	233	SAFE-CLIP.....	139
RIBOZEL.....	228	SAFESNAP.....	152
RIDAURA.....	26	SAFETY....	141, 142, 143, 144, 145, 148, 151, 152, 153, 154, 156, 157, 158, 159, 160, 161
rifabutin.....	36		

Índice de medicamentos

SAFETYGLIDE.....	148, 152	SIL-SERTER.....	139
SAFETY LANCETS	156, 158, 159	SILVADENE	42
SAFETY-LET.....	159	silver sulfadiazine.....	42
SAFETY SEAL LANCETS	157, 159	SIMBRINZA	106
SAFETY SYRINGE	151, 152, 153, 154	SIMILAC PRENATAL	168
SALAGEN	73	SIMLANDI.....	54
SALIVAMAX	194	SIMPONI	54
salsalate.....	26	simvastatin.....	86, 87
SAMBUCUS	236	SIMVASTATIN.....	86
SANCUSO	119	SINEMET	65
SANDIMMUNE.....	132	SINGLE.....	121, 124, 144, 159, 179, 183
SANTYL	189	SINGLE-LET.....	144, 159
sapropterin.....	197	SINGLE USE SWAB	183
SAPS.....	179, 183	sirolimus	132
SAPS ALCOHOL 70% PREP PADS	183	SIRTURO	36
SAVELLA.....	200	SITAVIG.....	69
saxagliptin.....	49	SITZMARKS.....	99
saxagliptin-metformin	50	SKYCLARYS	197
saxagliptin-metformn	50	SKYLA	96
saxagliptn-metform	50	SKYRIZI	131, 180
SAXENDA.....	63	SLIP-TIP.....	153
SCALACORT	188	slo-niacin.....	219
SCEMBLIX.....	60	SLO-NIACIN	219
SCOOBY-DOO ONE A DAY	222, 223	SLOW FE.....	116
scopolamine.....	119	slow release iron.....	112, 114, 116
SECUADO	175	SLOW RELEASE IRON.....	112, 115, 116
SEEBRI	30	sm.....	116, 168, 183, 198, 204, 216, 228, 231, 232, 233, 236, 240
SELARSDI.....	130	sm alcohol prep pads	183
SELECT-OB.....	168	SMART	142, 144, 157, 159
selegiline	65	SMARTDIABETES VANTAGE	139
selenium.....	182	SMARTEST	139, 144, 159
SELZENTRY	66	smart sense.....	110
SEMGLEE.....	52	SMART SENSE	159
SEN-SERTER.....	139	sm iron.....	116
SEROSTIM	128	sm isopropyl alcohol 70%.....	198
sertraline	171	sm prenatal vitamins tablet.....	168
sevelamer	111	SM SLOW RELEASE IRON 45 MG TAB.....	116
sevoflurane.....	25	sm vitamin.....	231, 232, 236, 240
SEYSARA.....	40	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
SFROWASA.....	121	SODIUM	34, 43, 99, 177, 179, 182
SHINGRIX.....	76	sodium chloride.....	123, 179, 196
SHORT BEVEL	147	sodium chloride/nahco3/kcl/peg	123
SIDEROL	116	SODIUM CITRATE	43
SIDESTREAM	163	sodium ferric gluconat/sucrose.....	113, 116
sildenafil.....	80, 193	sodium fluoride.....	108, 109, 111, 116
SILENOR	178	SODIUM OXYBATE.....	177
SILHOUETTE	137, 162	sodium phenylbutyrate.....	118
SILICONE MASK.....	163		
silodosin.....	201		

