

LISTA COMPLETA DE MEDICAMENTOS (formulario) DE CIGNA PARA 2021

**ATENCIÓN: ESTE DOCUMENTO CONTIENE INFORMACIÓN SOBRE
TODOS LOS MEDICAMENTOS QUE CUBRIMOS EN ESTE PLAN.**

Planes de cobertura

Cigna Primary Medicare (HMO)
Cigna TotalCare (HMO D-SNP)
Cigna TotalCare AL (HMO D-SNP)
Cigna Traditions Medicare (HMO I-SNP)



HPMS Approved Formulary File Submission ID 21121, Version 21

Este formulario se actualizó el 1 de diciembre de 2021. Para obtener información más reciente o si tiene otras preguntas, comuníquese con Servicio al Cliente de Cigna al 1-800-668-3813 o, para los usuarios de TTY, al 711, los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, o visite [CignaMedicare.com](https://www.CignaMedicare.com). El Formulario, la red de farmacias y/o la red de proveedores pueden cambiar en cualquier momento.

Diciembre de 2021

21_F_02_TC_02_S_V12
INT_21_87406_C_Final_5pS

Nota para los clientes existentes: Este formulario ha cambiado desde el año pasado. Revise este documento para asegurarse de que todavía contenga los medicamentos que usted toma.

Cuando esta lista de medicamentos (formulario) hace referencia a “nosotros”, “nos” o “nuestro”, significa Cigna. Cuando hace referencia al “plan” o a “nuestro plan”, significa Cigna Primary Medicare (HMO), Cigna TotalCare (HMO D-SNP), Cigna TotalCare AL (HMO D-SNP) y Cigna Traditions Medicare (HMO I-SNP).

Este documento incluye una lista de medicamentos (formulario) para nuestros planes, que está actualizada a diciembre de 2021. Para obtener un formulario actualizado, comuníquese con nosotros. Nuestra información de contacto aparece en la portada y la contraportada, junto con la fecha de la última actualización del formulario.

Por lo general, debe usar farmacias de la red para usar su beneficio de medicamentos con receta. Los beneficios, el formulario, la red de farmacias o los copagos/el coseguro pueden cambiar el 1 de enero de 2022, y de vez en cuando durante el año.

¿Qué es la Lista de medicamentos completa de Cigna?

Una lista de medicamentos es una lista de medicamentos cubiertos seleccionados por Cigna en consulta con un equipo de proveedores de cuidado de la salud, que representa las farmacoterapias que se consideran necesarias como parte de un programa de tratamiento de calidad. Por lo general, Cigna cubrirá los medicamentos incluidos en nuestra lista de medicamentos siempre que el medicamento sea médicamente necesario, que la receta se despache en una farmacia de la red de Cigna y que se cumpla con las otras reglas del plan. Para obtener más información sobre cómo despachar sus medicamentos con receta, consulte su Evidencia de cobertura.

¿La lista de medicamentos (el formulario) puede cambiar?

La mayoría de los cambios en la cobertura de un medicamento se producen el 1 de enero, pero es posible que agreguemos o eliminemos medicamentos en la lista de medicamentos durante el año, que los pasemos a un nivel de costo compartido diferente o que agreguemos nuevas restricciones. Debemos seguir las reglas de Medicare para hacer estos cambios.

Cambios que pueden afectarle este año. En los casos que se indican abajo, usted se verá afectado por cambios en la cobertura durante el año:

- **Medicamentos genéricos nuevos.** Podemos eliminar inmediatamente un medicamento de marca de nuestra lista de medicamentos si lo reemplazamos por un medicamento genérico nuevo que aparecerá en el mismo nivel de costo compartido o en un nivel inferior, con las mismas o menos restricciones. Además, al agregar un medicamento genérico nuevo, podemos decidir conservar el medicamento de marca en nuestra lista de medicamentos, pero pasarlo inmediatamente a un nivel de costo compartido diferente o agregar nuevas restricciones. Si usted en este momento está tomando ese medicamento de marca, tal vez no le digamos con anticipación que haremos ese cambio, pero más adelante le proporcionaremos información sobre el (los) cambio(s) específico(s) que hayamos hecho.
 - Si hacemos un cambio de este tipo, usted o su proveedor pueden pedirnos que hagamos una excepción y que sigamos cubriendo el medicamento de marca. La notificación que le proporcionemos también incluirá

información sobre cómo solicitar una excepción, y también puede encontrar información en la sección titulada “¿Cómo solicito una excepción a la lista de medicamentos de Cigna?”.

- **Medicamentos retirados del mercado.** Si la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés) considera que un medicamento incluido en nuestra lista de medicamentos es inseguro o si el fabricante del medicamento retira el medicamento del mercado, eliminaremos inmediatamente el medicamento de nuestra lista de medicamentos y notificaremos a los clientes que estén tomando el medicamento.
- **Otros cambios.** Podemos hacer otros cambios que afecten a los clientes que están tomando el medicamento en la actualidad. Por ejemplo, podemos agregar un medicamento genérico que no sea nuevo en el mercado para reemplazar un medicamento de marca que está actualmente en la lista de medicamentos, o agregar nuevas restricciones al medicamento de marca o pasarlo a un nivel de costo compartido diferente, o ambas cosas. También podemos hacer cambios basados en nuevas pautas clínicas y/o estudios. Si eliminamos medicamentos de nuestra lista de medicamentos, agregamos el requisito de autorización previa, límites a la cantidad y/o restricciones de tratamiento escalonado con respecto a un medicamento o pasamos un medicamento a un nivel de costo compartido mayor, debemos notificar a los clientes afectados sobre el cambio al menos 30 días antes de que el cambio entre en vigor o en el momento que el cliente solicite una renovación del medicamento, momento en el cual el cliente recibirá un suministro para 30 días del medicamento.
 - Si hacemos estos otros cambios, usted o su proveedor pueden pedirnos que hagamos una excepción y que sigamos cubriendo el medicamento de marca. La notificación que le proporcionemos también incluirá información sobre cómo solicitar una excepción, y también puede encontrar información en la sección que sigue titulada “¿Cómo solicito una excepción a la lista de medicamentos de Cigna?”.

Cambios que no le afectarán si en este momento está tomando el medicamento. Por lo general, si está tomando un medicamento incluido en nuestra lista de medicamentos de 2021

que estaba cubierto al comienzo del año, no interrumpiremos ni reduciremos la cobertura del medicamento durante el año de cobertura 2021, salvo según se describe arriba. Esto significa que estos medicamentos seguirán disponibles al mismo costo compartido y sin nuevas restricciones para los clientes que los tomen durante el resto del año de cobertura. Este año no recibirá una notificación directa sobre cambios que no le afecten. No obstante, el 1 de enero del próximo año, dichos cambios le afectarían, y es importante que consulte la lista de medicamentos del nuevo año de beneficios para fijarse si hay algún cambio en los medicamentos.

La lista de medicamentos adjunta está actualizada a diciembre de 2021. Para obtener información actualizada sobre los medicamentos cubiertos por Cigna, comuníquese con nosotros. Nuestra información de contacto aparece en la portada y la contraportada. Si se realizan cambios significativos en la lista de medicamentos impresa dentro del año cubierto, es posible que se le notifique por correo, identificando los cambios. Las listas de medicamentos publicadas en nuestro sitio web se revisan y actualizan en forma mensual.

¿Cómo uso la lista de medicamentos?

Hay dos maneras de encontrar su medicamento dentro de la lista de medicamentos:

Condición médica

La lista de medicamentos comienza en la página 11. Los medicamentos incluidos en esta lista de medicamentos están agrupados en categorías, según el tipo de condiciones médicas para las que se usen. Por ejemplo, los medicamentos utilizados para tratar una condición cardíaca se enumeran en la categoría "CARDIOVASCULARES, HIPERTENSIÓN/LÍPIDOS". Si sabe para qué se usa su medicamento, busque el nombre de la categoría en la lista que comienza en la página 11. Luego, busque su medicamento bajo el nombre de la categoría.

Índice de medicamentos cubiertos

Si no sabe con certeza en qué categoría buscar, debe buscar su medicamento en el Índice de medicamentos cubiertos que comienza en la página 64. El Índice de medicamentos cubiertos proporciona una lista alfabética de todos los medicamentos incluidos en este documento. En el Índice se incluyen los medicamentos de marca y los medicamentos genéricos. Busque en el Índice y encuentre su medicamento. Junto a su medicamento, verá el número de página en la que puede encontrar información sobre la cobertura. Vaya a la página indicada en el Índice de medicamentos cubiertos y busque el nombre de su medicamento en la columna "Nombre del medicamento" de la lista.

¿Qué son los medicamentos genéricos?

Cigna cubre tanto medicamentos de marca como medicamentos genéricos. Un medicamento genérico está aprobado por la FDA como un medicamento que tiene el mismo principio activo que el medicamento de marca. Por lo general, los medicamentos genéricos cuestan menos que los de marca.

¿Existen restricciones con respecto a mi cobertura?

Es posible que algunos medicamentos cubiertos tengan requisitos o límites de cobertura adicionales. Estos requisitos y límites pueden incluir:

- **Autorización previa:** Cigna les exige a usted o a su médico que obtengan autorización previa para determinados medicamentos. Esto significa que deberá obtener la aprobación de Cigna antes de despachar estos medicamentos con receta. Si usted no consigue la aprobación, es posible que Cigna no cubra el medicamento.
- **Límites a la cantidad:** Para determinados medicamentos, Cigna limita la cantidad del medicamento que Cigna cubrirá. Por ejemplo, Cigna permite 1 comprimido por día de atorvastatina 40 mg. Esto se aplica a un suministro estándar para un mes (para una cantidad total de 30 cada 30 días) o a un suministro para tres meses (para una cantidad total de 90 cada 90 días).
- **Tratamiento escalonado:** En algunos casos, Cigna le exige que pruebe en primer lugar determinados medicamentos para tratar su condición médica, antes de que cubramos otro medicamento para esa condición. Por ejemplo, si el Medicamento A y el Medicamento B tratan su condición médica, es posible que Cigna no cubra el medicamento B a menos que usted pruebe primero el Medicamento A. Si el Medicamento A no resulta efectivo para usted, Cigna cubrirá entonces el Medicamento B.
- **Sin suministro extendido:** Para determinados medicamentos, Cigna limita la cantidad del medicamento que cubrirá a un suministro para únicamente 30 días o menos, cada vez. Por ejemplo, los clientes que no hayan despachado recientemente ningún analgésico opioide dentro de los últimos 108 días (conocidos como "pacientes sin tratamiento previo con opioides") tienen un límite de un suministro máximo de 7 días de analgésicos opioides. Los clientes que han despachado recientemente un analgésico opioide (pacientes con tratamiento previo con opioides) tienen un límite de un suministro máximo de un mes de ese medicamento cada vez. Otros medicamentos de alto costo pueden estar sujetos, además, a una restricción que indica "sin suministro extendido".

Para averiguar si su medicamento tiene requisitos o límites adicionales, consulte la lista de medicamentos que comienza en la página 11. También puede obtener más información sobre las restricciones que se aplican a medicamentos cubiertos específicos visitando nuestro sitio web. Hemos publicado en línea documentos que explican nuestras restricciones de autorización previa y tratamiento escalonado. También puede solicitarnos que le enviemos una copia. Nuestra información de contacto aparece en la portada y la contraportada, junto con la fecha de la última actualización de la lista de medicamentos.

Puede pedirle a Cigna que haga una excepción a estas restricciones o límites, o que le proporcione una lista de otros medicamentos similares para tratar su condición médica. Consulte la sección "¿Cómo solicito una excepción a la lista de medicamentos de Cigna?" en la página 3 para obtener información sobre cómo solicitar una excepción.

Opciones para los medicamentos de mantenimiento

Tomar los medicamentos recetados por su médico (u otro proveedor) es importante para su salud.

Estamos comprometidos a ayudarlo a controlar sus condiciones crónicas haciendo que le resulte fácil recibir sus medicamentos

de mantenimiento. Podemos trabajar juntos de varias formas para alcanzar esta meta:

- Pregúntele a su médico si un suministro para 90 días de sus medicamentos permanentes estables puede ser apropiado. Tomar estos medicamentos todos los días como le hayan indicado es importante para su salud en general, y obtener recetas para 90 días de estos medicamentos puede ayudar a garantizar que no deje de tomar ninguna dosis.
- Usted puede recibir un suministro para 90 días en la mayoría de las farmacias minoristas o a través de una de nuestras farmacias de pedidos por correo.
- Hable con su farmacéutico si está experimentando alguna nueva dificultad con sus medicamentos de mantenimiento.

¿Cómo puedo usar mi cobertura de medicamentos con receta para ahorrar dinero en mis medicamentos?

Puede tener oportunidades de ahorrar dinero en sus medicamentos si usa su cobertura de Cigna.

- Pregúntele a su médico (u otro proveedor) si hay alternativas genéricas de menor costo disponibles para alguno de sus medicamentos actuales.
- Averigüe si el programa de 'Ayuda Adicional de los CMS' puede ofrecer apoyo financiero adicional para sus medicamentos.
- Si su medicamento no está cubierto en la lista de medicamentos de Cigna, hable con su médico sobre medicamentos alternativos que estén cubiertos en la lista de medicamentos.

¿Qué sucede si mi medicamento no está incluido en la lista de medicamentos?

Si su medicamento no está incluido en esta lista de medicamentos, primero debe comunicarse con Servicio al Cliente y preguntar si su medicamento está cubierto. Si se entera de que Cigna no cubre su medicamento, tiene dos opciones:

- Puede pedirle a Servicio al Cliente una lista de medicamentos similares que estén cubiertos por Cigna. Cuando reciba la lista, muéstresela a su médico y pídale que le recete un medicamento similar que esté cubierto por Cigna.
- Puede solicitarle a Cigna que haga una excepción y cubra su medicamento. Vea la próxima sección para encontrar información sobre cómo solicitar una excepción.

¿Cómo solicito una excepción a la lista de medicamentos de Cigna?

Puede solicitarle a Cigna que haga una excepción a nuestras reglas de cobertura. Hay varios tipos de excepciones que puede pedirnos que hagamos.

- Puede pedirnos que cubramos un medicamento aunque no esté incluido en nuestra lista de medicamentos. Si se aprueba, este medicamento estará cubierto a un nivel de costo compartido predeterminado, y usted no podrá pedirnos que proporcionemos el medicamento a un nivel de costo compartido menor.

- Puede pedirnos que no apliquemos restricciones o límites de cobertura con respecto a su medicamento. Por ejemplo, para determinados medicamentos, Cigna limita la cantidad del medicamento que cubriremos. Si su medicamento tiene un límite a la cantidad, puede solicitarnos que no apliquemos el límite y que cubramos una cantidad mayor.

Por lo general, Cigna solo aprobará su solicitud de excepción si los medicamentos alternativos incluidos en nuestra lista de medicamentos o las restricciones a la utilización adicionales no serían tan efectivos para tratar su condición y/o le provocarían efectos médicos adversos.

Debe comunicarse con nosotros para pedirnos una decisión de cobertura inicial para una excepción vinculada con la lista de medicamentos o las restricciones a la utilización. **Cuando usted solicite una excepción vinculada con la lista de medicamentos o las restricciones a la utilización, debe presentar una declaración del profesional que le recete el medicamento o de su médico que respalde su solicitud.** Por lo general, debemos tomar una decisión dentro de las 72 horas siguientes a recibir la declaración respaldatoria de su proveedor. Puede solicitar una excepción acelerada (rápida) si usted o su médico consideran que esperar hasta 72 horas para conocer la decisión podría causarle un grave perjuicio a su salud. Si se aprueba su solicitud de acelerar el proceso, debemos comunicarle una decisión, a más tardar, 24 horas después de recibir una declaración respaldatoria de su médico u otro proveedor.

¿Qué debo hacer antes de hablar con mi médico sobre la posibilidad de cambiar mis medicamentos o solicitar una excepción?

Como cliente nuevo o existente de nuestro plan, es posible que esté tomando medicamentos que no estén incluidos en nuestra lista de medicamentos. O bien, es posible que esté tomando un medicamento que esté incluido en nuestra lista de medicamentos, pero que su posibilidad de conseguirlo sea limitada. Por ejemplo, es posible que necesite nuestra autorización previa para poder despachar su receta. Debe hablar con su médico para decidir si debe cambiar por un medicamento apropiado que cubramos o solicitar una excepción a la lista de medicamentos para que cubramos el medicamento que toma. Mientras usted habla con su médico para determinar qué es lo más adecuado para usted, es posible que cubramos su medicamento con un suministro para un máximo de 30 días, en determinados casos, durante los primeros 90 días que usted sea cliente de nuestro plan.

Para cada uno de sus medicamentos que no esté incluido en nuestra lista de medicamentos o si su posibilidad de obtener sus medicamentos es limitada, cubriremos un suministro temporal para 30 días. Si la receta indica menos días, permitiremos reposiciones para brindar un suministro de medicamento para un máximo de 30 días. Después de su primer suministro para 30 días, no pagaremos por estos medicamentos sin una excepción a la lista de medicamentos, aunque haga menos de 90 días que es cliente del plan.

Si usted vive en un centro de cuidados a largo plazo y necesita un medicamento que no está incluido en nuestra lista de medicamentos o si su posibilidad de obtener sus medicamentos

es limitada, pero es miembro de nuestro plan desde hace más de 90 días, cubriremos un suministro de emergencia para 31 días de ese medicamento mientras trata de obtener una excepción a la lista de medicamentos.

A fin de contemplar las transiciones imprevistas de nuestros clientes que no dejan un margen de tiempo para planificar por anticipado, como los cambios en el nivel de cuidados debido al alta de un hospital para ser trasladado a un centro para convalecientes o a un hogar, Cigna cubrirá un suministro único para 31 días (a menos que la receta indique menos días).

Lista de medicamentos de Cigna

La lista de medicamentos completa que comienza en la página 11 brinda información de cobertura sobre todos los medicamentos cubiertos por Cigna. Si tiene problemas para encontrar su medicamento en la lista, consulte el Índice de medicamentos cubiertos que comienza en la página 64.

La primera columna de la tabla contiene el nombre del medicamento. Los medicamentos de marca están escritos con mayúsculas (por ejemplo, TRELEGY ELLIPTA), y los medicamentos genéricos aparecen en cursiva minúscula (por ejemplo, *atorvastatina*).

La información de la columna Requisitos/Límites le indica si Cigna tiene algún requisito especial para la cobertura de su medicamento.

Establecemos límites a la cantidad para determinados medicamentos, que están indicados con la sigla QL en la lista de Medicamentos cubiertos por categoría de la página 11, junto con la cantidad despachada según los días de suministro. (Por ejemplo: atorvastatina 40 mg QL 30/30; esto significa que el medicamento atorvastatina 40 mg tiene un límite de 30 comprimidos cada 30 días. Para los suministros para 90 días, este límite a la cantidad se ampliaría a 90 comprimidos cada 90 días).

¿Qué es una farmacia de la red preferida?

Si su plan tiene farmacias de la red preferidas, usted seguramente ahorre dinero si usa estas farmacias. Los costos de sus medicamentos con receta (como el copago o el coseguro) generalmente serán más bajos en una farmacia de la red preferida porque tiene un acuerdo preferido con su plan. Si necesita ayuda para encontrar una farmacia de la red, llame a Servicio al Cliente al 1-800-668-3813 (TTY 711), o también puede visitar CignaMedicare.com para ver el Directorio de farmacias más actualizado.

Tabla de niveles de medicamentos y costos compartidos

La siguiente tabla representa el nombre del plan, el área de servicio del plan, el número de nivel del medicamento como aparece en la lista de medicamentos y la cantidad del costo compartido para ese número de nivel. Su plan tiene un nivel llamado "Medicamentos cubiertos". Consulte la siguiente tabla. También puede consultar su documento de Evidencia de cobertura para conocer más detalles.

Para los clientes que reciben Ayuda Adicional: Su nivel de copago en el programa de Subsidio por Bajos Ingresos (LIS, por sus siglas en inglés) se basará en el modo en que la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) clasifique determinados medicamentos. Por este motivo, es posible que un medicamento genérico reciba un copago de medicamento de marca preferida, o un medicamento de marca preferida reciba un copago de medicamento genérico. Consulte su Cláusula adicional LIS para obtener información adicional sobre estos niveles de copago. O llame a Servicio al Cliente si necesita alguna otra aclaración con respecto a un medicamento específico.



Para obtener más información

Para obtener información más detallada sobre su cobertura de medicamentos con receta de Cigna, consulte su Evidencia de cobertura y otros materiales del plan.

Si tiene preguntas sobre Cigna, comuníquese con nosotros. Nuestra información de contacto aparece en la portada y la contraportada, junto con la fecha de la última actualización de la lista de medicamentos.

Si tiene preguntas generales sobre la cobertura de medicamentos con receta de Medicare, llame a Medicare al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. O visite <http://www.medicare.gov>.

Para encontrar el costo de su medicamento, consulte la(s) siguiente(s) tabla(s) para encontrar su área de servicio y el plan Medicare Advantage en el que está inscrito actualmente o desea inscribirse.

Si reunió los requisitos para recibir Ayuda Adicional con los costos de sus medicamentos, es posible que sus costos sean diferentes de los descritos abajo. Consulte su Evidencia de cobertura (EOC, por sus siglas en inglés) o llame a Servicio al Cliente para averiguar qué costos tiene.

Cigna usa farmacias de la red preferidas. Consulte su Directorio de farmacias o visite [CignaMedicare.com](https://www.cignamedicare.com) para buscar una farmacia minorista o de pedido por correo preferida que le quede cerca.