Índice de medicamentos

sodium polystyrene sulfonate	III	SPRIX.....	20
sodium polystyrene sulfon/sorb	III	SSKI	112
sodium, potassium,mag sulfates.....	123	sss	42
sodium sulfacetamide	182	STALEVO	65
SODIUM SULFACETAMIDE 10% WASH.....	182	stavudine.....	67
sod,pot chlor/mag/sod,pot phos	179	STELARA.....	130
sod sulface-sulf	42	STENDRA	193
sod sulface-sulfur	42	STERILANCE.....	144, 159
sod sulfacetam 10% clnsng gel	182	STERILANCE TL	159
sod sulfacetamide 9.8% shampoo	182	STERILE.....	144, 153, 159
sod sulfacetamide 10% shampoo.....	182	STERILE LANCETS	159
sod sulfacet-sulfr	42	STIOLTO RESPIMAT	30
sod sulfacet-sulfur	42	STIVARGA.....	60
sod sulfac-sulfur	42	STRENSIQ	196
SOF-SERTER.....	139	STRESS B-COMPLEX	216
SOF-SET	139	stress-c	216
SOFT	138	stress formula.....	212, 216, 228
SOHONOS.....	197	STRESS FORMULA	216
solifenacin	201	STRIVERDI.....	30
SOLQUA	48	STROMECTOL.....	52
SOLO	216	STROVITE	216
SOLODYN	40	STUART ONE.....	168
SOLOSEC	34	SUBSYS	24
SOLTAMOX.....	62	SUCRAID	121
SOLUS.....	139, 144, 159	sucralfate	120
SOLUS V2.....	139, 159	SULAR	79
SOLUVITA	223	sulfacetamide.....	34, 42, 181, 182
SOMA	164	sulfadiazine	35, 42
SOMAVERT	195	sulfamethoxazole/trimethoprim	35
SOOLANTRA.....	184	SULFAMYLON.....	42
sorafenib tosylate	59, 60	sulfasalazine	121
SORBITOL	179	sulindac	29
sotalol.....	84, 85	SUMADAN.....	42
SOTYKTU	180	sumatriptan.....	20
SOTYLIZE	85	SUMAXIN.....	42
SPACE CHAMBER	162, 163	sunitinib malate.....	60
SPAN C.....	236	SUNLENCA	67
SPECIALTY USE NEEDLES	147	SUNOSI	177
SPECTRACEF.....	37	super	216, 225, 228
SPECTRAVITE.....	205, 216	SUPER.....	142, 144, 158, 159, 216, 238, 240
SPEVIGO.....	180	super b complex-vit c.....	228
SPIKEVAX COVID	73	SUPER DAILY D3.....	238, 240
spinosad.....	64	SUPER GINSENG.....	216
SPIRIVA HANDIHALER	29	SUPERIOR.....	216, 245
SPIRIVA RESPIMAT	29	super quintis	228
spironolact/hydrochlorothiazid	102	SUPER THIN LANCETS	158, 159
spironolactone	101, 102	SUPOR	153
SPORANOX	45	SUPPORT-500.....	216
SPRITAM.....	93	SUPRANE	25