Área de servicio: Alabama

H4513-055 – Cigna TotalCare (HMO D-SNP): Blount, Cherokee, Colbert, DeKalb, Etowah, Jackson, Lauderdale, Lawrence, Limestone, Madison, Marshall, Morgan, St. Clair y Tuscaloosa, Alabama

H4513-056-001, H4513-056-002 – Cigna TotalCare AL (HMO D-SNP): Autauga, Baldwin, Bibb, Blount, Cherokee, Chilton, Colbert, Cullman, Dallas, DeKalb, Elmore, Etowah, Jackson, Jefferson, Lauderdale, Lawrence, Limestone, Lowndes, Madison, Marshall, Mobile, Montgomery, Morgan, Shelby, St. Clair, Talladega, Tuscaloosa y Walker, Alabama

Nivel del Medicamentos	Opción estándar de costo compartido minorista*	Opción estándar de costo compartido de pedido por correo*
	suministro para un máximo de 90 días	suministro para un máximo de 90 días
Nivel 1: Medicamentos cubiertos	25% o \$0 / \$1.30 / \$3.70 / 15% (genéricos) \$0 / \$4.00 / \$9.20 / 15% (todos los demás medicamentos)	25% o \$0 / \$1.30 / \$3.70 / 15% (genéricos) \$0 / \$4.00 / \$9.20 / 15% (todos los demás medicamentos)

Área de servicio: Arkansas

H4513-039 – Cigna TotalCare (HMO D-SNP): Craighead, Crittenden, Greene, Lawrence, Mississippi y Poinsett, Arkansas

Nivel del Medicamentos	Opción estándar de costo compartido minorista*	Opción estándar de costo compartido de pedido por correo*
	suministro para un máximo de 90 días	suministro para un máximo de 90 días
Nivel 1: Medicamentos cubiertos	25% o \$0 / \$1.30 / \$3.70 / 15% (genéricos) \$0 / \$4.00 / \$9.20 / 15% (todos los demás medicamentos)	25% o \$0 / \$1.30 / \$3.70 / 15% (genéricos) \$0 / \$4.00 / \$9.20 / 15% (todos los demás medicamentos)

Área de servicio: Florida

H5410-013 – Cigna TotalCare (HMO D-SNP): Bay, Escambia, Okaloosa, Santa Rosa y Walton, Florida

Nivel del Medicamentos	Opción estándar de costo compartido minorista*	Opción estándar de costo compartido de pedido por correo*
	suministro para un máximo de 90 días	suministro para un máximo de 90 días
Nivel 1: Medicamentos cubiertos**	25% o \$0 / \$1.30 / \$3.70 / 15% (genéricos) \$0 / \$4.00 / \$9.20 / 15% (todos los demás medicamentos)	25% o \$0 / \$1.30 / \$3.70 / 15% (genéricos) \$0 / \$4.00 / \$9.20 / 15% (todos los demás medicamentos)

* El costo compartido se basa en su nivel de "Ayuda adicional"

**Es posible que algunos medicamentos adicionales que no están cubiertos por Medicare estén cubiertos a través de sus beneficios de Medicaid. Para averiguar por la cobertura de medicamentos de Medicaid, llame a Servicio al Cliente al 1-800-668-3813.

Área de servicio: Georgia

H0439-002 – Cigna TotalCare (HMO D-SNP): Banks, Barrow, Bartow, Butts, Chattooga, Cherokee, Clarke, Clayton, Cobb, Coweta, Dawson, DeKalb, Douglas, Fayette, Floyd, Forsyth, Franklin, Fulton, Gordon, Greene, Gwinnett, Habersham, Hall, Henry, Jackson, Lumpkin, Madison, Morgan, Newton, Oconee, Oglethorpe, Paulding, Pickens, Polk, Rockdale, Spalding, Stephens, Walton, y White Georgia

Nivel del Medicamentos	Opción estándar de costo compartido minorista*	Opción estándar de costo compartido de pedido por correo*
	suministro para un máximo de 90 días	suministro para un máximo de 90 días
Nivel 1: Medicamentos cubiertos	25% o \$0 / \$1.30 / \$3.70 / 15% (genéricos) \$0 / \$4.00 / \$9.20 / 15% (todos los demás medicamentos)	25% o \$0 / \$1.30 / \$3.70 / 15% (genéricos) \$0 / \$4.00 / \$9.20 / 15% (todos los demás medicamentos)

Área de servicio: Atlántico central

H2108-001 – Cigna TotalCare (HMO D-SNP): District of Columbia; Anne Arundel, Baltimore, Baltimore City y Harford, Maryland; Kent, New Castle y Sussex, Delaware

Nivel del Medicamentos	Opción estándar de costo compartido minorista*	Opción estándar de costo compartido de pedido por correo*
	suministro para un máximo de 90 días	suministro para un máximo de 90 días
Nivel 1: Medicamentos cubiertos	25% o \$0 / \$1.30 / \$3.70 / 15% (genéricos) \$0 / \$4.00 / \$9.20 / 15% (todos los demás medicamentos)	25% o \$0 / \$1.30 / \$3.70 / 15% (genéricos) \$0 / \$4.00 / \$9.20 / 15% (todos los demás medicamentos)

Área de servicio: Atlántico central

H2108-020 – Cigna Traditions Medicare (HMO I-SNP): District of Columbia; Anne Arundel, Baltimore, Baltimore City, Harford y Montgomery, Maryland; Kent, New Castle y Sussex, Delaware

Nivel del Medicamentos	Opción estándar de costo compartido minorista*	Opción estándar de costo compartido de pedido por correo*
	suministro para un máximo de 90 días	suministro para un máximo de 90 días
Nivel 1: Medicamentos cubiertos	25% o \$0 / \$1.30 / \$3.70 / 15% (genéricos) \$0 / \$4.00 / \$9.20 / 15% (todos los demás medicamentos)	Sin cobertura

* El costo compartido se basa en su nivel de “Ayuda adicional”

Área de servicio: Mississippi

H4407-004 – Cigna TotalCare (HMO D-SNP): Covington, Forrest, George, Hancock, Harrison, Hinds, Jackson, Jones, Lamar, Madison, Marion, Pearl River, Perry, Rankin y Stone, Mississippi

Nivel del Medicamentos	Opción estándar de costo compartido minorista*	Opción estándar de costo compartido de pedido por correo*
	suministro para un máximo de 90 días	suministro para un máximo de 90 días
Nivel 1: Medicamentos cubiertos	25% o \$0 / \$1.30 / \$3.70 / 15% (genéricos) \$0 / \$4.00 / \$9.20 / 15% (todos los demás medicamentos)	25% o \$0 / \$1.30 / \$3.70 / 15% (genéricos) \$0 / \$4.00 / \$9.20 / 15% (todos los demás medicamentos)

Área de servicio: North Carolina

H9725-003 – Cigna TotalCare (HMO D-SNP): Alexander, Cabarrus, Catawba, Cleveland, Davidson, Davie, Forsyth, Gaston, Guilford, Iredell, Lincoln, Mecklenburg, Polk, Rowan, Stokes, Union y Yadkin, North Carolina

Nivel del Medicamentos	Opción estándar de costo compartido minorista*	Opción estándar de costo compartido de pedido por correo*
	suministro para un máximo de 90 días	suministro para un máximo de 90 días
Nivel 1: Medicamentos cubiertos	25% o \$0 / \$1.30 / \$3.70 / 15% (genéricos) \$0 / \$4.00 / \$9.20 / 15% (todos los demás medicamentos)	25% o \$0 / \$1.30 / \$3.70 / 15% (genéricos) \$0 / \$4.00 / \$9.20 / 15% (todos los demás medicamentos)

Área de servicio: Pennsylvania

H3949-009 – Cigna TotalCare (HMO D-SNP): Bucks, Chester, Delaware, Montgomery y Philadelphia, Pennsylvania

H3949-036 – Cigna TotalCare (HMO D-SNP): Berks, Cumberland Dauphin, Lancaster, Lebanon y York, Pennsylvania

Nivel del Medicamentos	Opción estándar de costo compartido minorista*	Opción estándar de costo compartido de pedido por correo*
	suministro para un máximo de 90 días	suministro para un máximo de 90 días
Nivel 1: Medicamentos cubiertos	25% o \$0 / \$1.30 / \$3.70 / 15% (genéricos) \$0 / \$4.00 / \$9.20 / 15% (todos los demás medicamentos)	25% o \$0 / \$1.30 / \$3.70 / 15% (genéricos) \$0 / \$4.00 / \$9.20 / 15% (todos los demás medicamentos)

Área de servicio: Pennsylvania

H3949-016 – Cigna Traditions Medicare (HMO I-SNP): Bucks, Chester, Delaware, Montgomery y Philadelphia, Pennsylvania

Nivel del Medicamentos	Opción estándar de costo compartido minorista*	Opción estándar de costo compartido de pedido por correo*
	suministro para un máximo de 90 días	suministro para un máximo de 90 días
Nivel 1: Medicamentos cubiertos	25% o \$0 / \$1.30 / \$3.70 / 15% (genéricos) \$0 / \$4.00 / \$9.20 / 15% (todos los demás medicamentos)	Sin cobertura

* El costo compartido se basa en su nivel de “Ayuda adicional”

Área de servicio: Tennessee

H4513-034 – Cigna TotalCare (HMO D-SNP): Bedford, Benton, Cannon, Carroll, Cheatham, Chester, Clay, Coffee, Crockett, Cumberland, Davidson, Decatur, DeKalb, Dickson, Fayette, Fentress, Gibson, Giles, Hardeman, Hardin, Haywood, Henderson, Hickman, Houston, Humphreys, Jackson, Lauderdale, Lawrence, Lewis, Lincoln, Macon, Madison, Marshall, Maury, McNairy, Montgomery, Moore, Overton, Perry, Pickett, Putnam, Robertson, Rutherford, Shelby, Smith, Stewart, Sumner, Tipton, Trousdale, Van Buren, Warren, Wayne, White, Williamson y Wilson, Tennessee

H4513-040 – Cigna TotalCare (HMO D-SNP): Bledsoe, Bradley, Grundy, Hamilton, Marion, Polk y Sequatchie, Tennessee

H4513-035 – Cigna Primary Medicare (HMO): Anderson, Blount, Bradley, Cocke, Grainger, Grundy, Hamblen, Hamilton, Jefferson, Knox, Loudon, Marion, Morgan, Sequatchie, Sevier y Union, Tennessee

H4513-053 – Cigna Primary Medicare (HMO): Benton, Carroll, Chester, Crockett, Decatur, Fayette, Gibson, Hardeman, Hardin, Haywood, Henderson, Lauderdale, Madison, McNairy, Shelby y Tipton, Tennessee

Nivel del Medicamentos	Opción estándar de costo compartido minorista*	Opción estándar de costo compartido de pedido por correo*
	suministro para un máximo de 90 días	suministro para un máximo de 90 días
Nivel 1: Medicamentos cubiertos	25% o \$0 / \$1.30 / \$3.70 / 15% (genéricos) \$0 / \$4.00 / \$9.20 / 15% (todos los demás medicamentos)	25% o \$0 / \$1.30 / \$3.70 / 15% (genéricos) \$0 / \$4.00 / \$9.20 / 15% (todos los demás medicamentos)

Área de servicio: Texas

H4513-060-001 – CignaTotalCare (HMO D-SNP): Angelina, Atascosa, Bandera, Bexar, Brazoria, Cameron, Chambers, Fort Bend, Galveston, Guadalupe, Hardin, Harris, Jasper, Jefferson, Kendall, Liberty, Montgomery, Nacogdoches, Newton, Orange, Polk, San Jacinto, Tyler, Walker, Waller, y Wilson, Texas

H4513-060-002 – CignaTotalCare (HMO D-SNP): Cameron, Hidalgo, Webb y Willacy, Texas

H4513-060-003 – CignaTotalCare (HMO D-SNP): El Paso, Texas

H4513-027 – CignaTotalCare (HMO D-SNP): Henderson, Rusk, Smith, Upshur y Van Zandt, Texas

H4513-029 – Cigna TotalCare (HMO D-SNP): Bexar, Collin, Dallas, Denton, Hood, Johnson, Parker, Tarrant y Wise, Texas

Nivel del Medicamentos	Opción estándar de costo compartido minorista*	Opción estándar de costo compartido de pedido por correo*
	suministro para un máximo de 90 días	suministro para un máximo de 90 días
Nivel 1: Medicamentos cubiertos	25% o \$0 / \$1.30 / \$3.70 / 15% (genéricos) \$0 / \$4.00 / \$9.20 / 15% (todos los demás medicamentos)	25% o \$0 / \$1.30 / \$3.70 / 15% (genéricos) \$0 / \$4.00 / \$9.20 / 15% (todos los demás medicamentos)

* El costo compartido se basa en su nivel de "Ayuda adicional"

Mis medicamentos

En esta sección, puede escribir todos los medicamentos que está tomando actualmente. Luego puede buscar su medicamento en las siguientes páginas de la lista de medicamentos. Fíjese en qué nivel está su medicamento. Una vez que encuentre en qué nivel está su medicamento, puede mirar las tablas que aparecen antes de esta página y buscar su costo compartido para ese medicamento. Si necesita ayuda para encontrar sus medicamentos y costos compartidos, llame a Servicio al Cliente al 1-800-668-3813, los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local. Los usuarios de TTY pueden llamar al 711.

[illegible]

Índice de la lista de medicamentos:

Los medicamentos incluidos en la lista de medicamentos están agrupados en categorías, según el tipo de condiciones médicas para las que se usen. Si sabe para qué se usa su medicamento, busque el nombre de la categoría en la lista que sigue. Luego, busque su medicamento bajo el nombre de la categoría en la lista de medicamentos.

	Página
ANTIINFECCIOSOS	11
MEDICAMENTOS ANTINEOPLÁSICOS/INMUNODEPRESORES	18
MEDICAMENTOS PARA EL SISTEMA NERVIOSO AUTÓNOMO/CENTRAL, NEUROLOGÍA/PSIC	25
CARDIOVASCULARES, HIPERTENSIÓN/LÍPIDOS	35
PRODUCTOS DERMATOLÓGICOS/TRATAMIENTO TÓPICO	40
PRODUCTOS DE DIAGNÓSTICO/AGENTES VARIOS	43
MEDICAMENTOS PARA NARIZ, GARGANTA Y OÍDO	44
SISTEMA ENDOCRINO/DIABETES	44
GASTROENTEROLOGÍA	49
INMUNOLOGÍA, VACUNAS/BIOTECNOLOGÍA	51
SISTEMA LOCOMOTOR/REUMATOLOGÍA	53
OBSTETRICIA/GINECOLOGÍA	54
OFTALMOLOGÍA	57
SISTEMA RESPIRATORIO Y ALERGIA	59
UROLÓGICOS	61
VITAMINAS, HEMATÍNICOS/ELECTROLITOS	62

Guía de la Lista de medicamentos:

B/D: Este medicamento con receta tiene un requisito administrativo de autorización previa de la Parte B o D. Este medicamento puede estar cubierto por la Parte B o la Parte D de Medicare, según las circunstancias.

LA: Disponibilidad limitada. Es posible que este medicamento con receta solo esté disponible en determinadas farmacias. Para obtener más información, consulte su Directorio de farmacias o llame a Servicio al Cliente al 1-800-668-3813, los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local. Los usuarios de TTY pueden llamar al 711.

NDS: Medicamento sin suministro extendido. Este medicamento está disponible solamente con un suministro para 30 días o menos.

PA: Este medicamento requiere de autorización previa.

QL: Este medicamento tiene límites con respecto a la cantidad.

ST: Este medicamento tiene requisitos de tratamiento escalonado.

Por lo general, todos los medicamentos incluidos en la lista de medicamentos están disponibles a través de pedido por correo, salvo cuando circunstancias o situaciones especiales prohíben enviar un medicamento específico a su hogar.

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
ANTIINFECCIOSOS		
AGENTES ANTIMICÓTICOS		
ABELCET	1	PA
AMBIOME	1	PA; NDS
anfotericina b	1	PA
caspofungina	1	PA; NDS
clotrimazol, membrana mucosa	1	
CRESEMBA ORAL	1	NDS
fluconazol	1	
fluconazol en nacl (iso-osm.)	1	PA
flucitosina	1	NDS
griseofulvina micronizada	1	
griseofulvina ultramicronizada	1	
itraconazol, cápsulas orales	1	QL (120/30)
itraconazol, solución oral	1	NDS
ketoconazol oral	1	
micalfungina	1	NDS
nistatina, oral	1	
posaconazol, comprimidos orales, liberación retardada (dr/ec)	1	QL (96/30); NDS
clorhidrato de terbinafina oral	1	
voriconazol intravenoso	1	PA; NDS
voriconazol, suspensión oral para reconstitución	1	NDS
voriconazol, comprimidos orales, 200 mg	1	NDS
voriconazol, comprimidos orales, 50 mg	1	
ANTIVÍRICOS		
abacavir, solución oral	1	QL (960/30)
abacavir, comprimidos orales	1	QL (60/30)
abacavir-lamivudina	1	QL (30/30)
abacavir-lamivudina-zidovudina	1	QL (60/30); NDS
aciclovir, cápsulas orales	1	
aciclovir, suspensión oral, 200 mg/5 ml	1	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
aciclovir, comprimidos orales	1	
aciclovir sódico, solución intravenosa	1	B/D PA
adefovir	1	NDS
clorhidrato de amantadina	1	
APTIVUS	1	QL (120/30); NDS
atazanavir, cápsulas orales, 150 mg, 300 mg	1	QL (30/30)
atazanavir, cápsulas orales, 200 mg	1	QL (60/30)
ATRIPLA	1	QL (30/30); NDS
BARACLUDE, SOLUCIÓN ORAL	1	QL (630/30)
BIKTARVY	1	NDS
CABENUVA	1	NDS
CIMDUO	1	NDS
COMPLERA	1	QL (30/30); NDS
DELSTRIGO	1	NDS
DESCOVY	1	QL (30/30); NDS
didanosina, cápsulas orales, liberación retardada (dr/ec), 250 mg, 400 mg	1	QL (30/30)
DOVATO	1	NDS
EDURANT	1	QL (30/30); NDS
efavirenz, cápsulas orales, 200 mg	1	QL (120/30); NDS
efavirenz, cápsulas orales, 50 mg	1	QL (180/30)
efavirenz, comprimidos orales	1	QL (30/30); NDS
efavirenz-emtricitabina-tenofovir	1	QL (30/30); NDS
disoproxilo de efavirenz-lamivudina-tenofovir, comprimidos orales, 400-300-300 mg	1	QL (30/30); NDS
disoproxilo de efavirenz-lamivudina-tenofovir, comprimidos orales, 600-300-300 mg	1	NDS

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

Cursiva minúscula = Medicamento genérico

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 10.

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>emtricitabina</i>	1	QL (30/30)
<i>emtricitabina-tenofovir (tdf)</i>	1	QL (30/30); NDS
EMTRIVA, CÁPSULAS ORALES	1	QL (30/30)
EMTRIVA, SOLUCIÓN ORAL	1	QL (680/28)
<i>entecavir</i>	1	QL (30/30)
EPCLUSA, COMPRIMIDOS ORALES	1	PA; QL (28/28); NDS
EPIVIR HBV, SOLUCIÓN ORAL	1	
<i>etravirina</i>	1	QL (60/30); NDS
EVOTAZ	1	QL (30/30); NDS
<i>famciclovir</i>	1	QL (60/30)
<i>fosamprenavir</i>	1	QL (120/30); NDS
FUZEON, SOL. PARA RECONST. SUBCUTÁNEA	1	QL (60/30); NDS
GENVOYA	1	QL (30/30); NDS
HARVONI, PÍLDORAS DE ADMINISTRACIÓN ORAL EN PAQUETES, 33.75-150 MG	1	PA; QL (28/28); NDS
HARVONI, PÍLDORAS DE ADMINISTRACIÓN ORAL EN PAQUETES, 45-200 MG	1	PA; QL (56/28); NDS
HARVONI, COMPRIMIDOS ORALES, 45-200 MG	1	PA; QL (60/30); NDS
HARVONI, COMPRIMIDOS ORALES, 90-400 MG	1	PA; QL (28/28); NDS
INTELENCE, COMPRIMIDOS ORALES, 100 MG, 200 MG	1	QL (60/30); NDS
INTELENCE, COMPRIMIDOS ORALES, 25 MG	1	QL (120/30)
INVIRASE, COMPRIMIDOS ORALES	1	QL (120/30); NDS
ISENTRESS, DE DOSIS ALTA	1	NDS
ISENTRESS, PAQUETE DE POLVO ORAL	1	QL (60/30)
ISENTRESS, COMPRIMIDOS ORALES	1	QL (120/30); NDS

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
ISENTRESS, COMPRIMIDOS ORALES MASTICABLES, 100 MG	1	QL (180/30); NDS
ISENTRESS, COMPRIMIDOS ORALES MASTICABLES, 25 MG	1	QL (180/30)
JULUCA	1	NDS
KALETRA, COMPRIMIDOS ORALES, 100-25 MG	1	QL (300/30)
KALETRA, COMPRIMIDOS ORALES, 200-50 MG	1	QL (120/30); NDS
<i>lamivudina, solución oral</i>	1	QL (900/30)
<i>lamivudina, comprimidos orales, 100 mg, 300 mg</i>	1	QL (30/30)
<i>lamivudina, comprimidos orales, 150 mg</i>	1	QL (60/30)
<i>lamivudina-zidovudina</i>	1	QL (60/30)
LEXIVA, SUSPENSIÓN ORAL	1	QL (1575/28)
<i>lopinavir-ritonavir, solución oral</i>	1	
<i>lopinavir-ritonavir, comprimidos orales, 100-25 mg</i>	1	QL (300/30)
<i>lopinavir-ritonavir, comprimidos orales, 200-50 mg</i>	1	QL (120/30)
MAVYRET, COMPRIMIDOS ORALES	1	PA; QL (84/28); NDS
<i>nevirapina, suspensión oral</i>	1	QL (1200/30)
<i>nevirapina, comprimidos orales</i>	1	QL (60/30)
<i>nevirapina, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas, 100 mg</i>	1	QL (90/30)
<i>nevirapina, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas, 400 mg</i>	1	QL (30/30)
NORVIR, PAQUETE DE POLVO ORAL	1	
NORVIR, SOLUCIÓN ORAL	1	QL (480/30)
ODEFSEY	1	QL (30/30); NDS
<i>oseltamivir</i>	1	
PIFELTRO	1	NDS
PREVYMIS, ORAL	1	QL (30/30); NDS

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

Cursiva minúscula = Medicamento genérico

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 10.

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
PREZCOBIX	1	QL (30/30); NDS
PREZISTA, SUSPENSIÓN ORAL	1	QL (400/30); NDS
PREZISTA, COMPRIMIDOS ORALES, 150 MG	1	QL (240/30)
PREZISTA, COMPRIMIDOS ORALES, 600 MG	1	QL (60/30); NDS
PREZISTA, COMPRIMIDOS ORALES, 75 MG	1	QL (480/30)
PREZISTA, COMPRIMIDOS ORALES, 800 MG	1	QL (30/30); NDS
RETROVIR INTRAVENOSO	1	
REYATAZ, PAQUETE DE POLVO ORAL	1	QL (240/30); NDS
<i>ribavirina, cápsulas orales</i>	1	
<i>ribavirina, comprimidos orales, 200 mg</i>	1	
<i>rimantadina</i>	1	
<i>ritonavir</i>	1	QL (360/30)
RUKOBIA	1	NDS
SELZENTRY, SOLUCIÓN ORAL	1	NDS
SELZENTRY, COMPRIMIDOS ORALES, 150 MG, 75 MG	1	QL (60/30); NDS
SELZENTRY, COMPRIMIDOS ORALES, 25 MG	1	QL (120/30)
SELZENTRY, COMPRIMIDOS ORALES, 300 MG	1	QL (120/30); NDS
<i>estavudina, cápsulas orales</i>	1	QL (60/30)
STRIBILD	1	QL (30/30); NDS
SYMFI	1	NDS
SYMFI LO	1	QL (30/30); NDS
SYMTUZA	1	NDS
TEMIXYS	1	NDS
<i>fumarato de disoproxilo de tenofovir</i>	1	QL (30/30)
TIVICAY, COMPRIMIDOS ORALES, 10 MG	1	QL (60/30)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
TIVICAY, COMPRIMIDOS ORALES, 25 MG, 50 MG	1	QL (60/30); NDS
TIVICAY PD	1	QL (180/30); NDS
TRIUMEQ	1	QL (30/30); NDS
TROGARZO	1	NDS
TRUVADA	1	QL (30/30); NDS
TYBOST	1	
<i>valaciclovir, comprimidos orales, 1 gramo</i>	1	QL (120/30)
<i>valaciclovir, comprimidos orales, 500 mg</i>	1	QL (60/30)
<i>valganciclovir</i>	1	NDS
VEMLIDY	1	NDS
VIRACEPT, COMPRIMIDOS ORALES, 250 MG	1	QL (270/30); NDS
VIRACEPT, COMPRIMIDOS ORALES, 625 MG	1	QL (120/30); NDS
VIREAD, POLVO ORAL	1	QL (240/30); NDS
VIREAD, COMPRIMIDOS ORALES, 150 MG, 200 MG, 250 MG	1	QL (30/30); NDS
VOSEVI	1	PA; QL (28/28); NDS
XOFLUZA	1	
<i>zidovudina, cápsulas orales</i>	1	QL (180/30)
<i>zidovudina, jarabe oral</i>	1	QL (1680/28)
<i>zidovudina, comprimidos orales</i>	1	QL (60/30)
CEFALOSPORINAS		
<i>cefaclor, cápsulas orales</i>	1	
<i>cefaclor, suspensión oral para reconstitución, 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml, 375 mg/5 ml</i>	1	
<i>ceftaclor, comprimidos orales, liberación prolongada, 12 horas</i>	1	
<i>cefadroxilo, cápsulas orales</i>	1	
<i>cefadroxilo, suspensión oral para reconstitución, 250 mg/5 ml, 500 mg/5 ml</i>	1	
<i>cefadroxilo, comprimidos orales</i>	1	

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

Cursiva minúscula = Medicamento genérico

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 10.

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>cefazolina en dextrosa (iso-osm.), infusión secundaria intravenosa, 1 gramo/50 ml, 2 gramos/50 ml</i>	1	
CEFAZOLIN EN DEXTROSA (ISO-OSM.), INFUSIÓN SECUNDARIA INTRAVENOSA, 2 GRAMOS/100 ML	1	
<i>cefazolina, sol. para reconst. inyect., 1 g, 10 g, 100 g, 300 g, 500 mg</i>	1	
<i>cefazolina intravenosa</i>	1	
<i>cefdinir, cápsulas orales</i>	1	
<i>cefdinir, suspensión oral para reconstitución</i>	1	
CEFEPIME EN DEXTROSA 5%	1	
<i>cefepima en dextrosa, iso-osm.</i>	1	
<i>cefepima inyectable</i>	1	
CEFEPIME, INTRAVENOSO	1	PA
<i>cefixima</i>	1	
CEFOTETAN EN DEXTROSA, ISO-OSM.	1	PA
<i>cefotetan inyectable</i>	1	PA
<i>cefoxitina</i>	1	PA
<i>cefoxitina en dextrosa, iso-osm.</i>	1	PA
<i>cefpodoxima</i>	1	
<i>cefprozilo</i>	1	
<i>ceftazidima</i>	1	PA
CEFTAZIDIME IN D5W	1	PA
<i>ceftriaxona en dextrosa, iso-osm.</i>	1	
<i>ceftriaxona, sol. para reconst. inyect., 1 gramo, 10 gramos, 2 gramos, 250 mg, 500 mg</i>	1	
CEFTRIAZONE, SOL. PARA RECONST. INYECT., 100 GRAMOS	1	
<i>ceftriaxona intravenosa</i>	1	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>cefuroxima axetilo, comprimidos orales</i>	1	
<i>cefuroxima sódica, sol. para reconst. inyect., 750 mg</i>	1	PA
<i>cefuroxima sódica intravenosa</i>	1	PA
<i>cefalexina, cápsulas orales, 250 mg, 500 mg</i>	1	
<i>cefalexina, suspensión oral para reconstitución</i>	1	
SUPRAX, SUSPENSIÓN ORAL PARA RECONSTITUCIÓN, 500 MG/5 ML	1	
<i>tazicef</i>	1	PA
TEFLARO	1	PA; NDS
ERITROMICINAS/OTROS MACRÓLIDOS		
<i>azitromicina intravenosa</i>	1	PA
<i>azitromicina, paquete oral</i>	1	
<i>azitromicina, suspensión oral para reconstitución</i>	1	
<i>azitromicina, comprimidos orales</i>	1	
<i>claritromicina, suspensión oral para reconstitución</i>	1	
<i>claritromicina, comprimidos orales</i>	1	
<i>claritromicina, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas</i>	1	
DIFICID, SUSPENSIÓN ORAL PARA RECONSTITUCIÓN	1	QL (136/10); NDS
DIFICID, COMPRIMIDOS ORALES	1	QL (20/10); NDS
<i>e.e.s. 400, comprimidos orales</i>	1	
ERYPED 400	1	NDS
<i>ery-tab, comprimidos orales, liberación retardada (dr/ec), 250 mg</i>	1	
ERY-TAB, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN RETARDADA (DR/EC), 333 MG, 500 MG	1	

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

Cursiva minúscula = Medicamento genérico

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 10.

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>eritrocina (como estearato), comprimidos orales, 250 mg</i>	1	
ERYTHROCIN, SOL. PARA RECONST. INTRAVENOSA, 500 MG	1	PA
<i>etilsuccinato de eritromicina, suspensión oral para reconstitución, 200 mg/5 ml</i>	1	
<i>etilsuccinato de eritromicina, suspensión oral para reconstitución, 400 mg/5 ml</i>	1	NDS
<i>etilsuccinato de eritromicina, comprimidos orales</i>	1	
<i>eritromicina, comprimidos orales</i>	1	
<i>eritromicina, comprimidos orales, liberación retardada (dr/ec)</i>	1	
ANTIINFECCIOSOS VARIOS		
<i>albendazol</i>	1	NDS
<i>amikacina, solución inyectable, 1,000 mg/4 ml, 500 mg/2 ml</i>	1	PA
ARIKAYCE	1	PA; LA; NDS
atovacuna	1	NDS
<i>atovacuna-proguanil</i>	1	
<i>aztreonam, sol. para reconst. inyect., 1 gramo</i>	1	PA
<i>aztreonam, sol. para reconst. inyect., 2 gramos</i>	1	PA
<i>bacitracina intramuscular</i>	1	
CAYSTON	1	PA; LA; QL (84/28); NDS
<i>succinato sódico de cloranfenicol</i>	1	
<i>fosfato de cloroquina</i>	1	
<i>clorhidrato de clindamicina</i>	1	
CLINDAMYCIN EN CLORURO DE SODIO AL 0.9%	1	PA
<i>clindamicina en dextrosa al 5%</i>	1	PA
<i>clindamicina pediátrica</i>	1	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>fosfato de clindamicina inyectable</i>	1	PA
<i>fosfato de clindamicina, solución intravenosa, 600 mg/4 ml</i>	1	PA
COARTEM	1	QL (24/30)
<i>colistina (colistimetato sódico)</i>	1	PA; NDS
CYCLOSERINE	1	
<i>dapsona oral</i>	1	
DAPTOMYCIN, SOL. PARA RECONST. INTRAVENOSA, 350 MG	1	NDS
<i>daptomicina, sol. para reconst. intravenosa, 500 mg</i>	1	NDS
EMVERM	1	NDS
<i>ertapenem</i>	1	
<i>etambutol</i>	1	
FIRVANQ, SOL. PARA RECONST. INTRAVENOSA, 25 MG/ML	1	QL (300/10)
FIRVANQ, SOL. PARA RECONST. INTRAVENOSA, 50 MG/ML	1	QL (450/10)
<i>gentamicina en nacl (iso-osm.), infusión secundaria intravenosa, 100 mg/100 ml, 60 mg/50 ml, 80 mg/100 ml, 80 mg/50 ml</i>	1	PA
GENTAMICIN IN NACL (ISO-OSM.), INFUSIÓN SECUNDARIA INTRAVENOSA, 100 MG/50 ML, 120 MG/100 ML	1	PA
<i>gentamicina, solución inyectable, 40 mg/ml</i>	1	PA
<i>sulfato de gentamicina (pediátrico) (pf)</i>	1	PA
HYDROXYCHLOROQUINE, COMPRIMIDOS ORALES, 100 MG, 300 MG, 400 MG	1	

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

Cursiva minúscula = Medicamento genérico

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 10.

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>hidroxicloroquina, comprimidos orales, 200 mg</i>	1	
<i>imipenem-cilastatina</i>	1	
<i>isoniazida, solución oral</i>	1	
<i>isoniazida, comprimidos orales</i>	1	
<i>ivermectina oral</i>	1	
<i>lincomicina</i>	1	PA
<i>linezolid en dextrosa al 5%</i>	1	PA
<i>linezolid, suspensión oral para reconstitución</i>	1	QL (1800/30); NDS
<i>linezolid, comprimidos orales</i>	1	QL (60/30)
<i>linezolid-cloruro de sodio al 0.9%</i>	1	PA
<i>mefloquina</i>	1	
<i>meropenem</i>	1	
MEROPENEM-0.9% SODIUM CHLORIDE	1	
<i>metro intravenoso</i>	1	PA
<i>metronidazol en nacl (iso-osm.)</i>	1	PA
<i>metronidazol, comprimidos orales</i>	1	
<i>neomicina</i>	1	
<i>nitazoxanida</i>	1	QL (20/10); NDS
ORBACTIV	1	PA; QL (3/30); NDS
<i>paromomicina</i>	1	
PASER	1	
PENTAM	1	
<i>pentamidina para inhalar</i>	1	B/D PA; QL (1/28)
<i>pentamidina inyectable</i>	1	
<i>sulfato de polimixina b</i>	1	PA
<i>praziquantel</i>	1	
PRIFTIN	1	
PRIMAQUINE	1	
<i>pirazinamida</i>	1	
<i>pirimetamina</i>	1	PA; NDS
<i>sulfato de quinina</i>	1	PA; QL (42/7)
<i>rifabutina</i>	1	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>rifampina intravenosa</i>	1	
<i>rifampina oral</i>	1	
SIRTURO	1	PA; LA
SIVEXTRO INTRAVENOSO	1	PA; QL (6/28); NDS
SIVEXTRO ORAL	1	QL (6/28); NDS
<i>estreptomicina</i>	1	PA; NDS
SYNERCID	1	PA; NDS
<i>tigeciclina</i>	1	PA; NDS
TOBI PODHALER, CÁPSULA DE INHALACIÓN CON DISPOSITIVO DE INHALACIÓN	1	QL (224/28); NDS
<i>tobramicina en nacl al 0.225%</i>	1	B/D PA; QL (280/28); NDS
<i>sulfato de tobramicina</i>	1	PA
TRECTOR	1	
VANCOMYCIN EN CLORURO DE SODIO AL 0.9%, INFUSIÓN SECUNDARIA INTRAVENOSA	1	
VANCOMYCIN EN DEXTROSA AL 5%, INFUSIÓN SECUNDARIA INTRAVENOSA	1	
VANCOMYCIN INYECTABLE	1	
<i>vancomicina, sol. para reconst. intravenosa, 1,000 mg, 10 gramos, 250 mg, 5 gramos, 500 mg, 750 mg</i>	1	
VANCOMYCIN, SOL. PARA RECONST. INTRAVENOSA, 1.25 GRAMOS, 1.5 GRAMOS	1	
<i>vancomicina, cápsulas orales, 125 mg</i>	1	PA; QL (40/10)
<i>vancomicina, cápsulas orales, 250 mg</i>	1	PA; QL (80/10)
<i>vancomicina, sol. para reconst. oral</i>	1	QL (450/10)
VANCOMYCIN-WATER, INYECTABLE (PEG)	1	

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

Cursiva minúscula = Medicamento genérico

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 10.

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
XIFAXAN, COMPRIMIDOS ORALES, 550 MG	1	PA; QL (90/30); NDS
PENICILINAS		
<i>amoxicilina, cápsulas orales</i>	1	
<i>amoxicilina, suspensión oral para reconstitución</i>	1	
<i>amoxicilina, comprimidos orales</i>	1	
<i>amoxicilina, comprimidos orales masticables, 125 mg, 250 mg</i>	1	
<i>amoxicilina-clavulanato de pot., suspensión oral para reconstitución</i>	1	
<i>amoxicilina-clavulanato de pot., comprimidos orales</i>	1	
<i>amoxicilina-clavulanato de pot., comprimidos orales, liberación prolongada, 12 horas</i>	1	
<i>amoxicilina-clavulanato de pot., comprimidos orales masticables</i>	1	
<i>ampicilina, cápsulas orales, 500 mg</i>	1	
<i>ampicilina sódica</i>	1	PA
<i>ampicilina-sulbactam</i>	1	PA
BICILLIN L-A	1	PA
<i>dicloxacilina</i>	1	
<i>naftilina</i>	1	PA
<i>naftilina en dextrosa, iso-osm.</i>	1	PA
<i>oxacilina inyectable</i>	1	PA
<i>penicilina g potásica</i>	1	PA
<i>penicilina v potásica, solución para reconst. oral</i>	1	
<i>penicilina v potásica, comprimidos orales, 250 mg</i>	1	
<i>penicilina v potásica, comprimidos orales, 500 mg</i>	1	
<i>pfizerpen-g</i>	1	PA

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
PIPERACILLIN-TAZOBACTAM, SOL. PARA RECONST. INTRAVENOSA, 13.5 GRAMOS	1	
<i>piperacilina-tazobactam, sol. para reconst. intravenosa, 2.25 gramos, 3.375 gramos, 4.5 gramos, 40.5 gramos</i>	1	
ZOSYN EN DEXTROSA, ISO-OSM.	1	
QUINOLONAS		
CIPRO, RECONST. DE MICROCÁPSULAS PARA SUSPENSIÓN ORAL	1	
<i>clorhidrato de ciprofloxacina, comprimidos orales, 100 mg</i>	1	
<i>clorhidrato de ciprofloxacina, comprimidos orales, 250 mg, 500 mg, 750 mg</i>	1	
<i>ciprofloxacina en dextrosa al 5%</i>	1	PA
<i>levofloxacina en d5w</i>	1	PA
<i>levofloxacina intravenosa</i>	1	PA
<i>levofloxacina, solución oral</i>	1	
<i>levofloxacina, comprimidos orales</i>	1	
<i>moxifloxacina oral</i>	1	
MOXIFLOXACIN-SOD. ACE, SUL-WATER	1	PA
<i>moxifloxacina-cloruro de sodio (iso)</i>	1	PA
SULFAMIDAS/AGENTES RELACIONADOS		
<i>sulfadiazina</i>	1	
<i>sulfametoxazol/trimetoprima, intravenoso</i>	1	PA
<i>sulfametoxazol-trimetoprima, suspensión oral</i>	1	
<i>sulfametoxazol-trimetoprima, comprimidos orales</i>	1	

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

Cursiva minúscula = Medicamento genérico

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 10.

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
TETRACICLINAS		
<i>demeclociclina</i>	1	
<i>doxiciclina-100</i>	1	PA
<i>hiclato de doxiciclina intravenoso</i>	1	PA
<i>hiclato de doxiciclina, cápsulas orales</i>	1	
<i>hiclato de doxiciclina, comprimidos orales, 100 mg</i>	1	
<i>hiclato de doxiciclina, comprimidos orales, 20 mg</i>	1	
<i>monohidrato de doxiciclina, cápsulas orales, 100 mg, 50 mg</i>	1	
DOXYCYCLINE MONOHYDRATE, CÁPSULAS ORALES, LIB. INMEDIATA-LIB. RETARDADA, BIFÁSICA	1	
<i>monohidrato de doxiciclina, suspensión oral para reconstitución</i>	1	
<i>monohidrato de doxiciclina, comprimidos orales</i>	1	
<i>minociclina, cápsulas orales</i>	1	
<i>minociclina, comprimidos orales</i>	1	
<i>mondoxyne nl, cápsulas orales, 100 mg, 75 mg</i>	1	
NUZYRA INTRAVENOSO	1	PA; NDS
NUZYRA ORAL	1	NDS
<i>tetraciclina</i>	1	
AGENTES DE LAS VÍAS URINARIAS		
<i>fosfomicina trometamina</i>	1	
<i>hipurato de metenamina</i>	1	
MONUROL	1	
<i>nitrofurantoína</i>	1	
<i>nitrofurantoína, macrocristales</i>	1	
<i>monohidrato de nitrofurantoína/ macrocrist.</i>	1	
<i>trimetoprima</i>	1	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
MEDICAMENTOS ANTINEOPLÁSICOS/ INMUNODEPRESORES		
AGENTES COADYUVANTES		
<i>leucovorina cálcica, inyectable</i>	1	
<i>leucovorina cálcica oral</i>	1	
<i>mesna</i>	1	B/D PA
MESNEX ORAL	1	NDS
XGEVA	1	PA; QL (1.7/28); NDS
MEDICAMENTOS ANTINEOPLÁSICOS/ INMUNODEPRESORES		
<i>abiraterona, comprimidos orales, 250 mg</i>	1	PA; QL (120/30); NDS
<i>abiraterona, comprimidos orales, 500 mg</i>	1	PA; QL (60/30); NDS
ABRAXANE	1	PA; NDS
ADCETRIS	1	PA; NDS
<i>adriamicina, sol. para reconst. intravenosa, 10 mg</i>	1	B/D PA
<i>adriamicina, solución intravenosa</i>	1	B/D PA
<i>adrucil, solución intravenosa, 2.5 gramos/50 ml</i>	1	B/D PA
AFINITOR DISPERZ, COMPRIMIDOS ORALES PARA SUSPENSIÓN, 2 MG	1	PA; QL (150/30); NDS
AFINITOR DISPERZ, COMPRIMIDOS ORALES PARA SUSPENSIÓN, 3 MG, 5 MG	1	PA; QL (56/28); NDS
AFINITOR, COMPRIMIDOS ORALES, 10 MG	1	PA; QL (30/30); NDS
ALECENSA	1	PA; QL (240/30); NDS
ALIMTA	1	PA; NDS
ALIQOPA	1	PA; NDS
ALUNBRIG, COMPRIMIDOS ORALES, 180 MG, 90 MG	1	PA; QL (30/30); NDS
ALUNBRIG, COMPRIMIDOS ORALES, 30 MG	1	PA; QL (60/30); NDS

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

Cursiva minúscula = Medicamento genérico

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 10.

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
ALUNBRIG, COMPRIMIDOS ORALES, PAQUETE DOSIFICADO	1	PA; QL (30/30); NDS
<i>anastrozol</i>	1	
ARRANON	1	B/D PA
<i>tríóxido de arsénico</i>	1	B/D PA; NDS
ARZERRA	1	B/D PA; NDS
ASTAGRAF XL, CÁPSULAS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA, 24 HORAS, 0.5 MG, 1 MG	1	B/D PA
ASTAGRAF XL, CÁPSULAS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA, 24 HORAS, 5 MG	1	B/D PA; NDS
AYVAKIT	1	PA; LA; QL (30/30); NDS
<i>azacitidina</i>	1	B/D PA; NDS
AZASAN	1	B/D PA
<i>azatioprina, comprimidos orales, 100 mg, 75 mg</i>	1	B/D PA
<i>azatioprina, comprimidos orales, 50 mg</i>	1	B/D PA
<i>azatioprina sódica</i>	1	B/D PA
BALVERSA	1	PA; LA; NDS
BAVENCIO	1	PA; NDS
BELEODAQ	1	B/D PA; NDS
BENDEKA	1	B/D PA; NDS
BESPONS	1	PA; NDS
<i>bexaroteno</i>	1	PA; NDS
<i>bicalutamida</i>	1	
BLNREP	1	PA; NDS
<i>bleomicina</i>	1	B/D PA
BLINCYTO, KIT INTRAVENOSO	1	B/D PA; NDS
BORTEZOMIB	1	PA; NDS
BOSULIF, COMPRIMIDOS ORALES, 100 MG	1	PA; QL (90/30); NDS
BOSULIF, COMPRIMIDOS ORALES, 400 MG, 500 MG	1	PA; QL (30/30); NDS

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
BRAFTOVI, CÁPSULAS ORALES, 75 MG	1	PA; LA; QL (180/30); NDS
BRUKINSA	1	PA; LA; NDS
<i>busulfán</i>	1	B/D PA; NDS
CABOMETYX, COMPRIMIDOS ORALES, 20 MG, 60 MG	1	PA; LA; QL (30/30); NDS
CABOMETYX, COMPRIMIDOS ORALES, 40 MG	1	PA; LA; QL (60/30); NDS
CALQUENCE	1	PA; LA; QL (60/30); NDS
CAPRELSA, COMPRIMIDOS ORALES, 100 MG	1	PA; LA; QL (60/30); NDS
CAPRELSA, COMPRIMIDOS ORALES, 300 MG	1	PA; LA; QL (30/30); NDS
<i>carboplatino, solución intravenosa</i>	1	B/D PA
<i>carmustina</i>	1	B/D PA
<i>cisplatino, solución intravenosa</i>	1	B/D PA
<i>cladribina</i>	1	B/D PA
<i>clofarabina</i>	1	B/D PA
COMETRIQ, CÁPSULAS ORALES, 100 MG/DÍA (80 MG X 1-20 MG X 1)	1	PA; QL (56/28); NDS
COMETRIQ, CÁPSULAS ORALES, 140 MG/DÍA (80 MG X 1-20 MG X 3)	1	PA; QL (112/28); NDS
COMETRIQ, CÁPSULAS ORALES, 60 MG/DÍA (20 MG X 3/DÍA)	1	PA; QL (84/28); NDS
COPIKTRA	1	PA; LA; QL (60/30); NDS
COSMEGEN	1	B/D PA; NDS
COTELLIC	1	PA; LA; QL (63/28); NDS
<i>ciclofosfamida, sol. para reconst. intravenosa</i>	1	B/D PA; NDS
CYCLOPHOSPHAMIDE, SOLUCIÓN INTRAVENOSA	1	B/D PA; NDS
<i>ciclofosfamida oral</i>	1	B/D PA
<i>ciclosporina intravenosa</i>	1	B/D PA

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

Cursiva minúscula = Medicamento genérico

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 10.