Índice de medicamentos

SURE.....	137, 139, 144, 147, 159, 162, 179, 183
SURE COMFORT	139, 159, 183
SUREFLEX.....	139, 158
SURE-LANCE	159
SURE-PEN	139
SURE-PREP ALCOHOL PREP PADS	183
SURESITE.....	155
SURE-T	162
SURE-TEST EASYPLUS.....	139
SURE-TOUCH.....	159
SURGICEL	77
surgifoam.....	77
SURGIFOAM	77
SURGISEAL	184
SURMONTIL	173
SURVANTA	191
SUSTIVA.....	67
SUTENT.....	60
sv.....	116, 168, 205, 219, 228, 232, 233, 236, 240, 243
sv b-12	232
sv biotin	228
SV BIOTIN.....	228
SV COD LIVER OIL.....	223
sv folic acid	205
SV HAIR, SKIN AND NAILS	216
sv niacin.....	219
sv prenatal tablet	168
SV PRENATAL VITAMINS TABLET	168
SV SLOW RELEASE IRON 45 MG TAB	116
sv vitamin.....	232, 236, 240, 243
sv vitamin b-12.....	232
sv vitamin c	236
SV VIT B	232
sv vit c.....	236
swan	198
SWI	179
SYMAX DUOTAB.....	120
SYMBICORT	31
SYMDEKO	191
SYMFI.....	68
SYMLINPEN.....	49
SYMPAZAN	91
SYMPROIC.....	44
SYMTUZA.....	66
SYNALAR.....	41, 188
SYNAREL.....	128
SYNDROS.....	119
SYNERA	25
SYNJARDY.....	50, 51
SYPRINE.....	197
SYRINGE.....	19, 32, 44, 54, 70, 73, 77, 86, 90, 110, 130, 131, 148, 149, 150, 151, 152, 153, 154, 180, 200, 222
SYRINGE AVITENE	77
SYRINGE BULK	153
SYRINGE CATHETER	153
SYRINGE FILTER.....	153
SYRINGE SLIP TIP	153
SYRINGE TIP CAP	153
SYRINGE WITH NEEDLE DISP.....	153
SYRINGE WITHOUT NEEDLE	153
T	
TAB-A-VITE	216
TABLOID	56
TABRECTA	60
tacrolimus.....	131, 132
tadalafil.....	80, 193
TAFINLAR	56
TAGITOL.....	99
TAGRISSE	60
TAKHZYRO.....	73, 192
TALICIA	120
TALTZ	180
TALZENNA.....	60
TAMIFLU	69
tamoxifen.....	62
tamsulosin	201
TANDEM.....	116, 139, 216
TANDEM DUAL ACTION	116
TAPERDEX.....	128
TARGADOX	40
TARGRETIN	62
TARPEYO.....	128
TASIGNA	60
TASMAR	65
tavaborole.....	47
TAVALISSE	192
TAVNEOS	76
tazarotene.....	181
TAZVERIK	57
TB SYRINGE	152, 153
TC 99M.....	98
TDVAX	76
TECHLITE.....	144, 159
TEGADERM.....	154, 155
TEGLUTIK	88
TEGRETOL	93

Índice de medicamentos

TEKTURNA HCT	85	THIOLA	201
TELCARE.....	139, 144, 160	thioridazine	176
TELCARE CONTROL SOLUTION.....	139	thiothixene	176
TELCARE ULTRA THIN	160	THRIVITE	168
telmisartan.....	83, 84	THROMBI-GEL	77
telmisartan/amlodipine	83	THROMBIN-JMI.....	78
telmisartan/hydrochlorothiazid	83	THROMBI-PAD	78
temazepam	177	thyroid,pork.....	191
TEMIXYS.....	66	tiagabine	93
TEMOVATE.....	188	TIAZAC	79
temozolomide.....	55	TIBSOVO	61
TENIVAC	76	ticagrelor	65
tenofovir.....	67	TIGLUTIK.....	88
TENORETIC.....	85	timolol.....	85, 105, 106
TENORMIN	85	TIMOLOL	105, 106
terazosin	82	TIMOLOL-BRIMONIDIN-DORZOLAMIDE.....	106
terbinafine	45	TIMOLOL-BRIMONI-DORZOL-LATANOP	106
terbutaline	30	TIMOLOL-DORZOLAMIDE.....	106
terconazole	44	TIMOLOL-LATANOPROST	106
teriparatide	199	TIMOPTIC.....	106
TERUMO.....	147, 153	tinidazole.....	52
TERUMO SURGUARD2.....	147, 153	tiopronin.....	201
TERUMO SYRINGE.....	153	TISSEEL VHSD	184
testosterone.....	125, 126	TIVICAY	68
TESTOSTERONE.....	125	TIVORBEX	29
tetrabenazine.....	89	tizanidine	164
tetracaine.....	104	TL-HEM 150	116
TETRACAINE	104	TOBAKIENT.....	217
tetracycline.....	40	TOBI PODHALER.....	35
TETRAVISC.....	104	TOBRADEX.....	33
TEXACORT	188	tobramycin.....	33, 34, 35
TEZSPIRE.....	192	tobramycin/dexamethasone	33
T:FLEX	139	TOBRAMYCIN PAK.....	35
THALOMID	36	TOBREX.....	34
THEO-24.....	32	TOFRANIL	173
theophylline anhydrous	32	tolcapone	65
thera-d	240, 241	TOLECTIN	29
THERA-D.....	240	tolmetin.....	29
THERAGRAN	216	tolterodine	202
thera-m.....	216, 217	tolvaptan.....	100, 101
THERA-M	217	TOOMEY SYRINGE.....	153
THERAMILL FORTE	217	Topamax	93
THERANATAL.....	168, 169, 217	TOPCARE.....	144, 160
THEREMS-H.....	217	TOPICORT	188
thiamine.....	229	topiramate.....	93
THIAMINE.....	229	toremifene.....	62
THIN	99, 141, 142, 143, 144, 147, 156, 158, 159, 160	torsemide.....	101
THIN LANCETS.....	158, 159, 160	TOSYMRA.....	20
THIN WALL NEEDLES.....	147	TOUJEO.....	52