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>ciclosporina modificada</i>	1	B/D PA
<i>ciclosporina, cápsulas orales</i>	1	B/D PA
CYRAMZA	1	PA; NDS
<i>citarabina</i>	1	B/D PA
<i>citarabina (pf)</i>	1	B/D PA
<i>dacarbazina</i>	1	B/D PA
<i>dactinomicina</i>	1	B/D PA
DANYELZA	1	PA; NDS
DARZALEX	1	PA; NDS
DARZALEX FASPRO	1	PA; NDS
<i>daunorrubicina, solución intravenosa</i>	1	B/D PA
DAURISMO, COMPRIMIDOS ORALES, 100 MG	1	PA; QL (30/30); NDS
DAURISMO, COMPRIMIDOS ORALES, 25 MG	1	PA; QL (60/30); NDS
<i>decitabina</i>	1	B/D PA; NDS
<i>docetaxel, solución intravenosa, 160 mg/16 ml (10 mg/ml), 160 mg/8 ml (20 mg/ml), 20 mg/2 ml (10 mg/ml), 20 mg/ml (1 ml), 80 mg/4 ml (20 mg/ml), 80 mg/8 ml (10 mg/ml)</i>	1	B/D PA
<i>doxorubicin</i>	1	B/D PA
<i>doxorubicina, liposomal pegilada</i>	1	B/D PA; NDS
DROXIA	1	
ELIGARD	1	PA
ELIGARD (3 MESES)	1	PA
ELIGARD (4 MESES)	1	PA
ELIGARD (6 MESES)	1	PA
ELLECE	1	B/D PA
ELZONRIS	1	B/D PA; NDS
EMCYT	1	NDS
EMPLICITI	1	PA
ENHERTU	1	PA; NDS
ENVARUS XR	1	B/D PA
<i>epirubicina, solución intravenosa</i>	1	B/D PA

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
ERBITUX	1	B/D PA; NDS
ERIVEDGE	1	PA; QL (30/30); NDS
ERLEADA	1	PA; QL (120/30); NDS
<i>erlotinib, comprimidos orales, 100 mg, 150 mg</i>	1	PA; QL (30/30); NDS
<i>erlotinib, comprimidos orales, 25 mg</i>	1	PA; QL (60/30); NDS
ETOPOPHOS	1	B/D PA
<i>etopósido intravenoso</i>	1	B/D PA
<i>everolimus (antineoplásico), comprimidos orales</i>	1	PA; QL (30/30); NDS
<i>everolimus (inmunodepresor), comprimidos orales, 0.25 mg, 0.75 mg</i>	1	B/D PA; QL (60/30); NDS
<i>everolimus (inmunodepresor), comprimidos orales, 0.5 mg</i>	1	B/D PA; QL (120/30); NDS
EVOMELA	1	PA; NDS
<i>exemestano</i>	1	
EXKIVITY	1	PA; NDS
FARYDAK	1	PA; QL (6/21); NDS
FIRMAGON, KIT CON JERINGA DILUYENTE, SOL. PARA RECONST. SUBCUTÁNEA, 120 MG	1	B/D PA; NDS
FIRMAGON, KIT CON JERINGA DILUYENTE, SOL. PARA RECONST. SUBCUTÁNEA, 80 MG	1	B/D PA
<i>floxuridina</i>	1	B/D PA
<i>fludarabina</i>	1	B/D PA
<i>fluorouracilo intravenoso</i>	1	B/D PA
<i>flutamida</i>	1	
FOLOTYN	1	B/D PA; NDS
FOTIVDA	1	PA; LA; QL (21/28); NDS
<i>fulvestrant</i>	1	B/D PA; NDS
GAVRETO	1	PA; LA; QL (120/30); NDS

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

Cursiva minúscula = Medicamento genérico

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 10.

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
GAZYVA	1	PA; NDS
<i>gemcitabina, sol. para reconst. intravenosa</i>	1	B/D PA
<i>gemcitabina, solución intravenosa, 1 gramo/26.3 ml (38 mg/ml), 2 gramos/52.6 ml (38 mg/ml), 200 mg/5.26 ml (38 mg/ml)</i>	1	B/D PA
GEMCITABINE, SOLUCIÓN INTRAVENOSA, 100 MG/ML	1	B/D PA; NDS
<i>gengraf</i>	1	B/D PA
GILOTRIF	1	PA; QL (30/30); NDS
HALAVEN	1	PA; NDS
<i>hidroxiurea</i>	1	
IBRANCE	1	PA; QL (21/28); NDS
ICLUSIG, COMPRIMIDOS ORALES, 10 MG, 30 MG, 45 MG	1	PA; QL (30/30); NDS
ICLUSIG, COMPRIMIDOS ORALES, 15 MG	1	PA; QL (60/30); NDS
<i>idarrubicina</i>	1	B/D PA
IDHIFA	1	PA; LA; QL (30/30); NDS
<i>ifosfamida</i>	1	B/D PA
<i>imatinib, comprimidos orales, 100 mg</i>	1	PA; QL (180/30); NDS
<i>imatinib, comprimidos orales, 400 mg</i>	1	PA; QL (60/30); NDS
IMBRUVICA, CÁPSULAS ORALES, 140 MG	1	PA; QL (120/30); NDS
IMBRUVICA, CÁPSULAS ORALES, 70 MG	1	PA; QL (30/30); NDS
IMBRUVICA, COMPRIMIDOS ORALES	1	PA; QL (30/30); NDS
IMFINZI	1	PA; NDS
INFUGEM	1	B/D PA; NDS
INLYTA, COMPRIMIDOS ORALES, 1 MG	1	PA; QL (180/30); NDS

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
INLYTA, COMPRIMIDOS ORALES, 5 MG	1	PA; QL (120/30); NDS
INQOVI	1	PA; QL (5/28); NDS
INREBIC	1	PA; LA; QL (120/30); NDS
IRESSA	1	PA; QL (30/30); NDS
<i>irinotecán</i>	1	B/D PA
IXEMPRA	1	B/D PA; NDS
JAKAFI	1	PA; QL (60/30); NDS
JEMPERLI	1	PA; NDS
JEVTANA	1	B/D PA
KADCYLA	1	PA; NDS
KANJINTI	1	PA; NDS
KEYTRUDA	1	PA; NDS
KISQALI FEMARA CO-PACK, COMPRIMIDOS ORALES, 200 MG/DÍA (200 MG X 1), 2.5 MG	1	PA; QL (49/28); NDS
KISQALI FEMARA CO-PACK, COMPRIMIDOS ORALES, 400 MG/DÍA (200 MG X 2), 2.5 MG	1	PA; QL (70/28); NDS
KISQALI FEMARA CO-PACK, COMPRIMIDOS ORALES, 600 MG/DÍA (200 MG X 3), 2.5 MG	1	PA; QL (91/28); NDS
KISQALI, COMPRIMIDOS ORALES, 200 MG/DÍA (200 MG X 1)	1	PA; QL (21/28); NDS
KISQALI, COMPRIMIDOS ORALES, 400 MG/DÍA (200 MG X 2)	1	PA; QL (42/28); NDS
KISQALI, COMPRIMIDOS ORALES, 600 MG/DÍA (200 MG X 3)	1	PA; QL (63/28); NDS
KYPROLIS	1	B/D PA; NDS
<i>lapatinib</i>	1	PA; QL (180/30); NDS
LENVIMA, CÁPSULAS ORALES, 10 MG/DÍA (10 MG X 1), 4 MG	1	PA; QL (30/30); NDS

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

Cursiva minúscula = Medicamento genérico

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 10.

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
LENVIMA, CÁPSULAS ORALES, 12 MG/DÍA (4 MG X 3), 18 MG/DÍA (10 MG X 1-4 MG X 2), 24 MG/DÍA (10 MG X 2-4 MG X 1)	1	PA; QL (90/30); NDS
LENVIMA, CÁPSULAS ORALES, 14 MG/DÍA (10 MG X 1-4 MG X 1), 20 MG/DÍA (10 MG X 2), 8 MG/DÍA (4 MG X 2)	1	PA; QL (60/30); NDS
letrozol	1	
LEUKERAN	1	
leuprolida subcutánea, kit	1	PA; NDS
LIBTAYO	1	PA; NDS
LONSURF, COMPRIMIDOS ORALES, 15-6.14 MG	1	PA; QL (100/28); NDS
LONSURF, COMPRIMIDOS ORALES, 20-8.19 MG	1	PA; QL (80/28); NDS
LORBRENA, COMPRIMIDOS ORALES, 100 MG	1	PA; QL (30/30); NDS
LORBRENA, COMPRIMIDOS ORALES, 25 MG	1	PA; QL (90/30); NDS
LUMAKRAS	1	PA; QL (240/30); NDS
LUMOXITI	1	PA; NDS
LUPRON DEPOT	1	PA; NDS
LUPRON DEPOT (3 MESES)	1	PA; NDS
LUPRON DEPOT (4 MESES)	1	PA; NDS
LUPRON DEPOT (6 MESES)	1	PA; NDS
LUPRON DEPOT-PED	1	PA; NDS
LUPRON DEPOT-PED (3 MESES)	1	PA; NDS
LYNPARZA	1	PA; QL (120/30); NDS
LYSODREN	1	NDS
MARQIBO	1	B/D PA; NDS
MATULANE	1	NDS
megestrol, suspensión oral, 400 mg/10 ml (10 ml), 400 mg/10 ml (40 mg/ml)	1	PA

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
megestrol, comprimidos orales	1	PA
MEKINIST, COMPRIMIDOS ORALES, 0.5 MG	1	PA; QL (90/30); NDS
MEKINIST, COMPRIMIDOS ORALES, 2 MG	1	PA; QL (30/30); NDS
MEKTOVI	1	PA; LA; QL (180/30); NDS
melfalán	1	B/D PA
clorhidrato de melfalán	1	B/D PA; NDS
mercaptopurina	1	
metotrexato sódico (pf)	1	B/D PA
metotrexato sódico inyectable	1	B/D PA
metotrexato sódico oral	1	
mitomicina intravenosa	1	B/D PA
mitoxantrona	1	B/D PA
MONJUVI	1	PA; NDS
MVASI	1	PA; NDS
mofetil micofenolato (clorhidrato)	1	B/D PA
mofetil micofenolato, cápsulas orales	1	B/D PA
mofetil micofenolato, suspensión oral para reconstitución	1	B/D PA; NDS
mofetil micofenolato, comprimidos orales	1	B/D PA
micofenolato sódico	1	B/D PA
MYLOTARG	1	PA; NDS
NERLYNX	1	PA; LA; NDS
NEXAVAR	1	PA; LA; QL (120/30); NDS
nilutamida	1	NDS
NINLARO	1	PA; QL (3/28); NDS
NIPENT	1	B/D PA
NUBEQA	1	PA; LA; QL (120/30); NDS
NULOJIX	1	B/D PA; QL (26/28); NDS

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

Cursiva minúscula = Medicamento genérico

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 10.

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>acetato de octreotida, solución inyectable, 1,000 mcg/ml, 500 mcg/ml</i>	1	PA; NDS
<i>acetato de octreotida, solución inyectable, 100 mcg/ml, 200 mcg/ml</i>	1	PA
<i>acetato de octreotida, solución inyectable, 50 mcg/ml</i>	1	PA
ODOMZO	1	PA; LA; QL (30/30); NDS
OGIVRI	1	PA; NDS
ONCASPAS	1	B/D PA; NDS
ONIVYDE	1	PA; NDS
ONUREG	1	PA; QL (14/28); NDS
OPDIVO	1	PA; QL (80/28); NDS
ORGOVYX	1	PA; LA; QL (30/30); NDS
<i>oxaliplatino</i>	1	B/D PA
<i>paclitaxel</i>	1	B/D PA
PADCEV	1	PA; NDS
PEMAZYRE	1	PA; LA; QL (14/21); NDS
PERJETA	1	PA; NDS
PHESGO	1	PA; NDS
PIQRAY	1	PA; NDS
POLIVY	1	PA; NDS
POMALYST	1	PA; LA; QL (21/28); NDS
PORTRAZZA	1	B/D PA
POTELIGEO	1	PA; NDS
PROGRAF INTRAVENOSO	1	B/D PA
PROGRAF, PAQUETE DE GRÁNULOS ORALES	1	B/D PA
PURIXAN	1	NDS
QINLOCK	1	PA; LA; NDS
RETEVMO	1	PA; LA; NDS

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
REVLIMID	1	PA; LA; QL (28/28); NDS
ROMIDEPSIN, SOLUCIÓN INTRAVENOSA	1	PA; NDS
ROZLYTREK, CÁPSULAS ORALES, 100 MG	1	PA; QL (150/30); NDS
ROZLYTREK, CÁPSULAS ORALES, 200 MG	1	PA; QL (90/30); NDS
RUBRACA	1	PA; LA; QL (120/30); NDS
RUXIENCE	1	PA; NDS
RYBREVANT	1	PA; NDS
RYDAPT	1	PA; QL (240/30); NDS
RYLAZE	1	B/D PA; NDS
SANDIMMUNE, SOLUCIÓN ORAL	1	B/D PA
SANDOSTATIN LAR DEPOT, SUSPENSIÓN INTRAMUSCULAR, RECONST. DE LIB. PROLONGADA	1	PA; NDS
SARCLISA	1	PA; NDS
SIGNIFOR	1	PA; NDS
SIMULECT	1	NDS
<i>sirolimus, solución oral</i>	1	B/D PA; NDS
<i>sirolimus, comprimidos orales</i>	1	B/D PA
SOLTAMOX	1	NDS
SOMATULINE DEPOT	1	PA; NDS
SPRYCEL, COMPRIMIDOS ORALES, 100 MG, 140 MG, 50 MG, 80 MG	1	PA; QL (30/30); NDS
SPRYCEL, COMPRIMIDOS ORALES, 20 MG, 70 MG	1	PA; QL (60/30); NDS
STIVARGA	1	PA; QL (84/28); NDS
<i>sunitinib</i>	1	PA; QL (30/30); NDS
SUTENT	1	PA; QL (30/30); NDS

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

Cursiva minúscula = Medicamento genérico

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 10.

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
SYNRIBO	1	PA; NDS
TABLOID	1	
TABRECTA	1	PA; NDS
<i>tacrolimus oral</i>	1	B/D PA
TAFINLAR	1	PA; QL (120/30); NDS
TAGRISSO	1	PA; LA; QL (30/30); NDS
TALZENNA, CÁPSULAS ORALES, 0.25 MG	1	PA; QL (90/30); NDS
TALZENNA, CÁPSULAS ORALES, 1 MG	1	PA; QL (30/30); NDS
<i>tamoxifeno</i>	1	
TARGRETIN TÓPICO	1	PA; NDS
TASIGNA, CÁPSULAS ORALES, 150 MG, 200 MG	1	PA; QL (112/28); NDS
TASIGNA, CÁPSULAS ORALES, 50 MG	1	PA; QL (120/30); NDS
TAZVERIK	1	PA; LA; NDS
TECENTRIQ	1	PA; NDS
TEMODAR INTRAVENOSO	1	B/D PA; NDS
<i>temsirolimus</i>	1	B/D PA; NDS
TEPMETKO	1	PA; LA; QL (60/30); NDS
THALOMID, CÁPSULAS ORALES, 100 MG, 150 MG, 50 MG	1	PA; QL (28/28); NDS
THALOMID, CÁPSULAS ORALES, 200 MG	1	PA; QL (56/28); NDS
<i>tiotepa</i>	1	PA
TIBSOVO	1	PA; NDS
TIVDAK	1	PA; NDS
<i>toposar</i>	1	B/D PA
<i>topotecán, sol. para reconst. intravenosa</i>	1	B/D PA; NDS
<i>topotecán, solución intravenosa, 4 mg/4 ml (1 mg/ml)</i>	1	B/D PA
<i>toremifeno</i>	1	NDS

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
TRAZIMERA	1	PA; NDS
TREANDA	1	B/D PA; NDS
TRELSTAR, SUSPENSIÓN INTRAMUSCULAR PARA RECONSTITUCIÓN	1	PA; NDS
<i>tretinoína (antineoplásico)</i>	1	NDS
TRIPTODUR	1	PA; QL (1/168); NDS
TRODELVY	1	PA; NDS
TRUSELTIQ, CÁPSULAS ORALES, 100 MG/DÍA (100 MG X 1)	1	PA; LA; QL (21/28); NDS
TRUSELTIQ, CÁPSULAS ORALES, 125 MG/DÍA (100 MG X 1-25 MG X 1), 50 MG/DÍA (25 MG X 2)	1	PA; LA; QL (42/28); NDS
TRUSELTIQ, CÁPSULAS ORALES, 75 MG/DÍA (25 MG X 3)	1	PA; LA; QL (63/28); NDS
TRUXIMA	1	PA; NDS
TUKYSA, COMPRIMIDOS ORALES, 150 MG	1	PA; LA; QL (120/30); NDS
TUKYSA, COMPRIMIDOS ORALES, 50 MG	1	PA; LA; QL (300/30); NDS
TURALIO	1	PA; LA; NDS
TYKERB	1	PA; LA; QL (180/30); NDS
UKONIQ	1	PA; LA; QL (120/30); NDS
UNITUXIN	1	PA; NDS
<i>valrubicina</i>	1	B/D PA
VECTIBIX	1	PA; NDS
VELCADE	1	PA; NDS
VENCLEXTA, COMPRIMIDOS ORALES, 10 MG	1	PA; LA; QL (60/30)
VENCLEXTA, COMPRIMIDOS ORALES, 100 MG	1	PA; LA; QL (120/30); NDS
VENCLEXTA, COMPRIMIDOS ORALES, 50 MG	1	PA; LA; QL (30/30); NDS

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

Cursiva minúscula = Medicamento genérico

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 10.

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
VENCLEXTA, PAQUETE INICIAL	1	PA; LA; QL (42/30); NDS
VERZENIO	1	PA; LA; QL (60/30); NDS
<i>vinblastine</i>	1	B/D PA
<i>vincasar pfs</i>	1	B/D PA
<i>vincristina</i>	1	B/D PA
<i>vinorelbina</i>	1	B/D PA
VITRAKVI, CÁPSULAS ORALES, 100 MG	1	PA; LA; QL (60/30); NDS
VITRAKVI, CÁPSULAS ORALES, 25 MG	1	PA; LA; QL (180/30); NDS
VITRAKVI, SOLUCIÓN ORAL	1	PA; LA; QL (300/30); NDS
VIZIMPRO	1	PA; QL (30/30); NDS
VOTRIENT	1	PA; QL (120/30); NDS
VYXEOS	1	B/D PA; NDS
WELIREG	1	PA; LA; QL (90/30); NDS
XALKORI	1	PA; QL (60/30); NDS
XATMEP	1	PA
XOSPATA	1	PA; LA; NDS
XPOVIO, COMPRIMIDOS ORALES, 100 MG/SEMANA (50 MG X 2), 40 MG/SEMANA (40 MG X 1), 40 MG DOS VECES POR SEMANA (40 MG X 2), 60 MG/SEMANA (60 MG X 1), 60 MG DOS VECES POR SEMANA (120 MG/SEMANA), 80 MG/SEMANA (40 MG X 2), 80 MG DOS VECES POR SEMANA (160 MG/SEMANA)	1	PA; LA; NDS
XTANDI, CÁPSULAS ORALES	1	PA; QL (120/30); NDS
XTANDI, COMPRIMIDOS ORALES, 40 MG	1	PA; QL (120/30); NDS

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
XTANDI, COMPRIMIDOS ORALES, 80 MG	1	PA; QL (60/30); NDS
YERVOY	1	PA; NDS
YONDELIS	1	PA; NDS
ZALTRAP	1	B/D PA
ZANOSAR	1	B/D PA
ZEJULA	1	PA; LA; QL (90/30); NDS
ZELBORAF	1	PA; QL (240/30); NDS
ZEPZELCA	1	PA; NDS
ZIRABEV	1	PA; NDS
ZOLADEX	1	B/D PA
ZOLINZA	1	PA; QL (120/30); NDS
ZORTRESS, COMPRIMIDOS ORALES, 1 MG	1	B/D PA; NDS
ZYDELIG	1	PA; QL (60/30); NDS
ZYKADIA, COMPRIMIDOS ORALES	1	PA; QL (90/30); NDS
ZYNLONTA	1	PA; NDS

MEDICAMENTOS PARA EL SISTEMA NERVIOSO AUTÓNOMO/CENTRAL, NEUROLOGÍA/PSIC.

ANTICONVULSIVANTES

APTOM, COMPRIMIDOS ORALES, 200 MG	1	QL (180/30); NDS
APTOM, COMPRIMIDOS ORALES, 400 MG	1	QL (90/30); NDS
APTOM, COMPRIMIDOS ORALES, 600 MG, 800 MG	1	QL (60/30); NDS
BANZEL	1	PA; NDS
BRIVIACT INTRAVENOSO	1	NDS
BRIVIACT, SOLUCIÓN ORAL	1	QL (600/30); NDS
BRIVIACT, COMPRIMIDOS ORALES	1	QL (60/30); NDS
<i>carbamazepina, cápsulas orales, liberación prolongada, multifásica, 12 horas</i>	1	

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

Cursiva minúscula = Medicamento genérico

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 10.

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>carbamazepina, suspensión oral, 100 mg/5 ml, 200 mg/10 ml</i>	1	
<i>carbamazepina, comprimidos orales</i>	1	
<i>carbamazepina, comprimidos orales, liberación prolongada, 12 horas</i>	1	
<i>carbamazepina, comprimidos orales masticables</i>	1	
CELONTIN, CÁPSULAS ORALES, 300 MG	1	
<i>clobazam, suspensión oral</i>	1	PA; QL (480/30)
<i>clobazam, comprimidos orales</i>	1	PA; QL (60/30)
<i>clonazepam, comprimidos orales, 0.5 mg, 1 mg</i>	1	QL (90/30)
<i>clonazepam, comprimidos orales, 2 mg</i>	1	QL (300/30)
<i>clonazepam, comprimidos de desintegración oral, 0.125 mg, 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg</i>	1	QL (90/30)
<i>clonazepam, comprimidos de desintegración oral, 2 mg</i>	1	QL (300/30)
DIACOMIT, CÁPSULAS ORALES, 250 MG	1	PA; LA; QL (360/30)
DIACOMIT, CÁPSULAS ORALES, 500 MG	1	PA; LA; QL (180/30)
DIACOMIT, PAQUETE DE POLVO ORAL, 250 MG	1	PA; LA; QL (360/30)
DIACOMIT, PAQUETE DE POLVO ORAL, 500 MG	1	PA; LA; QL (180/30)
DIASTAT	1	
DIASTAT ACUDIAL	1	
<i>diazepam rectal</i>	1	
DILANTIN, 30 MG	1	
<i>divalproex</i>	1	
EPIDIOLEX	1	PA; LA; NDS
<i>epitol</i>	1	
<i>etosuximida</i>	1	
<i>felbamato, suspensión oral</i>	1	NDS

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>felbamato, comprimidos orales</i>	1	
FINTEPLA	1	PA; LA; NDS
<i>fosfenitoína</i>	1	
FYCOMPA, SUSPENSIÓN ORAL	1	QL (720/30)
FYCOMPA, COMPRIMIDOS ORALES, 10 MG, 12 MG, 8 MG	1	QL (30/30)
FYCOMPA, COMPRIMIDOS ORALES, 2 MG, 4 MG, 6 MG	1	QL (60/30)
<i>gabapentina, cápsulas orales, 100 mg, 400 mg</i>	1	QL (270/30)
<i>gabapentina, cápsulas orales, 300 mg</i>	1	QL (360/30)
<i>gabapentina, solución oral</i>	1	QL (2160/30)
<i>gabapentina, comprimidos orales, 600 mg</i>	1	QL (180/30)
<i>gabapentina, comprimidos orales, 800 mg</i>	1	QL (120/30)
<i>lamotrigina, comprimidos orales</i>	1	
<i>lamotrigina, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas</i>	1	
<i>lamotrigina, comprimidos orales masticables dispersables</i>	1	
<i>lamotrigina, comprimidos de desintegración oral</i>	1	
<i>levetiracetam en nacl (iso-osm.)</i>	1	
<i>levetiracetam intravenoso</i>	1	
<i>levetiracetam oral</i>	1	
LYRICA CR, COMPRIMIDOS ORALES DE LIBERACIÓN PROLONGADA, 24 HORAS, 165 MG, 82.5 MG	1	QL (30/30)
LYRICA CR, COMPRIMIDOS ORALES DE LIBERACIÓN PROLONGADA, 24 HORAS, 330 MG	1	QL (60/30)
NAYZILAM	1	PA; QL (10/30); NDS

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

Cursiva minúscula = Medicamento genérico

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 10.

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>oxcarbazepina</i>	1	
<i>fenobarbital, elixir oral</i>	1	PA; QL (1500/30)
<i>fenobarbital, comprimidos orales</i>	1	PA; QL (120/30)
<i>fenobarbital sódico, solución inyectable</i>	1	
<i>fenitoína, suspensión oral</i>	1	
<i>fenitoína, comprimidos orales masticables</i>	1	
<i>fenitoína sódica, liberación prolongada</i>	1	
<i>fenitoína sódica, solución intravenosa</i>	1	
<i>pregabalina, cápsulas orales, 100 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	1	QL (90/30)
<i>pregabalina, cápsulas orales, 225 mg, 300 mg</i>	1	QL (60/30)
<i>pregabalina, solución oral</i>	1	QL (900/30)
<i>pregabalina, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas, 165 mg, 82.5 mg</i>	1	QL (30/30)
<i>pregabalina, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas, 330 mg</i>	1	QL (60/30)
<i>primidona</i>	1	
<i>roweepra</i>	1	
<i>rufinamida</i>	1	PA; NDS
SPRITAM	1	
<i>subvenite</i>	1	
<i>subvenite, paquete inicial (azul)</i>	1	
<i>subvenite, paquete inicial (verde)</i>	1	
<i>subvenite, paquete inicial (naranja)</i>	1	
SYMPAZAN	1	PA; QL (60/30); NDS
<i>tiagabina</i>	1	
<i>topiramato, cápsulas orales, con gránulos</i>	1	PA

<i>topimarato, comprimidos orales</i>	1	PA
TROKENDI XR, CÁPSULAS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA, 24 HORAS, 100 MG, 25 MG, 50 MG	1	
TROKENDI XR, CÁPSULAS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA, 24 HORAS, 200 MG	1	NDS
<i>valproato sódico</i>	1	
<i>ácido valproico</i>	1	
<i>ácido valproico (como sal sódica)</i>	1	
VALTOCO	1	PA; QL (10/30); NDS
<i>vigabatrina</i>	1	PA; LA; QL (180/30); NDS
<i>vigadrone</i>	1	PA; LA; QL (180/30); NDS
VIMPAT INTRAVENOSO	1	QL (1200/30); NDS
VIMPAT, SOLUCIÓN ORAL	1	QL (1200/30); NDS
VIMPAT, COMPRIMIDOS ORALES, 100 MG, 150 MG, 200 MG	1	QL (60/30); NDS
VIMPAT, COMPRIMIDOS ORALES, 50 MG	1	QL (120/30)
XCOPRI	1	PA; NDS
XCOPRI, PAQUETE DE MANTENIMIENTO, COMPRIMIDOS ORALES, 250 MG/DÍA (150 MG X 1-100 MG X 1), 350 MG/DÍA (200 MG X 1-150 MG X 1)	1	PA; NDS
XCOPRI, PAQUETE DE AJUSTE DE DOSIS	1	PA
<i>zonisamida</i>	1	PA
AGENTES ANTIPARKINSONIANOS		
APOKYN	1	PA; LA; QL (60/30); NDS
<i>benzatropina inyectable</i>	1	
<i>benzatropina oral</i>	1	PA

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

Cursiva minúscula = Medicamento genérico

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 10.

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>bromocriptina</i>	1	
<i>carbidopa</i>	1	
<i>carbidopa-levodopa, comprimidos orales</i>	1	
<i>carbidopa-levodopa, comprimidos orales, liberación prolongada</i>	1	
<i>carbidopa-levodopa, comprimidos de desintegración oral</i>	1	
<i>carbidopa-levodopa-entacapona</i>	1	
<i>entacapona</i>	1	
KYNMOBI, PELÍCULA SUBLINGUAL, 10 MG, 15 MG, 20 MG, 25 MG, 30 MG	1	PA; QL (150/30); NDS
NEUPRO	1	
<i>pramipexol, comprimidos orales</i>	1	
<i>pramipexol, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas</i>	1	
<i>rasagilina</i>	1	
<i>ropinirol, comprimidos orales</i>	1	
RYTARY	1	ST
<i>clorhidrato de selegilina</i>	1	
<i>tolcapona</i>	1	NDS
<i>trihexifenidilo</i>	1	PA
TRATAMIENTO DE LA MIGRAÑA/CEFALEA EN RACIMOS		
AIMOVIG, AUTOINYECTOR	1	PA; QL (1/30)
<i>dihidroergotamina nasal</i>	1	PA; QL (8/28); NDS
<i>ergotamina-cafeína</i>	1	
<i>migergot</i>	1	NDS
<i>naratriptán</i>	1	QL (18/28)
<i>rizatriptán</i>	1	QL (36/28)
<i>sumatriptán, rociador nasal no aerosol, 20 mg/activación</i>	1	QL (18/28)
<i>sumatriptán, rociador nasal no aerosol, 5 mg/activación</i>	1	QL (36/28)
<i>succinato de sumatriptán oral</i>	1	QL (18/28)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>succinato de sumatriptán, subcutáneo en cartucho</i>	1	QL (8/28)
<i>succinato de sumatriptán, subcutáneo en lapicera</i>	1	QL (8/28)
<i>succinato de sumatriptán, solución subcutánea</i>	1	QL (8/28)
TRATAMIENTOS NEUROLÓGICOS VARIOS		
AUSTEDO, COMPRIMIDOS ORALES, 12 MG, 9 MG	1	PA; LA; QL (120/30); NDS
AUSTEDO, COMPRIMIDOS ORALES, 6 MG	1	PA; LA; QL (60/30); NDS
COPAXONE, JERINGA SUBCUTÁNEA, 20 MG/ML	1	PA; QL (30/30); NDS
COPAXONE, JERINGA SUBCUTÁNEA, 40 MG/ML	1	PA; QL (12/28); NDS
<i>dalfampridina</i>	1	PA; QL (60/30)
<i>dimetilfumarato, cápsulas orales, liberación retardada (dr/ec), 120 mg</i>	1	PA; QL (14/30); NDS
<i>dimetilfumarato, cápsulas orales, liberación retardada (dr/ec), 120 mg (14)-240 mg (46)</i>	1	PA; QL (120/180); NDS
<i>dimetilfumarato, cápsulas orales, liberación retardada (dr/ec), 240 mg</i>	1	PA; QL (60/30); NDS
<i>donepezilo, comprimidos orales, 10 mg</i>	1	QL (60/30)
<i>donepezilo, comprimidos orales, 23 mg</i>	1	
<i>donepezilo, comprimidos orales, 5 mg</i>	1	QL (30/30)
<i>donepezilo, comprimidos de desintegración oral, 10 mg</i>	1	QL (60/30)
<i>donepezilo, comprimidos de desintegración oral, 5 mg</i>	1	QL (30/30)
FIRDAPSE	1	PA; LA; NDS
<i>galantamina, cápsulas orales, píldoras de lib. prol., 24 horas</i>	1	QL (30/30)
<i>galantamina, solución oral</i>	1	QL (200/30)
<i>galantamina, comprimidos orales</i>	1	QL (60/30)

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

Cursiva minúscula = Medicamento genérico

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 10.

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
GILENYA, CÁPSULAS ORALES, 0.5 MG	1	PA; QL (30/30); NDS
<i>memantina, cápsulas orales con gránulos, lib. prolongada, 24 horas</i>	1	PA
<i>memantina, solución oral</i>	1	PA; QL (300/30)
<i>memantina, comprimidos orales, 10 mg</i>	1	PA; QL (60/30)
<i>memantina, comprimidos orales, 5 mg</i>	1	PA; QL (90/30)
<i>memantina, comprimidos orales, paquete dosificado</i>	1	PA; QL (98/28)
NAMZARIC	1	PA
NUDEXTA	1	PA; NDS
OCREVUS	1	PA; NDS
<i>rivastigmina</i>	1	
<i>tartrato de rivastigmina</i>	1	QL (60/30)
TECFIDERA, CÁPSULAS ORALES, LIBERACIÓN RETARDADA (DR/EC), 120 MG	1	PA; LA; QL (14/30); NDS
TECFIDERA, CÁPSULAS ORALES, LIBERACIÓN RETARDADA (DR/EC), 120 MG (14), 240 MG (46)	1	PA; LA; QL (120/180); NDS
TECFIDERA, CÁPSULAS ORALES, LIBERACIÓN RETARDADA (DR/EC), 240 MG	1	PA; LA; QL (60/30); NDS
<i>tetrabenazina, comprimidos orales, 12.5 mg</i>	1	PA; QL (240/30); NDS
<i>tetrabenazina, comprimidos orales, 25 mg</i>	1	PA; QL (120/30); NDS
TYSABRI	1	PA; NDS
RELAJANTES MUSCULARES/ TERAPIA ANTIESPASMÓDICA		
<i>baclofeno, comprimidos orales, 10 mg, 5 mg</i>	1	
<i>baclofeno, comprimidos orales, 20 mg</i>	1	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>ciclobenzaprina, comprimidos orales, 10 mg, 5 mg</i>	1	PA
<i>dantroleno oral</i>	1	
<i>metocarbamol oral</i>	1	PA
<i>bromuro de piridostigmina, jarabe oral</i>	1	NDS
<i>bromuro de piridostigmina, comprimidos orales, 60 mg</i>	1	
<i>bromuro de piridostigmina, comprimidos orales, liberación prolongada</i>	1	
<i>regonol</i>	1	
<i>tizanidina, cápsulas orales</i>	1	
<i>tizanidina, comprimidos orales</i>	1	
ANALGÉSICOS NARCÓTICOS		
<i>acetaminofeno-codeína, solución oral, 120 mg-12 mg/5 ml (5 ml), 120-12 mg/5 ml, 300 mg-30 mg/12.5 ml</i>	1	QL (4500/30); NDS
<i>acetaminofeno-codeína, comprimidos orales, 300-15 mg, 300-30 mg</i>	1	QL (360/30); NDS
<i>acetaminofeno-codeína, comprimidos orales, 300-60 mg</i>	1	QL (180/30); NDS
<i>clorhidrato de buprenorfina, inyectable</i>	1	NDS
<i>clorhidrato de buprenorfina sublingual</i>	1	PA
BUPRENORPHINE, PARCHE TRANSDÉRMICO SEMANAL, 10 MCG/HORA, 15 MCG/HORA, 20 MCG/HORA, 5 MCG/HORA	1	QL (4/28); NDS
<i>buprenorfina, parche transdérmico semanal, 7.5 mcg/hora</i>	1	QL (4/28); NDS
<i>endocet</i>	1	QL (360/30); NDS
<i>fentanilo</i>	1	QL (10/30); NDS
<i>citrato de fentanilo (pf), solución inyectable</i>	1	NDS

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

Cursiva minúscula = Medicamento genérico

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 10.

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>citrato de fentanilo (pf), jeringa inyectable, 50 mcg/ml</i>	1	NDS
<i>citrato de fentanilo (pf), jeringa intravenosa, 100 mcg/2 ml (50 mcg/ml)</i>	1	NDS
<i>citrato de fentanilo, pastilla bucal con aplicador</i>	1	PA; QL (120/30); NDS
<i>hidrocodona-acetaminofeno, solución oral, 7.5-325 mg/15 ml</i>	1	QL (5550/30); NDS
HYDROCODONE-ACETAMINOPHEN, COMPRIMIDOS ORALES, 10-300 MG, 7.5-300 MG	1	QL (390/30); NDS
<i>hidrocodona-acetaminofeno, comprimidos orales, 10-325 mg, 5-325 mg, 7.5-325 mg</i>	1	QL (360/30); NDS
<i>hidrocodona-ibuprofeno</i>	1	QL (50/30); NDS
<i>hidromorfona, líquido oral</i>	1	QL (2400/30); NDS
<i>hidromorfona, comprimidos orales</i>	1	QL (180/30); NDS
INFUMORPH P/F	1	B/D PA; NDS
<i>metadona, solución inyectable</i>	1	NDS
<i>metadona, intensol</i>	1	QL (90/30); NDS
<i>metadona, concentrado oral</i>	1	QL (90/30); NDS
<i>metadona, solución oral, 10 mg/5 ml</i>	1	QL (600/30); NDS
<i>metadona, solución oral, 5 mg/5 ml</i>	1	QL (1200/30); NDS
<i>metadona, comprimidos orales, 10 mg</i>	1	QL (120/30); NDS
<i>metadona, comprimidos orales, 5 mg</i>	1	QL (240/30); NDS
<i> morfina (pf), solución inyectable, 0.5 mg/ml, 1 mg/ml</i>	1	NDS
<i> morfina, solución oral concentrada</i>	1	QL (900/30); NDS
MORPHINE, SOLUCIÓN INYECTABLE, 10 MG/ML, 2 MG/ML, 4 MG/ML, 5 MG/ML	1	NDS
<i> morfina, solución inyectable, 8 mg/ml</i>	1	NDS

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
MORPHINE, JERINGA INYECTABLE, 2 MG/ML	1	NDS
<i> morfina, jeringa inyectable, 4 mg/ml</i>	1	NDS
<i> morfina, solución inyectable, 10 mg/ml</i>	1	NDS
MORPHINE, SOLUCIÓN INTRAVENOSA, 4 MG/ML, 8 MG/ML	1	NDS
MORPHINE, JERINGA INTRAVENOSA, 10 MG/ML, 8 MG/ML	1	NDS
<i> morfina, jeringa intravenosa, 2 mg/ml, 4 mg/ml</i>	1	NDS
<i> morfina, solución oral</i>	1	QL (900/30); NDS
MORPHINE, COMPRIMIDOS ORALES	1	QL (180/30); NDS
<i> morfina, comprimidos orales, liberación prolongada</i>	1	QL (120/30); NDS
<i> oxicodona, concentrado oral</i>	1	QL (180/30); NDS
<i> oxicodona, solución oral</i>	1	QL (1200/30); NDS
<i> oxicodona, comprimidos orales, 10 mg, 15 mg, 20 mg, 30 mg</i>	1	QL (180/30); NDS
<i> oxicodona, comprimidos orales, 5 mg</i>	1	QL (360/30); NDS
<i> oxicodona-acetaminofeno, comprimidos orales, 10-325 mg, 2.5-325 mg, 5-325 mg, 7.5-325 mg</i>	1	QL (360/30); NDS
<i> oximorfona, comprimidos orales, liberación prolongada, 12 horas</i>	1	QL (90/30); NDS
XTAMPZA ER	1	QL (90/30); NDS
ANALGÉSICOS NO NARCÓTICOS		
<i> buprenorfina-naloxona, película sublingual, 12-3 mg</i>	1	QL (60/30)
<i> buprenorfina-naloxona, película sublingual, 2-0.5 mg</i>	1	QL (360/30)
<i> buprenorfina-naloxona, película sublingual, 4-1 mg, 8-2 mg</i>	1	QL (90/30)

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

Cursiva minúscula = Medicamento genérico

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 10.

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>buprenorfina-naloxona, comprimidos sublinguales, 2-0.5 mg</i>	1	QL (360/30)
<i>buprenorfina-naloxona, comprimidos sublinguales, 8-2 mg</i>	1	QL (90/30)
<i>butorfanol nasal</i>	1	QL (10/28); NDS
<i>celecoxib</i>	1	QL (60/30)
<i>diclofenaco potásico, comprimidos orales, 50 mg</i>	1	
<i>diclofenaco sódico oral</i>	1	
<i>diclofenaco sódico, gotas tópicas</i>	1	QL (300/28)
<i>diclofenaco sódico, gel tópico al 1%</i>	1	QL (1000/28)
<i>diflunisal</i>	1	
<i>ec-naproxeno</i>	1	
<i>etodolaco</i>	1	
<i>flurbiprofeno, comprimidos orales, 100 mg</i>	1	
<i>ibu</i>	1	
<i>ibuprofeno, suspensión oral</i>	1	
<i>ibuprofeno, comprimidos orales, 400 mg, 600 mg, 800 mg</i>	1	
KLOXXADO	1	
<i>meloxicam, comprimidos orales, 15 mg</i>	1	
<i>meloxicam, comprimidos orales, 7.5 mg</i>	1	QL (60/30)
<i>nabumetona</i>	1	
<i>naloxona, solución inyectable</i>	1	
<i>naloxona, jeringa inyectable, 1 mg/ml</i>	1	
<i>naltrexona</i>	1	
<i>naproxeno, suspensión oral</i>	1	
<i>naproxeno, comprimidos orales</i>	1	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>naproxeno, comprimidos orales, liberación retardada (dr/ec)</i>	1	
<i>naproxeno sódico, comprimidos orales, 275 mg, 550 mg</i>	1	
NARCAN	1	
<i>oxaprozina</i>	1	
<i>salsalato</i>	1	
SUBOXONE, PELÍCULA SUBLINGUAL, 12-3 MG	1	QL (60/30)
SUBOXONE, PELÍCULA SUBLINGUAL, 2-0.5 MG	1	QL (360/30)
SUBOXONE, PELÍCULA SUBLINGUAL, 4-1 MG, 8-2 MG	1	QL (90/30)
<i>sulindaco</i>	1	
<i>tramadol, comprimidos orales, 50 mg</i>	1	QL (240/30); NDS
<i>tramadol-acetaminofeno</i>	1	QL (240/30); NDS
VIVITROL	1	NDS
ZUBSOLV, COMPRIMIDOS SUBLINGUALES, 0.7-0.18 MG, 1.4-0.36 MG, 11.4-2.9 MG, 2.9-0.71 MG, 5.7-1.4 MG	1	QL (30/30)
ZUBSOLV, COMPRIMIDOS SUBLINGUALES, 8.6-2.1 MG	1	QL (60/30)
MEDICAMENTOS PSICOTERAPÉUTICOS		
ABILIFY MAINTENA	1	NDS
ADASUVE	1	
<i>alprazolam, comprimidos orales, 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg</i>	1	QL (120/30)
<i>alprazolam, comprimidos orales, 2 mg</i>	1	QL (150/30)
<i>alprazolam, comprimidos de desintegración oral, 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg</i>	1	QL (90/30)
<i>alprazolam, comprimidos de desintegración oral, 2 mg</i>	1	QL (150/30)
<i>amitriptilina</i>	1	
<i>amoxapina</i>	1	
<i>aripiprazol, solución oral</i>	1	

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

Cursiva minúscula = Medicamento genérico

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 10.