Índice de medicamentos

TOXICOLOGY SALIVA COLLECTION.....	98	TRI-VIT-FLUOR.....	223
TRACLEER.....	80	TROKENDI.....	93
tramadol.....	21, 24	TRONVITE.....	228
trandolapril.....	81, 83	TROPICAL LIQUID.....	223
trandolapril/verapamil.....	81	tropicamide.....	107
tranexamic.....	76	TROPICAMIDE-CYCLOPENTOLATE-PE.....	107
TRANSFER.....	68, 146, 147	TROPICAMIDE-CYCLOPENT-PE-KTRLC.....	107
TRANSPARENT.....	155, 156	TROPICAMIDE-PHENYLEPHRINE.....	107
tranylcypromine.....	170	TROPIC-CYCLOPENT-PE-KTRLC-PROP.....	107
travoprost.....	106	tropium.....	202
trazodone.....	171	true.....	116, 205, 219, 229, 232, 233, 236, 241, 243
TRECATOR.....	36	TRUE.....	98, 139, 144, 160, 179, 183, 217, 219, 229, 233, 241, 243
TRELEGY ELLIPTA.....	31	TRUE COMFORT.....	160, 183
TREMFYA.....	131	TRUECONTROL.....	139
TRESIBA.....	52	TRUEDRAW.....	139
tretinoin.....	61, 180, 181, 190	TRUE METRIX.....	139
TREXALL.....	56	TRUEPLUS.....	100, 110, 144, 160, 217
TREZIX.....	21	TRUEPLUS GLUCOSE.....	110
triamcinolone.....	188, 193	TRUEPLUS KETONE TEST STRIP.....	100
triamterene.....	101, 102	T.R.U.E. TEST.....	195
triamterene/hydrochlorothiazid.....	102	TRUETRACK.....	98
triazolam.....	177	TRULANCE.....	122
TRICARE.....	168	TRULICITY.....	48
trichloroacetic acid.....	185	TRUMENBA.....	74
TRICHLOROACETIC ACID.....	185	TRUQAP.....	60
triderm.....	188	TRUSTEEL INFUSION SET.....	139
TRIDESILON.....	188	TRYNGOLZA.....	86
trientine.....	197	TRYPTYR.....	108
TRIFERIC.....	116	T:SLIM.....	139
trifluoperazine.....	176	TUBERCULIN SYRINGE.....	151, 152, 153
trifluridine.....	68	TUKYSA.....	61
trihexyphenidyl.....	64	TULIVITE.....	116
TRIJARDY.....	51	TURALIO.....	61
TRIKAFTA.....	191	TUXARIN.....	96
trimethobenzamide.....	119	TUZISTRA.....	97
trimethoprim.....	34, 35	TWIIST.....	139, 140
trimipramine.....	173	TWINPAK DUAL CANNULA.....	153
TRI-MIX.....	194	TWINRIX.....	76
TRIMO-SAN.....	52	TWIST.....	141, 142, 143, 144, 156, 157, 159, 160, 184
TRIMPEX.....	35	TWYNEO.....	181
TRINAZ.....	169	TYBOST.....	191
TRINTELLIX.....	172	TYENNE.....	131
TRISODIUM CITRATE CRRT.....	43	TYMLOS.....	130
TRISTART.....	168	TYRVAYA.....	194
TRIUMEQ.....	66	TYVASO.....	81
TRIVIA.....	217	U	
TRI-VI-FLOR.....	223	UBRELVY.....	20
TRI-VI-SOL.....	223	UCERIS.....	125, 128
tri-vit-fluor.....	223	UDAMIN SP.....	217