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>aripirazol, comprimidos orales</i>	1	QL (30/30)
<i>aripirazol, comprimidos de desintegración oral</i>	1	QL (60/30); NDS
ARISTADA	1	NDS
ARISTADA INITIO	1	NDS
<i>armodafinil</i>	1	PA; QL (30/30)
<i>maleato de asenapina</i>	1	QL (60/30)
<i>atomoxetina, cápsulas orales, 10 mg, 18 mg, 25 mg, 40 mg</i>	1	QL (60/30)
<i>atomoxetina, cápsulas orales, 100 mg, 60 mg, 80 mg</i>	1	QL (30/30)
<i>clorhidrato de bupropión, comprimidos orales, 100 mg</i>	1	QL (120/30)
<i>clorhidrato de bupropión, comprimidos orales, 75 mg</i>	1	QL (180/30)
<i>clorhidrato de bupropión, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas, 150 mg</i>	1	QL (90/30)
<i>clorhidrato de bupropión, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas, 300 mg</i>	1	QL (30/30)
<i>clorhidrato de bupropión, comprimidos orales, liberación sostenida, 12 horas</i>	1	QL (60/30)
<i>buspirona</i>	1	
CAPLYTA	1	PA; QL (30/30); NDS
<i>clorpromazina inyectable</i>	1	
<i>clorpromazina, concentrado oral</i>	1	
<i>clorpromazina, comprimidos orales</i>	1	
<i>citalopram, solución oral</i>	1	
<i>citalopram, comprimidos orales</i>	1	
<i>clomipramina</i>	1	
<i>clorhidrato de clonidina, comprimidos orales, liberación prolongada, 12 horas</i>	1	
<i>clorazepato dipotásico, comprimidos orales, 15 mg</i>	1	QL (180/30)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>clorazepato dipotásico, comprimidos orales, 3.75 mg</i>	1	QL (90/30)
<i>clorazepato dipotásico, comprimidos orales, 7.5 mg</i>	1	QL (360/30)
<i>clozapina, comprimidos orales</i>	1	
<i>clozapina, comprimidos de desintegración oral</i>	1	
<i>desipramina</i>	1	
<i>succinato de desvenlafaxina</i>	1	QL (30/30)
<i>dexmetilfenidato, comprimidos orales</i>	1	
<i>dextroanfetamina, cápsulas orales, liberación prolongada</i>	1	
<i>dextroanfetamina, solución oral</i>	1	QL (1800/30)
<i>dextroanfetamina, comprimidos orales</i>	1	
<i>dextroanfetamina-anfetamina, cápsulas orales, liberación prolongada, 24 horas</i>	1	QL (60/30)
<i>dextroanfetamina-anfetamina, comprimidos orales, 10 mg</i>	1	QL (180/30)
<i>dextroanfetamina-anfetamina, comprimidos orales, 12.5 mg, 30 mg, 7.5 mg</i>	1	QL (60/30)
<i>dextroanfetamina-anfetamina, comprimidos orales, 15 mg</i>	1	QL (120/30)
<i>dextroanfetamina-anfetamina, comprimidos orales, 20 mg</i>	1	QL (90/30)
<i>dextroanfetamina-anfetamina, comprimidos orales, 5 mg</i>	1	QL (360/30)
<i>diazepam inyectable</i>	1	
<i>diazepam, intensol</i>	1	QL (240/30)
<i>diazepam, concentrado oral</i>	1	QL (240/30)
<i>diazepam, solución oral, 5 mg/5 ml (1 mg/ml)</i>	1	QL (1200/30)
<i>diazepam, comprimidos orales</i>	1	QL (120/30)
<i>doxepina, cápsulas orales</i>	1	
<i>doxepina, concentrado oral</i>	1	
<i>doxepina, comprimidos orales</i>	1	QL (30/30)

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

Cursiva minúscula = Medicamento genérico

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 10.

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
DRIZALMA, CÁPSULAS ORALES CON GRÁNULOS, LIB. RETARDADA, 20 MG, 30 MG, 60 MG	1	QL (60/30)
DRIZALMA, CÁPSULAS ORALES CON GRÁNULOS, LIB. RETARDADA, 40 MG	1	QL (90/30)
<i>duloxetina, cápsulas orales, liberación retardada (dr/ec), 20 mg, 30 mg, 60 mg</i>	1	QL (60/30)
EMSAM	1	QL (30/30); NDS
<i>oxalato de escitalopram, solución oral</i>	1	QL (600/30)
<i>oxalato de escitalopram, comprimidos orales</i>	1	
FANAPT, COMPRIMIDOS ORALES, 1 MG	1	PA; QL (60/30)
FANAPT, COMPRIMIDOS ORALES, 10 MG, 12 MG, 2 MG, 4 MG, 6 MG, 8 MG	1	PA; QL (60/30); NDS
FANAPT, COMPRIMIDOS ORALES, PAQUETE DOSIFICADO	1	PA; QL (8/28)
FETZIMA, CÁPSULAS ORALES, LIB. PROL., 24 HORAS, PAQUETE DOSIFICADO	1	ST; QL (28/28)
FETZIMA, CÁPSULAS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA, 24 HORAS	1	ST; QL (30/30)
<i>fluoxetina (trastorno disfórico premenstrual), comprimidos orales, 10 mg</i>	1	QL (30/30)
<i>fluoxetina (trastorno disfórico premenstrual), comprimidos orales, 20 mg</i>	1	
<i>fluoxetina, cápsulas orales, 10 mg</i>	1	QL (30/30)
<i>fluoxetina, cápsulas orales, 20 mg</i>	1	
<i>fluoxetina, cápsulas orales, 40 mg</i>	1	QL (60/30)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>fluoxetina, cápsulas orales, liberación retardada (dr/ec)</i>	1	QL (4/28)
<i>fluoxetina, solución oral</i>	1	
<i>fluoxetina, comprimidos orales, 10 mg</i>	1	QL (30/30)
<i>fluoxetina, comprimidos orales, 20 mg</i>	1	
<i>decanoato de flufenazina</i>	1	
<i>clorhidrato de flufenazina inyectable</i>	1	
<i>clorhidrato de flufenazina, concentrado oral</i>	1	
<i>clorhidrato de flufenazina, elixir oral</i>	1	
<i>clorhidrato de flufenazina, comprimidos orales</i>	1	
<i>fluvoxamina, comprimidos orales, 100 mg</i>	1	QL (90/30)
<i>fluvoxamina, comprimidos orales, 25 mg</i>	1	QL (30/30)
<i>fluvoxamina, comprimidos orales, 50 mg</i>	1	QL (60/30)
<i>decanoato de haloperidol</i>	1	
<i>lactato de haloperidol inyectable</i>	1	
<i>lactato de haloperidol oral</i>	1	
<i>haloperidol, comprimidos orales, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 5 mg</i>	1	
<i>haloperidol, comprimidos orales, 10 mg, 20 mg</i>	1	
HETLIOZ	1	PA; QL (30/30); NDS
<i>clorhidrato de imipramina</i>	1	
INVEGA SUSTENNA, JERINGA INTRAMUSCULAR, 117 MG/0.75 ML, 156 MG/ML, 234 MG/1.5 ML, 78 MG/0.5 ML	1	NDS
INVEGA SUSTENNA, JERINGA INTRAMUSCULAR, 39 MG/0.25 ML	1	

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

Cursiva minúscula = Medicamento genérico

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 10.

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
INVEGA TRINZA	1	NDS
LATUDA, COMPRIMIDOS ORALES, 120 MG, 20 MG, 40 MG, 60 MG	1	QL (30/30); NDS
LATUDA, COMPRIMIDOS ORALES, 80 MG	1	QL (60/30); NDS
<i>carbonato de litio</i>	1	
<i>lorazepam, solución inyectable</i>	1	
<i>lorazepam, jeringa inyectable, 2 mg/ml</i>	1	
<i>lorazepam, intensol</i>	1	QL (150/30)
<i>lorazepam, concentrado oral</i>	1	QL (150/30)
<i>lorazepam, comprimidos orales, 0.5 mg, 1 mg</i>	1	QL (90/30)
<i>lorazepam, comprimidos orales, 2 mg</i>	1	QL (150/30)
<i>succinato de loxapina</i>	1	
LYBALVI	1	PA; QL (30/30); NDS
<i>maprotilina</i>	1	
MARPLAN	1	QL (180/30)
<i>clorhidrato de metilfenidato, comprimidos orales</i>	1	QL (90/30)
<i>clorhidrato de metilfenidato, comprimidos orales, liberación prolongada</i>	1	
<i>clorhidrato de metilfenidato, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas, 18 mg, 18 mg (calificación bx), 27 mg, 27 mg (calificación bx), 36 mg, 36 mg (calificación bx), 54 mg, 54 mg (calificación bx)</i>	1	
<i>mirtazapina, comprimidos orales</i>	1	
<i>mirtazapina, comprimidos de desintegración oral</i>	1	QL (30/30)
<i>molindona</i>	1	
<i>nefazodona</i>	1	
<i>nortriptilina</i>	1	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
NUPLAZID, CÁPSULAS ORALES	1	PA; QL (30/30); NDS
NUPLAZID, COMPRIMIDOS ORALES, 10 MG	1	PA; QL (30/30); NDS
<i>olanzapina intramuscular</i>	1	QL (30/30)
<i>olanzapina, comprimidos orales</i>	1	
<i>olanzapina, comprimidos de desintegración oral</i>	1	QL (30/30)
<i>olanzapina-fluoxetina</i>	1	
<i>oxazepam</i>	1	QL (120/30)
<i>paliperidona, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas, 1.5 mg, 3 mg, 9 mg</i>	1	PA; QL (30/30)
<i>paliperidona, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas, 6 mg</i>	1	PA; QL (60/30)
<i>clorhidrato de paroxetina, suspensión oral</i>	1	ST; QL (900/30)
<i>clorhidrato de paroxetina, comprimidos orales</i>	1	
<i>clorhidrato de paroxetina, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas</i>	1	QL (60/30)
PAXIL, SUSPENSIÓN ORAL	1	ST; QL (900/30)
<i>perfenazina</i>	1	
<i>perfenazina-amitriptilina</i>	1	
PERSERIS	1	QL (1/30); NDS
<i>fenelzina</i>	1	
<i>pimozida</i>	1	
<i>protriptilina</i>	1	
<i>quetiapina, comprimidos orales, 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1	QL (90/30)
<i>quetiapina, comprimidos orales, 300 mg, 400 mg</i>	1	QL (60/30)
<i>quetiapina, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas, 150 mg, 200 mg</i>	1	QL (30/30)
<i>quetiapina, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas, 300 mg, 400 mg, 50 mg</i>	1	QL (60/30)

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

Cursiva minúscula = Medicamento genérico

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 10.

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>ramelteón</i>	1	QL (30/30)
REXULTI	1	QL (30/30); NDS
RISPERDAL CONSTA, SUSPENSIÓN INTRAMUSCULAR, RECONST. DE LIB. PROLONGADA, 12.5 MG/2 ML	1	
RISPERDAL CONSTA, SUSPENSIÓN INTRAMUSCULAR, RECONST. DE LIB. PROLONGADA, 25 MG/2 ML, 37.5 MG/2 ML, 50 MG/2 ML	1	NDS
<i>risperidona, solución oral</i>	1	
<i>risperidona, comprimidos orales, 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg</i>	1	QL (60/30)
<i>risperidona, comprimidos orales, 4 mg</i>	1	QL (120/30)
<i>risperidona, comprimidos de desintegración oral, 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg</i>	1	QL (60/30)
<i>risperidona, comprimidos de desintegración oral, 4 mg</i>	1	QL (120/30)
SAPHRIS	1	QL (60/30); NDS
SECUADO	1	QL (30/30)
<i>sertralina, concentrado oral</i>	1	
<i>sertralina, comprimidos orales</i>	1	
<i>temazepam</i>	1	QL (60/365)
<i>tioridazina</i>	1	
<i>tiotixeno</i>	1	
<i>tranilcipromina</i>	1	
<i>trazodona</i>	1	
<i>trifluoperazina</i>	1	
<i>trimipramina</i>	1	
TRINTELLIX	1	ST; QL (30/30)
<i>venlafaxina, cápsulas orales, liberación prolongada, 24 horas</i>	1	
<i>venlafaxina, comprimidos orales</i>	1	QL (90/30)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
VERSACLOZ	1	NDS
VIIBRYD, COMPRIMIDOS ORALES	1	ST; QL (30/30)
VIIBRYD, COMPRIMIDOS ORALES, PAQUETE DOSIFICADO, 10 MG (7), 20 MG (23)	1	ST; QL (30/30)
VRAYLAR, CÁPSULAS ORALES	1	PA; QL (30/30); NDS
VRAYLAR, CÁPSULAS ORALES, PAQUETE DOSIFICADO	1	PA; QL (7/30)
XYREM	1	PA; LA; QL (540/30); NDS
<i>zaleplon, cápsulas orales, 10 mg</i>	1	QL (60/30)
<i>zaleplon, cápsulas orales, 5 mg</i>	1	QL (30/30)
<i>clorhidrato de ziprasidona</i>	1	QL (60/30)
<i>mesilato de ziprasidona</i>	1	QL (6/30)
<i>zolpidem, comprimidos orales</i>	1	QL (30/30)
ZYPREXA RELPREVV	1	PA; NDS

CARDIOVASCULARES, HIPERTENSIÓN/LÍPIDOS

AGENTES ANTIARRÍTMICOS

<i>amiodarona, solución intravenosa</i>	1	B/D PA
<i>amiodarona oral</i>	1	
<i>dofetilida</i>	1	
<i>flecainida</i>	1	
<i>lidocaína (pf), jeringa intravenosa</i>	1	
<i>mexiletina</i>	1	
<i>pacerona, comprimidos orales, 100 mg, 200 mg, 400 mg</i>	1	
<i>propafenona, cápsulas orales, liberación prolongada, 12 horas</i>	1	
<i>propafenona, comprimidos orales</i>	1	
<i>sulfato de quinidina, comprimidos orales</i>	1	

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

Cursiva minúscula = Medicamento genérico

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 10.

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>sorine</i>	1	
<i>sotalol af</i>	1	
<i>sotalol oral</i>	1	
SOTYLIZE	1	
TRATAMIENTO ANTIHIPERTENSIVO		
<i>acebutolol</i>	1	
<i>aliskireno</i>	1	
<i>amilorida</i>	1	
<i>amilorida-hidroclorotiazida</i>	1	
<i>amlodipina</i>	1	
<i>amlodipina-benazepril</i>	1	
<i>amlodipina-valsartán</i>	1	
<i>amlodipina-valsartán-HCTZ</i>	1	
<i>atenolol</i>	1	
<i>atenolol-clortalidona</i>	1	
<i>benazepril</i>	1	
<i>benazepril-hidroclorotiazida</i>	1	
<i>betaxolol oral</i>	1	
BIDIL	1	
<i>fumarato de bisoprolol</i>	1	
<i>bisoprolol-hidroclorotiazida</i>	1	
<i>bumetanida inyectable</i>	1	
<i>bumetanida oral</i>	1	
BYSTOLIC	1	
<i>candesartán, comprimidos orales, 16 mg, 4 mg, 8 mg</i>	1	QL (60/30)
<i>candesartán, comprimidos orales, 32 mg</i>	1	QL (30/30)
<i>candesartán-hidroclorotiazida</i>	1	
<i>cartia xt</i>	1	
<i>carvedilol</i>	1	
<i>fosfato de carvedilol</i>	1	
<i>clorotiazida sódica</i>	1	
<i>clortalidona, comprimidos orales, 25 mg, 50 mg</i>	1	
<i>clonidina</i>	1	QL (4/28)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>clorhidrato de clonidina, comprimidos orales, 0.1 mg, 0.2 mg</i>	1	
<i>clorhidrato de clonidina, comprimidos orales, 0.3 mg</i>	1	
DEMSEER	1	PA; NDS
<i>clorhidrato de diltiazem intravenoso</i>	1	
<i>clorhidrato de diltiazem, cápsulas orales, liberación prolongada, 24 horas, degradable</i>	1	
<i>clorhidrato de diltiazem, cápsulas orales, liberación prolongada, 12 horas</i>	1	
<i>clorhidrato de diltiazem, cápsulas orales, liberación prolongada, 24 horas, 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg, 420 mg</i>	1	
<i>clorhidrato de diltiazem, cápsulas orales, liberación prolongada, 24 horas, 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg</i>	1	
<i>clorhidrato de diltiazem, comprimidos orales</i>	1	
<i>clorhidrato de diltiazem, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas</i>	1	
<i>dilt-xr</i>	1	
<i>doxazosina, comprimidos orales, 1 mg, 2 mg, 4 mg</i>	1	QL (30/30)
<i>doxazosina, comprimidos orales, 8 mg</i>	1	QL (60/30)
EDARBI	1	
EDARBYCLOR	1	
<i>maleato de enalapril, comprimidos orales</i>	1	
<i>enalapril-hidroclorotiazida</i>	1	
<i>etacrinato sódico</i>	1	
<i>felodipina</i>	1	

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

Cursiva minúscula = Medicamento genérico

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 10.

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>fosinopril</i>	1	
<i>fosinopril-hidroclorotiazida</i>	1	
<i>furosemida inyectable</i>	1	
<i>furosemida, solución oral, 10 mg/ml, 40 mg/5 ml (8 mg/ml)</i>	1	
<i>furosemida, comprimidos orales</i>	1	
<i>hidralazina inyectable</i>	1	
<i>hidralazina oral</i>	1	
<i>hidroclorotiazida</i>	1	
<i>indapamida</i>	1	
<i>irbesartán</i>	1	QL (30/30)
<i>irbesartán-hidroclorotiazida</i>	1	QL (30/30)
<i>isradipina</i>	1	
<i>labetalol oral</i>	1	
<i>lisinopril</i>	1	
<i>lisinopril-hidroclorotiazida</i>	1	
<i>losartán</i>	1	QL (60/30)
<i>losartán-hidroclorotiazida, comprimidos orales, 100-12.5 mg, 100-25 mg</i>	1	QL (30/30)
<i>losartán-hidroclorotiazida, comprimidos orales, 50-12.5 mg</i>	1	QL (60/30)
<i>matzim la</i>	1	
<i>metildopa</i>	1	
<i>metolazona</i>	1	
<i>succinato de metoprolol</i>	1	
<i>tartrato de metoprolol-hidroclorotiazida</i>	1	
<i>tartrato de metoprolol oral</i>	1	
<i>metirosina</i>	1	PA; NDS
<i>minoxidil oral</i>	1	
<i>moexipril</i>	1	
<i>nadolol</i>	1	
<i>nadolol-bendroflumetiazida, comprimidos orales, 80-5 mg</i>	1	
<i>nebivolol</i>	1	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>nicardipina, solución intravenosa</i>	1	
<i>nicardipina oral</i>	1	
<i>nifedipina, comprimidos orales, liberación prolongada</i>	1	
<i>nifedipina, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas</i>	1	
<i>nimodipina</i>	1	
<i>nisoldipina</i>	1	
<i>olmesartán</i>	1	
<i>olmesartán-hidroclorotiazida</i>	1	
<i>perindopril erbumina</i>	1	
<i>fenoxibenzamina</i>	1	NDS
<i>pindolol</i>	1	
<i>prazosina</i>	1	
<i>propranolol, cápsulas orales, liberación prolongada, 24 horas</i>	1	
<i>propranolol, solución oral</i>	1	
<i>propranolol, comprimidos orales</i>	1	
<i>propranolol-hidroclorotiazida</i>	1	
<i>quinapril</i>	1	
<i>quinapril-hidroclorotiazida</i>	1	
<i>ramipril</i>	1	
<i>espironolactona</i>	1	
<i>espironolactona-hidroclorotiazida</i>	1	
<i>taztia xt, cápsulas orales, liberación prolongada, 24 horas, 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg</i>	1	
TEKTURNA HCT	1	
<i>telmisartán</i>	1	
<i>telmisartán-amlodipina</i>	1	
<i>telmisartán-hidroclorotiazida</i>	1	
<i>terazosina, cápsulas orales, 1 mg, 2 mg, 5 mg</i>	1	QL (30/30)
<i>terazosina, cápsulas orales, 10 mg</i>	1	QL (60/30)

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

Cursiva minúscula = Medicamento genérico

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 10.

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>tiadylt, liberación prolongada</i>	1	
<i>maleato de timolol oral</i>	1	
<i>torsemida oral</i>	1	
<i>trandolapril</i>	1	
<i>triamtereno-hidroclorotiazida, cápsulas orales, 37.5-25 mg</i>	1	
<i>triamtereno-hidroclorotiazida, comprimidos orales</i>	1	
UPTRAVI, ORAL	1	PA; LA; NDS
<i>valsartán, comprimidos orales, 160 mg, 40 mg, 80 mg</i>	1	QL (60/30)
<i>valsartán, comprimidos orales, 320 mg</i>	1	QL (30/30)
<i>valsartán-hidroclorotiazida</i>	1	QL (30/30)
<i>verapamilo, solución intravenosa</i>	1	
<i>verapamilo, cápsulas orales, píldoras ct de lib. prol., 24 horas</i>	1	
<i>verapamilo, cápsulas orales, píldoras de lib. prol., 24 horas, 120 mg, 180 mg, 240 mg</i>	1	
VERAPAMIL, CÁPSULAS ORALES, PÍLDORAS DE LIB. PROL., 24 HORAS, 360 MG	1	
<i>verapamilo, comprimidos orales</i>	1	
<i>verapamilo, comprimidos orales, liberación prolongada</i>	1	
TRATAMIENTO DE COAGULACIÓN		
<i>ácido aminocaproico oral</i>	1	
<i>aspirina-dipiridamol</i>	1	
BRILINTA	1	QL (60/30)
<i>cilostazol</i>	1	
<i>clopidogrel, comprimidos orales, 300 mg</i>	1	
<i>clopidogrel, comprimidos orales, 75 mg</i>	1	QL (30/30)
<i>dipiridamol oral</i>	1	
ELIQUIS	1	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
ELIQUIS, TRATAMIENTO INICIAL PARA TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA/ EMBOLIA PULMONAR, 30 DÍAS	1	
<i>enoxaparina</i>	1	
<i>fondaparinux, jeringa subcutánea, 10 mg/0.8 ml, 5 mg/0.4 ml, 7.5 mg/0.6 ml</i>	1	NDS
<i>fondaparinux, jeringa subcutánea, 2.5 mg/0.5 ml</i>	1	
<i>heparina (porcina) en dext. al 5%, solución parenteral intravenosa, 20,000 unidades/500 ml (40 unidades/ml), 25,000 unidades/250 ml (100 unidades/ml), 25,000 unidades/500 ml (50 unidades/ml)</i>	1	
<i>heparina (porcina) en nacl (pf)</i>	1	
<i>heparina (porcina), solución inyectable</i>	1	
<i>heparina (porcina) en nacl al 0.45%, solución parenteral, intravenosa, 25,000 unidades/250 ml, 25,000 unidades/500 ml</i>	1	
<i>heparina, porcina (pf), jeringa inyectable, 5,000 unidades/0.5 ml</i>	1	
HEPARIN, PORCINA (PF), JERINGA INYECTABLE, 5,000 UNIDADES/ML	1	
<i>jantoven</i>	1	
<i>pentoxifilina</i>	1	
PRADAXA	1	
PRASUGREL	1	
PROMACTA, PAQUETE DE POLVO ORAL, 12.5 MG	1	PA; LA; QL (360/30); NDS
PROMACTA, PAQUETE DE POLVO ORAL, 25 MG	1	PA; LA; QL (180/30); NDS

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

Cursiva minúscula = Medicamento genérico

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 10.

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
PROMACTA, COMPRIMIDOS ORALES, 12.5 MG, 25 MG, 50 MG	1	PA; LA; QL (30/30); NDS
PROMACTA, COMPRIMIDOS ORALES, 75 MG	1	PA; LA; QL (60/30); NDS
<i>warfarina</i>	1	
XARELTO	1	
XARELTO, TRATAMIENTO INICIAL PARA TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA/ EMBOLIA PULMONAR, 30 DÍAS	1	

AGENTES PARA REDUCIR LOS LÍPIDOS/ EL COLESTEROL

<i>atorvastatina</i>	1	QL (30/30)
<i>colestiramina (con azúcar)</i>	1	
<i>colestiramina suave</i>	1	
<i>colesevelam</i>	1	
<i>colestipol</i>	1	
<i>ezetimiba</i>	1	QL (30/30)
<i>ezetimiba-simvastatina</i>	1	QL (30/30)
<i>fenofibrato, cápsulas orales micronizadas, 134 mg, 200 mg, 67 mg</i>	1	
<i>fenofibrato, comprimidos orales nanocristalizados, 145 mg, 48 mg</i>	1	
<i>fenofibrato, comprimidos orales, 160 mg, 54 mg</i>	1	
<i>ácido fenofibrato (colina)</i>	1	
<i>gemfibrozil</i>	1	
LIVALO	1	QL (30/30)
<i>lovastatina, comprimidos orales, 10 mg</i>	1	QL (30/30)
<i>lovastatina, comprimidos orales, 20 mg, 40 mg</i>	1	QL (60/30)
<i>niacina, comprimidos orales, 500 mg</i>	1	
<i>niacina, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas</i>	1	

<i>niacor</i>	1	
<i>ésteres etílicos de los ácidos omega 3</i>	1	
<i>pravastatina</i>	1	QL (30/30)
<i>prevalite</i>	1	
REPATHA	1	PA; QL (3/28)
REPATHA PUSHTRONEX	1	PA; QL (3.5/28)
REPATHA SURECLICK	1	PA; QL (3/28)
<i>rosuvastatina</i>	1	QL (30/30)
<i>simvastatina, comprimidos orales</i>	1	QL (30/30)
VASCEPA	1	

AGENTES CARDIOVASCULARES VARIOS

CORLANOR, COMPRIMIDOS ORALES	1	PA
<i>digitek</i>	1	
<i>digox</i>	1	
<i>digoxina, solución oral</i>	1	
<i>digoxina, comprimidos orales</i>	1	
ENTRESTO	1	QL (60/30)
LANOXIN, COMPRIMIDOS ORALES, 62.5 MCG (0.0625 MG)	1	
<i>ranolazina</i>	1	QL (60/30)
VYNDAMAX	1	PA; NDS
VYNDAQEL	1	PA; NDS

NITRATOS

<i>dinitrato de isosorbida, comprimidos orales</i>	1	
<i>mononitrato de isosorbida</i>	1	
MINITRAN	1	
<i>nitroglicerina intravenosa</i>	1	B/D PA
<i>nitroglicerina sublingual</i>	1	
<i>nitroglicerina, parche transdérmico, 24 horas</i>	1	
<i>nitroglicerina, translingual</i>	1	

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

Cursiva minúscula = Medicamento genérico

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 10.

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
PRODUCTOS DERMATOLÓGICOS/ TRATAMIENTO TÓPICO		
ANTIPSORIÁSICOS/ANTISEBORREICOS		
<i>acitretina</i>	1	PA
<i>calcipotrieno, cuero cabelludo</i>	1	QL (120/30)
<i>calcipotrieno, crema tópica</i>	1	QL (120/30)
<i>calcipotrieno, pomada tópica</i>	1	QL (120/30)
<i>calcitriol tópico</i>	1	
<i>sulfuro de selenio, loción tópica</i>	1	
SKYRIZI, LAPICERA PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA	1	PA; QL (1/28); NDS
SKYRIZI, JERINGA SUBCUTÁNEA, 150 MG/ML	1	PA; QL (1/28); NDS
SKYRIZI, KIT DE JERINGA SUBCUTÁNEA	1	PA; QL (2/28); NDS
STELARA, SOLUCIÓN SUBCUTÁNEA	1	PA; QL (0.5/28); NDS
STELARA, JERINGA SUBCUTÁNEA, 45 MG/0.5 ML	1	PA; QL (0.5/28); NDS
STELARA, JERINGA SUBCUTÁNEA, 90 MG/ML	1	PA; QL (1/28); NDS
TALTZ, JERINGA	1	PA; QL (4/28); NDS
PRODUCTOS DERMATOLÓGICOS VARIOS		
<i>lactato de amonio</i>	1	
DUPIXENT, LAPICERA PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA, 200 MG/1.14 ML	1	PA; QL (4.56/28); NDS
DUPIXENT, LAPICERA PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA, 300 MG/2 ML	1	PA; QL (8/28); NDS
DUPIXENT, JERINGA SUBCUTÁNEA, 200 MG/1.14 ML	1	PA; QL (4.56/28); NDS
DUPIXENT, JERINGA SUBCUTÁNEA, 300 MG/2 ML	1	PA; QL (8/28); NDS
FLUOROURACIL, CREMA TÓPICA, 0.5%	1	NDS
<i>fluorouracilo, crema tópica, 5%</i>	1	
<i>fluorouracilo, solución tópica</i>	1	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>glydo</i>	1	QL (60/30)
IMIQUIMOD, CREMA TÓPICA EN BOMBA DE DOSIS MEDIDAS	1	NDS
<i>imiquimod, crema tópica en paquete 3.75%</i>	1	NDS
<i>imiquimod, crema tópica en paquete 5%</i>	1	
<i>lidocaína (pf), solución inyectable</i>	1	
<i>clorhidrato de lidocaína, solución inyectable</i>	1	
<i>clorhidrato de lidocaína, laringotraqueal</i>	1	
<i>clorhidrato de lidocaína, gel para membrana mucosa</i>	1	QL (60/30)
<i>clorhidrato de lidocaína, gel para membrana mucosa en aplicador</i>	1	QL (60/30)
<i>clorhidrato de lidocaína, solución para membrana mucosa, 2%</i>	1	
<i>clorhidrato de lidocaína, solución para membrana mucosa, 4% (40 mg/ml)</i>	1	
<i>lidocaína, parche adhesivo tópico, medicado, 5%</i>	1	PA; QL (90/30)
<i>lidocaína, pomada tópica</i>	1	QL (50/30)
<i>lidocaína viscosa</i>	1	
<i>lidocaína-prilocaina, crema tópica</i>	1	QL (30/30)
<i>metoxaleno</i>	1	
PANRETIN	1	NDS
PICATO	1	NDS
<i>pimecrolimus</i>	1	QL (100/30)
<i>podofilox</i>	1	
REGRANEX	1	PA; NDS
SANTYL	1	
<i>sulfadiazina de plata</i>	1	
<i>ssd</i>	1	

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

Cursiva minúscula = Medicamento genérico

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 10.

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>tacrolimus</i> tópico	1	PA; QL (100/30)
VALCHLOR	1	PA; NDS
ZTLIDO	1	PA; QL (90/30)
TRATAMIENTO DEL ACNÉ		
<i>amnestem</i>	1	
<i>avita</i>	1	PA
<i>claravis</i>	1	
<i>clindacin</i> etz, paño tópico	1	QL (60/30)
<i>clindacin</i> p	1	QL (60/30)
<i>fosfato de clindamicina</i> , gel tópico	1	QL (120/30)
CLINDAMYCIN PHOSPHATE, GEL TÓPICO, UNA VEZ AL DÍA	1	QL (120/30)
<i>fosfato de clindamicina</i> , loción tópica	1	QL (120/30)
<i>fosfato de clindamicina</i> , solución tópica	1	QL (120/30)
<i>fosfato de clindamicina</i> , paño tópico	1	QL (60/30)
<i>eritromicina</i> , paños	1	
ERYTHROMYCIN CON ETANOL, GEL TÓPICO	1	
<i>eritromicina</i> con etanol, solución tópica	1	
<i>eritromicina</i> -peróxido de benzoilo	1	
<i>isotretinoína</i> , cápsulas orales, 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg	1	
<i>metronidazol</i> tópico	1	
<i>myorisan</i>	1	
<i>rosadan</i> , crema tópica	1	
<i>rosadan</i> , gel tópico	1	
<i>tazaroteno</i> , crema tópica	1	PA
TAZORAC	1	PA
<i>tretinoína</i> , microesferas	1	PA
<i>tretinoína</i> , crema tópica, 0.025%, 0.05%, 0.1%	1	PA

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>tretinoína</i> tópica, gel tópico, 0.01%	1	PA
<i>tretinoína</i> tópica, gel tópico, 0.025%, 0.05%	1	PA
<i>zenatane</i>	1	
ANTIBACTERIANOS TÓPICOS		
<i>gentamicina</i> tópica	1	
<i>mupirocina</i>	1	QL (44/30)
<i>mupirocina</i> cálcica	1	QL (30/30)
<i>sulfacetamida</i> sódica (acné)	1	
ANTIMICÓTICOS TÓPICOS		
<i>ciclodan</i> , solución tópica	1	
<i>ciclopirox</i> , crema tópica	1	QL (90/28)
<i>ciclopirox</i> , champú tópico	1	QL (120/28)
<i>ciclopirox</i> , solución tópica	1	
<i>ciclopirox</i> , suspensión tópica	1	QL (60/28)
<i>clotrimazol</i> , crema tópica	1	QL (45/28)
<i>clotrimazol</i> , solución tópica	1	QL (30/28)
<i>clotrimazol</i> -betametasona, crema tópica	1	QL (45/28)
<i>clotrimazol</i> -betametasona, loción tópica	1	QL (60/28)
<i>econazol</i>	1	QL (85/28)
<i>ketoconazol</i> , crema tópica	1	QL (60/28)
<i>ketoconazol</i> , champú tópico	1	QL (120/28)
<i>naftifine</i>	1	QL (60/28)
NAFTIN, GEL TÓPICO	1	QL (60/28)
<i>nyamyc</i>	1	
<i>nistatina</i> , crema tópica	1	QL (30/28)
<i>nistatina</i> , pomada tópica	1	QL (30/28)
<i>nistatina</i> , polvo tópico	1	
<i>nistatina</i> -triamcinolona	1	QL (60/28)
<i>nystop</i>	1	
ANTIVIRALES TÓPICOS		
<i>aciclovir</i> , pomada tópica	1	QL (30/30)
DENAVIR	1	NDS

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

Cursiva minúscula = Medicamento genérico

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 10.

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
CORTICOESTEROIDES TÓPICOS		
<i>ala-cort, crema tópica, 1%</i>	1	
<i>alclometasona</i>	1	
<i>dipropionato de betametasona</i>	1	
<i>valerato de betametasona, crema tópica</i>	1	
<i>valerato de betametasona, espuma tópica</i>	1	
<i>valerato de betametasona, loción tópica</i>	1	
<i>valerato de betametasona, pomada tópica</i>	1	
<i>betametasona, aumentada</i>	1	
<i>clobetasol, cuero cabelludo</i>	1	QL (100/28)
<i>clobetasol, crema tópica</i>	1	QL (120/28)
<i>clobetasol, espuma tópica</i>	1	QL (100/28)
<i>clobetasol, gel tópico</i>	1	QL (120/28)
<i>clobetasol, pomada tópica</i>	1	QL (120/28)
<i>clobetasol, champú tópico</i>	1	QL (236/28)
<i>clobetasol-emoliente, crema tópica</i>	1	QL (120/28)
<i>clobetasol-emoliente, espuma tópica</i>	1	QL (100/28)
CLOCORTOLONE PIVALATE	1	
<i>clodan</i>	1	QL (236/28)
<i>desonida, crema tópica</i>	1	
<i>desonida, loción tópica</i>	1	
<i>desonida, pomada tópica</i>	1	
<i>desoximetasona, crema tópica</i>	1	
<i>desoximetasona, gel tópico</i>	1	
<i>desoximetasona, pomada tópica</i>	1	
<i>fluocinolona y gorra de baño</i>	1	
<i>fluocinolona, crema tópica</i>	1	
<i>fluocinolona, aceite tópico</i>	1	
<i>fluocinolona, pomada tópica</i>	1	
<i>fluocinolona, solución tópica</i>	1	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>fluocinonida, crema tópica, 0.05%</i>	1	
<i>fluocinonida, crema tópica, 0.1%</i>	1	QL (120/30)
<i>fluocinonida, gel tópico</i>	1	QL (120/30)
<i>fluocinonida, pomada tópica</i>	1	QL (120/30)
<i>fluocinonida, solución tópica</i>	1	QL (120/30)
<i>propionato de fluticasona, crema tópica</i>	1	
<i>propionato de fluticasona, pomada tópica</i>	1	
<i>propionato de halobetasol, crema tópica</i>	1	
<i>propionato de halobetasol, pomada tópica</i>	1	
<i>butirato de hidrocortisona, crema tópica</i>	1	QL (120/30)
<i>butirato de hidrocortisona, pomada tópica</i>	1	
<i>butirato de hidrocortisona, solución tópica</i>	1	QL (120/30)
<i>butirato de hidrocortisona-emoliente</i>	1	QL (120/30)
<i>hidrocortisona, crema tópica, 1%, 2.5%</i>	1	
<i>hidrocortisona, loción tópica, 2.5%</i>	1	
<i>hidrocortisona, pomada tópica, 1%, 2.5%</i>	1	
<i>valerato de hidrocortisona</i>	1	
<i>mometasona tópica</i>	1	
<i>prednicarbato, pomada tópica</i>	1	
<i>triamcinolona acetónida, crema tópica, 0.025%, 0.5%</i>	1	
<i>triamcinolona acetónida, crema tópica, 0.1%</i>	1	
<i>triamcinolona acetónida, loción tópica</i>	1	
<i>triamcinolona acetónida, pomada tópica</i>	1	

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

Cursiva minúscula = Medicamento genérico

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 10.

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>triderm, crema tópica, 0.1%</i>	1	
<i>tritocin</i>	1	
ESCABICIDAS/PEDICULICIDAS TÓPICOS		
<i>lindano, champú tópico</i>	1	
<i>malatión</i>	1	
<i>permetrina</i>	1	
PRODUCTOS DE DIAGNÓSTICO/AGENTES VARIOS		
SOLUCIONES DE IRRIGACIÓN		
<i>irrigación de solución de lactato sódico compuesta</i>	1	
<i>neomicina-polimixina b gu</i>	1	
<i>irrigación de solución de lactato sódico compuesta</i>	1	
<i>tis-u-sol pentalito</i>	1	
AGENTES VARIOS		
<i>acamprosato</i>	1	
<i>anagrelida</i>	1	
ARALAST NP	1	LA; NDS
AURYXIA	1	PA; QL (360/30); NDS
CARBAGLU	1	PA; LA; NDS
CARNITOR INTRAVENOSO	1	B/D PA; NDS
CHEMET	1	PA
CLINIMIX, 4.25%/D5W, SIN SULFITOS	1	B/D PA
<i>d al 10%-cloruro de sodio al 0.45%</i>	1	
<i>d al 2.5%-cloruro de sodio al 0.45%</i>	1	
<i>d al 5% y cloruro de sodio al 0.9%</i>	1	
<i>d al 5%-cloruro de sodio al 0.45%</i>	1	
<i>deferasirox, paquete de gránulos orales</i>	1	PA; NDS
<i>deferasirox, comprimidos orales</i>	1	PA; NDS
<i>deferiprona</i>	1	PA; NDS

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>dextrosa al 10% y nacl al 0.2%</i>	1	
DEXTROSE AL 10% EN AGUA (D10W)	1	
<i>dextrosa al 25% en agua (d25w)</i>	1	
<i>dextrosa al 30% en agua (d30w)</i>	1	
DEXTROSE 5% IN WATER (D5W), SOLUCIÓN PARENTERAL INTRAVENOSA	1	
<i>dextrosa al 5% en agua (d5w), infusión secundaria intravenosa</i>	1	
<i>dextrosa al 5%-solución de lactato sódico compuesta</i>	1	
<i>dextrosa al 5%-cloruro de sodio al 0.2%</i>	1	
<i>dextrosa al 5%-cloruro de sodio al 0.3%</i>	1	
<i>dextrosa al 50% en agua (d50w)</i>	1	
<i>dextrosa al 70% en agua (d70w)</i>	1	
<i>disulfiram</i>	1	
<i>droxidopa, cápsulas orales, 100 mg</i>	1	PA; QL (90/30)
<i>droxidopa, cápsulas orales, 200 mg, 300 mg</i>	1	PA; QL (180/30)
FERRIPROX	1	PA; NDS
FERRIPROX (2 VECES POR DÍA)	1	PA; NDS
INCRELEX	1	PA; LA
<i>levocarnitina (con azúcar)</i>	1	
<i>levocarnitina, solución oral, 100 mg/ml</i>	1	
<i>levocarnitina, comprimidos orales</i>	1	
LOKELMA	1	
<i>midodrina</i>	1	
<i>nitisinona</i>	1	NDS

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

Cursiva minúscula = Medicamento genérico

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 10.

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
NORTHERA, CÁPSULAS ORALES, 100 MG	1	PA; QL (90/30); NDS
NORTHERA, CÁPSULAS ORALES, 200 MG, 300 MG	1	PA; QL (180/30); NDS
<i>clorhidrato de pilocarpina oral</i>	1	
PROLASTIN-C	1	PA; LA; NDS
<i>riluzol</i>	1	
<i>risedronato, comprimidos orales, 30 mg</i>	1	QL (30/30)
SEVELAMER CARBONATE, PAQUETE DE POLVO ORAL	1	NDS
SEVELAMER CARBONATE, COMPRIMIDOS ORALES	1	
<i>cloruro de sodio al 0.9%, intravenoso</i>	1	
<i>cloruro de sodio para irrigación</i>	1	
<i>fenilbutirato sódico</i>	1	PA; NDS
<i>sulfonato de poliestireno sódico, polvo oral</i>	1	
<i>sps (con sorbitol)</i>	1	
<i>trientina</i>	1	PA; QL (240/30); NDS
VELTASSA	1	
<i>agua para irrigación, estéril</i>	1	
XIAFLEX	1	PA; NDS
ZEMAIRA	1	LA; NDS
<i>ácido zoledrónico-manitol-agua, infusión secundaria intravenosa, 5 mg/100 ml</i>	1	B/D PA
AGENTES PARA DEJAR DE FUMAR		
<i>clorhidrato de bupropión (agente para dejar de fumar)</i>	1	QL (60/30)
CHANTIX	1	
CHANTIX, PAQUETE MENSUAL DE CONTINUACIÓN	1	
CHANTIX, PAQUETE MENSUAL INICIAL	1	
NICOTROL	1	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
NICOTROL NS	1	
<i>vareniclina</i>	1	
MEDICAMENTOS PARA NARIZ, GARGANTA Y OÍDO		
AGENTES VARIOS		
<i>azelastina nasal</i>	1	QL (60/30)
<i>gluconato de clorhexidina, membrana mucosa</i>	1	
<i>fluoruro (de sodio), pasta dental</i>	1	
<i>bromuro de ipratropio nasal</i>	1	QL (30/30)
<i>oralone</i>	1	
<i>paroex, enjuague bucal</i>	1	
<i>fluoruro de sodio 5000 para sequedad en la boca</i>	1	
<i>fluoruro de sodio-nitrato potásico</i>	1	
<i>triamcinolona acetona, pasta dental</i>	1	
PREPARACIONES ÓTICAS VARIAS		
<i>ácido acético ótico (oído)</i>	1	
<i>flac, aceite ótico</i>	1	
<i>fluocinolona acetona, aceite</i>	1	
<i>hidrocortisona-ácido acético</i>	1	
<i>ofloxacina ótica (oídos)</i>	1	
ESTEROIDES/ANTIBIÓTICOS ÓTICOS		
CIPRO HC	1	
CIPRODEX	1	
<i>ciprofloxacina-dexametasona</i>	1	
CORTISPORIN-TC	1	
<i>neomicina-polimixina-hidrocortisona ótica (oído)</i>	1	
SISTEMA ENDOCRINO/DIABETES		
HORMONAS SUPRARRENALES		
DEPO-MEDROL	1	
<i>dexametasona, intensol</i>	1	
<i>dexametasona, elixir oral</i>	1	
<i>dexametasona, solución oral</i>	1	

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

Cursiva minúscula = Medicamento genérico

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 10.

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
dexametasona, comprimidos orales, 0.5 mg, 0.75 mg, 4 mg	1	
dexametasona, comprimidos orales, 1 mg, 1.5 mg, 2 mg, 6 mg	1	
fosfato sódico de dexametasona (pf), solución inyectable	1	
fosfato sódico de dexametasona, solución inyectable	1	
fludrocortisona	1	
hidrocortisona oral	1	
MEDROL, COMPRIMIDOS ORALES, 2 MG	1	
metilprednisolona	1	
acetato de metilprednisolona	1	
succinato sódico de metilprednisolona, sol. para reconst. inyect., 125 mg, 40 mg	1	
succinato sódico de metilprednisolona intravenoso	1	
prednisolona, solución oral	1	
fosfato sódico de prednisolona, solución oral, 15 mg/5 ml (3 mg/ml), 15 mg/5 ml (5 mg/ml), 25 mg/5 ml (5 mg/ml), 5 mg base/5 ml (6.7 mg/5 ml)	1	
prednisona, intenosol	1	
prednisona, solución oral	1	
prednisona, comprimidos orales, 1 mg, 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg	1	B/D PA
prednisona, comprimidos orales, 50 mg	1	B/D PA
prednisona, comprimidos orales, paquete dosificado	1	
SOLU-CORTEF ACT-O-VIAL (PF)	1	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
triamcinolona acetona, suspensión inyectable, 40 mg/ml	1	
AGENTES ANTITIROIDEOS		
metimazol, comprimidos orales, 10 mg, 5 mg	1	
propiltiouracilo	1	
TRATAMIENTO DE LA DIABETES		
acarbose, comprimidos orales, 100 mg	1	QL (90/30)
acarbose, comprimidos orales, 25 mg	1	QL (360/30)
acarbose, comprimidos orales, 50 mg	1	QL (180/30)
PAÑOS CON ALCOHOL	1	
BAQSIMI	1	
BD, AGUJA PARA LAPICERA	1	QL (200/30)
BYDUREON BCISE	1	QL (4/28)
CYCLOSET	1	QL (180/30)
diazoxida	1	
FARXIGA, COMPRIMIDOS ORALES, 10 MG	1	QL (30/30)
FARXIGA, COMPRIMIDOS ORALES, 5 MG	1	QL (60/30)
GASAS, 2 X 2	1	
glimepirida, comprimidos orales, 1 mg	1	QL (240/30)
glimepirida, comprimidos orales, 2 mg	1	QL (120/30)
glimepirida, comprimidos orales, 4 mg	1	QL (60/30)
glipizida, comprimidos orales, 10 mg	1	QL (120/30)
glipizida, comprimidos orales, 5 mg	1	QL (240/30)
glipizida, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas, 10 mg	1	QL (60/30)

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

Cursiva minúscula = Medicamento genérico

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 10.