Índice de medicamentos

ULESFIA	64
ULTANE	25
ULTICARE LDS SYR	153
ULTICARE SAFETY SYRINGE	153
ULTICARE SYRINGE	153
ULTICARE TB SAFETY	154
ULTIGUARD SAFE	154
ULTIGUARD SAFE PACK	154
ULTI-LANCE	140
ULTILET	144, 160, 179, 183
ULTRA30, 138, 140, 142, 144, 147, 154, 156, 158, 160, 168, 206, 207, 208, 216, 217, 226, 228	
ultra b-100	228
ULTRA B-100 COMPLEX	228
ULTRA-CARE	160
ULTRA-FINE MICRO	147
ULTRA-FINE MINI	147
ULTRA-FINE NANO	147
ULTRA-FINE ORIGINAL	147
ULTRA-FINE SHORT	147
ULTRAFOAM	78
ULTRA FREEDA	217
ULTRALANCE	144, 160
ULTRA THIN	158, 160
ULTRA-THIN II	160
ULTRA THIN PLUS	160
ULTRATLC	145, 160
ULTRATRAK CONTROL	140
ULTRATRAK ULTIMATE	140
ULTRAVATE X	188
UNILET	140, 142, 145, 156, 158, 160
UNISTIK	140, 142, 145, 157, 160, 161
UNISTRIP	140
UNIVERSAL	145, 154, 161
UNIVERSAL I	161
UNIVERSAL SYRINGE	154
UPTRAVI	81
upup	110
URECHOLINE	73
URELLE	36
URIBEL	36
URISTIX	100
UROCIT-K	117
UROQID-ACID	117
URSO	120
ursodiol	120
USTEKINUMAB	130
UTIBRON NEOHALER	30

V

valacyclovir	69
VALCHLOR	62
VALCYTE	70
valganciclovir	70
valproic	93
valsartan	82, 83, 84
valsartan/hydrochlorothiazide	83
VALTOCO	91
VANOCOCIN	40
vancomycin	40
VANILLA SILQ	99
VANISHPOINT	154
VANOXIDE-HC	183
VANRAFIA	201
VAQTA	76
vardenafil	193, 194
varenicline	190
VARIBAR	99
VARISOFT	140
VARIVAX VACCINE	76
VARUBI	119
VASCEPA	118
VASCULERA	203
VASERETIC	82
VASOFLEX	203
VASOTEC	83
VAXELIS	76
VAXNEUVANCE	74
VB6 P5P	234
VECAMYL	84
VECTICAL	181
VELPHORO	111
VELSIPITY	90
VELTASSA	111
VEMLIDY	70
VENALIV	203
VENCLEXTA	61
venlafaxine	172
VENOFER	116
VENTAVIS	81
VEO INSULIN SYRINGE	154
VEOZAH	196
verapamil	78, 79, 81
VERELAN	79
VERIFINE	145
VERQUVO	80
VERSACLOZ	176

Índice de medicamentos

VERTIGOHEEL.....	196	VITAMIN D2.....	241
VERZENIO.....	61	VITAMIN D2-VITAMIN K1.....	241
VEVYE.....	107	vitamin d3.....	109, 238, 239, 240, 241, 242
VFEND.....	45	VITAMIN D3.....	217, 237, 239, 241, 242
V-GO.....	140	VITAMIN D3-ALOE.....	217
VIBERZI.....	122	vitamin e.....	243, 244
VIBRAMYCIN.....	40	VITAMIN E.....	243, 244
VICTOZA.....	48	VITAMIN K.....	245
vigabatrin.....	94	VITAMIN K2.....	245
VIGADRONE.....	94	VITAMINS A D.....	224
VIGAMOX.....	34	VITAMINS A-D-E.....	217
VIJOICE.....	192	VITAPEARL.....	168
VIOKACE.....	123	VITA-RESPA.....	229
VIRACEPT.....	68	VITASURE.....	229
VIREAD.....	67	VITATRUE.....	168
VIRT-CAPS.....	228	vit a/vit c/vit e/zinc/copper.....	203
virt-fefa plus.....	116	vit b.....	226, 227, 228, 230, 231
VIRT-FEFA PLUS.....	116	VIT B-12.....	210, 230, 231, 232
VISION FORMULA.....	202, 203	vit b12/levomefolate/vit b6/b2.....	225, 228
VISION PLUS.....	205	vit c-rose hip.....	234, 235, 236
VISTA ADVANCED AREDS2.....	203	vit c-rose hips.....	234, 235, 236
VISTARIL.....	47	VIT C-ROSE HIPS.....	236
VISTASEAL.....	78	vit d3.....	223, 238, 239, 241
VISTOGARD.....	192	VIT D3 5,000 UNIT FAST DISSOLV.....	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		VITEYES.....	203
vit a.....	203, 223	VITRAKVI.....	61
VITA-BEE.....	228	VITREXYL.....	217
VITABEX.....	116, 217	VITRON-C.....	116
VITACORE.....	217	VITRUM 50.....	217
VITAFOL.....	116, 168, 169	vits a,c,e/lutein/minerals.....	203
VITAFUSION.....	217	VIVAGUARD.....	140, 145, 161
VITAJOY.....	217, 228, 236	VIVJOA.....	45
VITAL-D.....	228	VIZIMPRO.....	61
VITAMEDMD.....	168	VOGELXO.....	125
vitamin a.....	223, 224	VOLUMEN.....	99
VITAMIN A.....	189, 190, 223, 225, 226, 227, 228, 229, 231, 232, 233, 234, 235, 236, 237, 238, 239, 240, 241, 242, 243, 244, 245	VONJO.....	61
vitamin b-1.....	229	VOQUEZNA.....	120, 123
vitamin b-12.....	228, 231, 232, 233	VORANIGO.....	61
vitamin b12.....	231, 232	voriconazole.....	45
VITAMIN B-12.....	230, 232	VORTEX.....	163
VITAMIN B12.....	230, 233	VOSEVI.....	70
vitamin b complex.....	217, 224, 229	VOTRIENT.....	61
vitamin b-complex.....	229	VOWST.....	121
vitamin c.....	207, 216, 217, 224, 229, 234, 235, 236, 237	VOXZOGO.....	197
VITAMIN C.....	224, 225, 234, 236, 237	VOYDEYA.....	76
vitamin d2.....	239, 241	v-r alcohol prep pads.....	183
		VRAYLAR.....	176
		VRAYLAR 1.5 MG CAPSULE.....	176

Índice de medicamentos

v-r cod liver oil capsule	243	XOLAIR	32
v-r vitamin c	237	XOLREMDI	94
VTAMA	181	XOPENEX	30
VUEBLU	98	XOSPATA	61
VUMERITY	90	XTANDI	55
VYKAT	198	XURIDEN	110
VYLEESI	174	XVITE	229
VYNDAMAX	197	XYOSTED	125
VYNDAQEL	197	XYREM	177
VYVGART	197	XYWAV	177
W		XYZBAC	217
WAKIX	94	Y	
water	179	YALE	147
WEBCOL	179, 183	YAZ	95
WEGOVY	63	YCANTH	183
WELIREG	61	YESINTEK	130
well	237, 243	YEZTUGO	66
WHEAT GERM	244	YONSA	55
WINDOW BANDAGES	156	YORVIPATH	129
WINREVAIR	81	YUPELRI	29
WOMEN'S 50	206, 214, 217	YUTREPIA	81
women's daily	217	Z	
WOMEN'S DAILY	217	zafirlukast	32
WOMENS DAILY GUMMIES	217	zaleplon	178
WOMEN'S MULTIVITAMIN	214, 217	ZANAFLEX	164
WOMEN'S PRENATAL PLUS DHA	168	ZARONTIN	94
WYNZORA	189	ZCORT	128
X		ZELBORAF	56
XACIATO	40	ZELDANA	229
XALKORI	61	ZELNORM	122
XAQUIL	205	ZEMBRACE SYMTOUCH	20
XARELTO	43	ZEMPLAR	195
XCELLENT	237, 244	ZENPEP	123
XCELLENT C	237	zenzedi	72
XCOPRI	94	ZENZEDI	72
XDEMVY	64	ZEPATIER	70
XELJANZ	27	ZEPBOUND	63
XELODA	56	ZEPOSIA	90
XENICAL	63	ZESTORETIC	82
XENLETA	38	ZESTRIL	83
XENON XE-133	99	ZIAGEN	67
XEPI	41	ZIANA	181
XERMELO	118	zidovudine	66, 67
XHANCE	102	zinc oxide	184
XIFAXAN	39	ZINC OXIDE PASTE	184
XIGDUO	51	ZINC PLUS	237
XIIDRA	107	ziprasidone	175, 176
XOFLUZA	70	ZIRGAN	68

Índice de medicamentos

ZITHROMAX.....	37
ZODRYL AC.....	97
ZODRYL DAC.....	96
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

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，我们提供免费的语言援助服务。适当的辅助设备和服务也可以免费提供，以提供无障碍格式的信息。请拨打 1-800-244-6224 (TTY: 拨打 711) 或与您的服务提供商联系。

Vietnamese – XIN LƯU Ý: Nếu bạn nói tiếng Việt, dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí có sẵn cho bạn. Các thiết bị và dịch vụ hỗ trợ phù hợp để cung cấp thông tin ở định dạng có thể tiếp cận cũng có sẵn miễn phí. Gọi số 1-800-244-8224 (TTY: Gọi 711) hoặc nói chuyện với nhà cung cấp của bạn.

Korean – 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 무료 언어 지원 서비스가 제공됩니다. 접근 가능한 형식으로 정보를 제공하기 위한 적절한 보조 기기 및 서비스도 무료로 제공됩니다. 1-800-244-0224 (TTY: 711 또는 전화)로 전화하시거나 usdoj@usdoj.gov에 문의하십시오.

Tagalog – PAUNAWA: Kung itaw ay nagsasalita ng Tagalog, ang mga libreng serbisyo ng bulong sa wika ay magagamit para sa iya. Ang mga angkop na pantukong na kagamitan at serbisyo upang magbigay ng impormasyon sa mga naa-access na formal 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 вычислительные 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 - العربية: إذا كنت تبحث العربية، تتوفر لك خدمات المساعدة الفورية المجانية. كما تتوفر أيضًا ساعات قنالة التوضيح (فيديو) وذلك مجانًا. اتصل بالرقم 1-800-244-6224 (TTY: 711) (الطلب).

French Creole – ATANSYON: Si ou pale Kreyòl Ayisyen, sèvis asistans lang gratis yo disponib pou ou. Ekipman ak sèvis adisyonèl ki apwopriye pou bay enfòmasyon nan fòm ki aksesib yo disponib tou gratis. Rele 1-800-244-6224 (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、提供者に照してください。

Italian – ATTENZIONE: Se parli italiano, sono disponibili per te servizi gratuiti di assistenza linguistica. Sono disponibili gratuitamente anche ausili e servizi appropriati per fornire informazioni in formati accessibili. Chiama il numero 1-800-244-8224 (TTY: comporre il 711) o parla con il tuo fornitore.

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

Persian (Farsi) - هندی، اردو و خدمات گفتاری مناسب برای دو دسترسی بهتر خدمات رایگان کمک زبانی برای شما صورت می‌گیرد. توجه:
 اگر به فارسی، تایلند، ویتنام یا (شماره 711 را بگویید: TTY) از خدمات بر روی پای تلفن دسترسی به صورت رایگان در دسترس هستید. با شماره
 1-800-244-8224 تماس بگیرید. خدمات 24 ساعته.