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>glipizida, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas, 2.5 mg</i>	1	QL (240/30)
<i>glipizida, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas, 5 mg</i>	1	QL (120/30)
<i>glipizida-metformina, comprimidos orales, 2.5-250 mg</i>	1	QL (240/30)
<i>glipizida-metformina, comprimidos orales, 2.5-500 mg, 5-500 mg</i>	1	QL (120/30)
GLUCAGEN HYPOKIT	1	
GLUCAGON (HCL), KIT DE EMERGENCIAS	1	
GLUCAGON, KIT DE EMERGENCIAS (HUMANO)	1	
GLYXAMBI	1	QL (30/30)
GVOKE HYPOPEN, PAQUETE DE 1	1	
GVOKE HYPOPEN, PAQUETE DE 2	1	
GVOKE PFS, PAQUETE CON 1 JERINGA	1	
GVOKE PFS, PAQUETE CON 2 JERINGAS	1	
HUMALOG JUNIOR KWIKPEN U-100	1	
HUMALOG KWIKPEN, INSULINA	1	
HUMALOG MIX 50-50, INSULINA U-100	1	
HUMALOG MIX 50-50 KWIKPEN	1	
HUMALOG MIX 75-25 KWIKPEN	1	
HUMALOG MIX 75-25 (U-100), INSULINA	1	
HUMALOG U-100, INSULINA	1	
HUMULIN 70/30 U-100, INSULINA	1	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
HUMULIN 70/30 U-100 KWIKPEN	1	
HUMULIN N NPH, INSULINA KWIKPEN	1	
HUMULIN N NPH U-100, INSULINA	1	
HUMULIN R REGULAR U-100, INSULINA	1	
HUMULIN R U-500 (CONC) INSULINA	1	B/D PA; NDS
HUMULIN R U-500 (CONC) KWIKPEN	1	NDS
INSULINA, AGUJA PARA LAPICERA	1	QL (200/30)
JERINGA PARA INSULINA (DES.), U-100 0.3 ML, 1 ML, 1/2 ML	1	QL (200/30)
INVOKAMET	1	QL (60/30)
INVOKAMET XR	1	QL (60/30)
INVOKANA	1	QL (30/30)
JANUMET	1	QL (60/30)
JANUMET XR, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA, MULTIFÁSICA, 24 HORAS, 100-1,000 MG	1	QL (30/30)
JANUMET XR, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA, MULTIFÁSICA, 24 HORAS, 50-1,000 MG, 50-500 MG	1	QL (60/30)
JANUVIA	1	QL (30/30)
JARDIANCE	1	QL (30/30)
JENTADUETO	1	QL (60/30)
JENTADUETO XR, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN INMEDIATA-LIBERACIÓN PROLONGADA, BIFÁSICA, 24 HORAS, 2.5-1,000 MG	1	QL (60/30)

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

Cursiva minúscula = Medicamento genérico

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 10.

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
JENTADUETO XR, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN INMEDIATA-LIBERACIÓN PROLONGADA, BIFÁSICA, 24 HORAS, 5-1,000 MG	1	QL (30/30)
LANTUS SOLOSTAR U-100, INSULINA	1	
LANTUS U-100, INSULINA	1	
LEVEMIR FLEXTOUCH U-100, INSULINA	1	
LEVEMIR U-100, INSULINA	1	
LYUMJEV KWIKPEN U-100, INSULINA	1	
LYUMJEV KWIKPEN U-200, INSULINA	1	
LYUMJEV U-100, INSULINA	1	
METFORMIN, SOLUCIÓN ORAL	1	QL (750/30)
<i>metformina, comprimidos orales, 1,000 mg</i>	1	QL (75/30)
<i>metformina, comprimidos orales, 500 mg</i>	1	QL (150/30)
<i>metformina, comprimidos orales, 850 mg</i>	1	QL (90/30)
<i>metformina, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas, 500 mg (genérico de Glucophage XR)</i>	1	QL (120/30)
<i>metformina, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas, 750 mg (genérico de Glucophage XR)</i>	1	QL (60/30)
<i>metformina, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas, 1,000 mg</i>	1	QL (60/30)
<i>metformina, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas, 500 mg</i>	1	QL (150/30)
<i>miglitol, comprimidos orales, 100 mg</i>	1	QL (90/30)

<i>miglitol, comprimidos orales, 25 mg</i>	1	QL (360/30)
<i>miglitol, comprimidos orales, 50 mg</i>	1	QL (180/30)
<i>nateglinida, comprimidos orales, 120 mg</i>	1	QL (90/30)
<i>nateglinida, comprimidos orales, 60 mg</i>	1	QL (180/30)
AGUJAS, INSULINA DES., DE SEGURIDAD	1	QL (200/30)
NOVOFINE, AGUJA PARA LAPICERA	1	QL (200/30)
NOVOTWIST, AGUJA PARA LAPICERA	1	QL (200/30)
OMNIPOD, PAQUETE DE 5	1	QL (30/30)
OMNIPOD DASH, PAQUETE DE 5	1	QL (30/30)
OMNIPOD, PAQUETE INICIAL	1	QL (1/365)
OZEMPIC, LAPICERA PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA, 0.25 MG O 0.5 MG (2 MG/1.5 ML)	1	QL (1.5/28)
OZEMPIC, LAPICERA PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA, 1 MG/DOSIS (2 MG/1.5 ML, 1 MG/DOSIS (4 MG/3 ML)	1	QL (3/28)
<i>pioglitazona</i>	1	QL (30/30)
<i>pioglitazona-metformina</i>	1	QL (90/30)
PROGLYCEM	1	NDS
<i>repaglinida, comprimidos orales, 0.5 mg</i>	1	QL (960/30)
<i>repaglinida, comprimidos orales, 1 mg</i>	1	QL (480/30)
<i>repaglinida, comprimidos orales, 2 mg</i>	1	QL (240/30)
RIOMET	1	QL (765/30)
RIOMET, LIBERACIÓN PROLONGADA	1	QL (600/30)
RYBELSUS	1	QL (30/30)
SOLQUA 100/33	1	QL (15/30)

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

Cursiva minúscula = Medicamento genérico

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 10.

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
SYMLINPEN 120	1	PA; QL (10.8/30); NDS
SYMLINPEN 60	1	PA; QL (6/30); NDS
SYNJARDY	1	QL (60/30)
SYNJARDY XR, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN INMEDIATA-LIBERACIÓN PROLONGADA, BIFÁSICA, 24 HORAS, 10-1,000 MG, 12.5-1,000 MG, 5-1,000 MG	1	QL (60/30)
SYNJARDY XR, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN INMEDIATA-LIBERACIÓN PROLONGADA, BIFÁSICA, 24 HORAS, 25-1,000 MG	1	QL (30/30)
TECHLITE, AGUJA PARA LAPICERA	1	QL (200/30)
TOUJEO MAX U-300 SOLOSTAR	1	
TOUJEO SOLOSTAR U-300, INSULINA	1	
TRADJENTA	1	QL (30/30)
TRESIBA FLEXTOUCH U-100	1	
TRESIBA FLEXTOUCH U-200	1	
TRESIBA U-100, INSULINA	1	
TRIJARDY XR, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN INMEDIATA-LIBERACIÓN PROLONGADA, BIFÁSICA, 24 HORAS, 10-5-1,000 MG, 25-5-1,000 MG	1	QL (30/30)
TRIJARDY XR, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN INMEDIATA-LIBERACIÓN PROLONGADA, BIFÁSICA, 24 HORAS, 12.5-2.5-1,000 MG, 5-2.5-1,000 MG	1	QL (60/30)
TRULICITY	1	QL (2/28)
V-GO 20	1	
V-GO 30	1	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
V-GO 40	1	
VICTOZA 2-PAK	1	QL (9/30)
VICTOZA 3-PAK	1	QL (9/30)
XIGDUO XR, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN INMEDIATA-LIBERACIÓN PROLONGADA, BIFÁSICA, 24 HORAS, 10-1,000 MG, 10-500 MG	1	QL (30/30)
XIGDUO XR, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN INMEDIATA-LIBERACIÓN PROLONGADA, BIFÁSICA, 24 HORAS, 2.5-1,000 MG, 5-1,000 MG, 5-500 MG	1	QL (60/30)
XULTOPHY 100/3.6	1	QL (15/30)
HORMONAS VARIAS		
ALDURAZYME	1	PA; NDS
<i>cabergolina</i>	1	
<i>calcitonina (salmón), inyección</i>	1	NDS
<i>calcitonina (salmón), nasal</i>	1	
<i>calcitriol, solución intravenosa, 1 mcg/ml</i>	1	
<i>calcitriol oral</i>	1	
CEREZYME, SOL. PARA RECONST. INTRAVENOSA, 400 UNIDADES	1	PA; NDS
CHORIONIC GONADOTROPIN, HUMANA INTRAMUSCULAR	1	PA
<i>cinacalcet, comprimidos orales, 30 mg, 60 mg</i>	1	QL (60/30)
<i>cinacalcet, comprimidos orales, 90 mg</i>	1	QL (120/30)
<i>danazol</i>	1	
<i>desmopresina inyectable</i>	1	NDS
<i>desmopresina, rociador nasal con bomba</i>	1	
<i>desmopresina, rociador nasal no aerosol, 10 mcg/aplicación (0.1 ml)</i>	1	

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

Cursiva minúscula = Medicamento genérico

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 10.

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>desmopresina oral</i>	1	
<i>doxercalciferol</i>	1	
ELAPRASE	1	PA; NDS
FABRAZYME	1	NDS
KORLYM	1	PA; QL (120/30); NDS
KUVAN	1	PA; NDS
LUMIZYME	1	PA; NDS
MIACALCIN INYECTABLE	1	NDS
<i>miglustato</i>	1	LA; NDS
NAGLAZYME	1	PA; NDS
NATPARA	1	PA; LA; QL (2/28); NDS
<i>oxandrolona, comprimidos orales, 10 mg</i>	1	PA; QL (60/30)
<i>oxandrolona, comprimidos orales, 2.5 mg</i>	1	PA; QL (120/30)
<i>pamidronato, solución intravenosa</i>	1	
<i>paricalcitol oral</i>	1	
SAMSCA, COMPRIMIDOS ORALES, 15 MG	1	PA; QL (30/30); NDS
SAMSCA, COMPRIMIDOS ORALES, 30 MG	1	PA; QL (60/30); NDS
<i>sapropterina</i>	1	PA; NDS
SOMAVERT	1	PA; QL (30/30); NDS
SYNAREL	1	NDS
<i>cipionato de testosterona, aceite intramuscular, 100 mg/ml, 200 mg/ml (1 ml)</i>	1	
TESTOSTERONE CYPIONATE, ACEITE INTRAMUSCULAR, 200 MG/ML	1	
<i>enantato de testosterona</i>	1	
<i>testosterona, gel transdérmico</i>	1	PA; QL (300/30)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>testosterona, gel transdérmico en bomba con dosis medidas, 12.5 mg/1.25 gramos (1%)</i>	1	PA; QL (300/30)
<i>testosterona, gel transdérmico en paquete, 1% (25 mg/2.5 gramos), 1% (50 mg/5 gramos)</i>	1	PA; QL (300/30)
<i>tolvaptán, comprimidos orales, 30 mg</i>	1	PA; QL (60/30); NDS
<i>ácido zoledrónico, solución intravenosa</i>	1	B/D PA
<i>ácido zoledrónico-manitol-agua, infusión secundaria intravenosa, 4 mg/100 ml</i>	1	B/D PA
ZOLEDRONIC AC-MANNITOL-0.9NACL	1	B/D PA

HORMONAS TIROIDEAS

EUTHYROX	1	
LEVO-T	1	
<i>levotiroxina, comprimidos orales</i>	1	
<i>levoxyl, comprimidos orales, 100 mcg, 112 mcg, 175 mcg</i>	1	
LEVOXYL, COMPRIMIDOS ORALES, 125 MCG, 137 MCG, 150 MCG, 200 MCG, 25 MCG, 50 MCG, 75 MCG, 88 MCG	1	
<i>liotironina oral</i>	1	
SYNTHROID	1	
UNITHROID, COMPRIMIDOS ORALES, 100 MCG, 112 MCG, 125 MCG, 150 MCG, 175 MCG, 200 MCG, 25 MCG, 300 MCG, 50 MCG, 75 MCG, 88 MCG	1	
<i>unithroid, comprimidos orales, 137 mcg</i>	1	

GASTROENTEROLOGÍA

ANTIDIARREICOS/ANTIESPASMÓDICOS

<i>atropina, solución inyectable, 0.4 mg/ml</i>	1	
---	---	--

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

Cursiva minúscula = Medicamento genérico

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 10.

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>atropina, jeringa inyectable, 0.05 mg/ml, 0.1 mg/ml</i>	1	
<i>diciclomina, cápsulas orales</i>	1	
<i>diciclomina, solución oral</i>	1	
<i>diciclomina, comprimidos orales</i>	1	
<i>difenoxilato-atropina, líquido oral</i>	1	
<i>difenoxilato-atropina, comprimidos orales</i>	1	
GLYCOPYRROLATE (PF) IN WATER, INYECTABLE	1	
<i>glicopirronio (pf) en agua, jeringa intravenosa, 0.4 mg/2 ml (0.2 mg/ml)</i>	1	
<i>glicopirronio inyectable</i>	1	
<i>glicopirronio, comprimidos orales, 1 mg, 2 mg</i>	1	
<i>loperamida, cápsulas orales</i>	1	
AGENTES GASTROINTESTINALES VARIOS		
<i>alosetrón</i>	1	PA; NDS
<i>aprepitant</i>	1	B/D PA
AVSOLA	1	PA; NDS
<i>balsalazida</i>	1	
<i>budesonida, cápsulas orales, liberación retardada y prolongada</i>	1	
<i>budesonida, comprimidos orales, liberación retardada y prolongada</i>	1	NDS
<i>compro</i>	1	
<i>constulosa</i>	1	
CORTIFOAM	1	
CREON	1	
<i>cromoglicato oral</i>	1	
CYSTADANE	1	NDS
<i>dronabinol</i>	1	B/D PA; QL (60/30)
EMEND, SUSPENSIÓN ORAL PARA RECONSTITUCIÓN	1	B/D PA

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>enulosa</i>	1	
GATTEX, VIAL DE 30	1	PA; NDS
GATTEX, VIAL DE UNO	1	PA; NDS
<i>gavilyte-c</i>	1	
<i>gavilyte-n</i>	1	
<i>generlac</i>	1	
<i>granisetron (pf), solución intravenosa, 1 mg/ml (1 ml)</i>	1	B/D PA
<i>clorhidrato de granisetron intravenoso</i>	1	
<i>clorhidrato de granisetron oral</i>	1	B/D PA; QL (60/30)
<i>hidrocortisona rectal</i>	1	
<i>hidrocortisona, crema tópica con aplicador perineal</i>	1	
<i>lactulosa, solución oral</i>	1	
LINZESS	1	QL (30/30)
<i>meclizina, comprimidos orales, 12.5 mg, 25 mg</i>	1	
<i>mesalamina, cápsulas orales, liberación prolongada, 24 horas</i>	1	
<i>mesalamina, comprimidos orales, liberación retardada (dr/ec), 1.2 gramos</i>	1	
<i>mesalamina, enema rectal</i>	1	
<i>mesalamina con pañuelo limpiador</i>	1	
<i>clorhidrato de metoclopramida, solución oral</i>	1	
<i>clorhidrato de metoclopramida, comprimidos orales</i>	1	
MOVANTIK	1	QL (30/30)
OALIVA	1	PA; LA; QL (30/30); NDS
<i>ondansetrón</i>	1	B/D PA
<i>clorhidrato de ondansetrón (pf)</i>	1	
<i>clorhidrato de ondansetrón intravenoso</i>	1	
<i>clorhidrato de ondansetrón, solución oral</i>	1	B/D PA; QL (450/30)

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

Cursiva minúscula = Medicamento genérico

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 10.

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>clorhidrato de ondansetrón, comprimidos orales</i>	1	B/D PA
<i>palonosetrón, solución intravenosa, 0.25 mg/5 ml</i>	1	NDS
<i>peg 3350-electrolitos, sol. para reconst. oral, 236-22.74-6.74-5.86 gramos</i>	1	
<i>peg-electrolitos</i>	1	
PENTASA	1	NDS
PLENVU	1	
<i>proclorperazina</i>	1	
<i>edisilato de proclorperazina</i>	1	
<i>maleato de proclorperazina oral</i>	1	
<i>procto-med hc</i>	1	
<i>procto-pak</i>	1	
<i>proctosol hc tópico</i>	1	
<i>proctozona-hc</i>	1	
RECTIV	1	
RELISTOR, SOLUCIÓN SUBCUTÁNEA	1	PA; NDS
RELISTOR, JERINGA SUBCUTÁNEA	1	PA; NDS
RENFLEXIS	1	PA; NDS
SANCUSO	1	NDS
<i>escopolamina base</i>	1	QL (10/30)
<i>sulfasalazina</i>	1	
SUPREP, KIT DE PREPARACIÓN INTESTINAL	1	
SUTAB	1	
<i>ursodiol, cápsulas orales, 300 mg</i>	1	
<i>ursodiol, comprimidos orales</i>	1	
VIOKACE, COMPRIMIDOS ORALES, 10,440-39,150-39,150 UNIDADES	1	
VIOKACE, COMPRIMIDOS ORALES, 20,880-78,300-78,300 UNIDADES	1	NDS

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
ZENPEP, CÁPSULAS ORALES, LIBERACIÓN RETARDADA (DR/EC) 10,000-32,000-42,000 UNIDADES, 15,000-47,000-63,000 UNIDADES, 20,000-63,000-84,000 UNIDADES, 25,000-79,000-105,000 UNIDADES, 3,000-10,000-14,000-UNIDADES, 40,000-126,000-168,000 UNIDADES, 5,000-17,000-24,000 UNIDADES	1	
TRATAMIENTO DE ÚLCERAS		
<i>esomeprazol magnésico, cápsulas orales, liberación retardada (dr/ec)</i>	1	
<i>famotidina, suspensión oral</i>	1	
<i>famotidina, comprimidos orales, 20 mg, 40 mg</i>	1	
<i>lansoprazol, cápsulas orales, liberación retardada (dr/ec)</i>	1	
<i>misoprostol</i>	1	
<i>nizatidina, cápsulas orales</i>	1	
<i>omeprazol, cápsulas orales, liberación retardada (dr/ec)</i>	1	
<i>pantoprazol, comprimidos orales, liberación retardada (dr/ec), 20 mg</i>	1	
<i>pantoprazol, comprimidos orales, liberación retardada (dr/ec), 40 mg</i>	1	QL (60/30)
<i>sucralfato, suspensión oral</i>	1	
<i>sucralfato, comprimidos orales</i>	1	
INMUNOLOGÍA, VACUNAS/BIOTECNOLOGÍA		
MEDICAMENTOS BIOTECNOLÓGICOS		
ACTIMMUNE	1	PA; NDS
ARANESP (EN POLISORBATO), SOLUCIÓN INYECTABLE, 100 MCG/ML, 200 MCG/ML, 300 MCG/ML, 60 MCG/ML	1	PA; NDS

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

Cursiva minúscula = Medicamento genérico

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 10.

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
ARANESP (EN POLISORBATO), SOLUCIÓN INYECTABLE, 25 MCG/ML, 40 MCG/ML	1	PA
ARANESP (EN POLISORBATO), JERINGA INYECTABLE, 10 MCG/0.4 ML, 25 MCG/0.42 ML, 40 MCG/0.4 ML	1	PA
ARANESP (EN POLISORBATO), JERINGA INYECTABLE, 100 MCG/0.5 ML, 150 MCG/0.3 ML, 200 MCG/0.4 ML, 300 MCG/0.6 ML, 500 MCG/ML, 60 MCG/0.3 ML	1	PA; NDS
ARCALYST	1	PA; NDS
AVONEX, KIT DE LAPICERA PARA INYECCIÓN INTRAMUSCULAR	1	PA; QL (1/28); NDS
AVONEX, KIT DE JERINGA INTRAMUSCULAR	1	PA; QL (1/28); NDS
BETASERON, KIT PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA	1	PA; QL (14/28); NDS
GENOTROPIN	1	PA; NDS
GENOTROPIN MINISQUICK	1	PA; NDS
INTRON A, SOL. PARA RECONST. INYECTABLE	1	B/D PA; NDS
INTRON A, SOLUCIÓN INYECTABLE, 10 MILLONES DE UNIDADES/ML	1	B/D PA; NDS
INTRON A, SOLUCIÓN INYECTABLE, 6 MILLONES DE UNIDADES/ML	1	B/D PA
LEUKINE, SOL. PARA RECONST. INYECTABLE	1	PA; NDS
MOZOBIL	1	B/D PA; NDS
NIVESTYM	1	PA; NDS
NYVEPRIA	1	PA; NDS
REBIF (CON ALBÚMINA)	1	PA; QL (6/28); NDS

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
REBIF REBIDOSE, LAPICERA PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA, 22 MCG/0.5 ML, 44 MCG/0.5 ML	1	PA; QL (6/28); NDS
REBIF REBIDOSE, LAPICERA PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA, 8.8 MCG/0.2 ML, 22 MCG/0.5 ML (6)	1	PA; QL (4.2/180); NDS
REBIF, PAQUETE DE AJUSTE DE DOSIS	1	PA; QL (4.2/180); NDS
RETACRIT	1	PA
ZARXIO	1	PA; NDS
ZIEXTENZO	1	PA; NDS
VACUNAS/AGENTES INMUNOLÓGICOS VARIOS		
ACTHIB (PF)	1	
ADACEL (TDAP ADOLESC./ ADULTOS) (PF)	1	
ATGAM	1	B/D PA
BCG (PF), VACUNA CON VIRUS VIVOS	1	
BEXSERO	1	
BOOSTRIX TDAP	1	
BOTOX	1	PA
DAPTACEL (DTAP PEDIÁTRICA) (PF)	1	
ENGERIX-B (PF), JERINGA INTRAMUSCULAR	1	B/D PA
ENGERIX-B (PF), USO PEDIÁTRICO	1	B/D PA
<i>fomepizol</i>	1	NDS
GAMMAKED, SOLUCIÓN INYECTABLE, 1 GRAMO/10 ML (10%), 10 GRAMOS/100 ML (10%), 20 GRAMOS/200 ML (10%), 5 GRAMOS/50 ML (10%)	1	B/D PA; NDS
GAMUNEX-C	1	B/D PA; NDS
GARDASIL 9 (PF)	1	
HAVRIX (PF), JERINGA INTRAMUSCULAR	1	

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

Cursiva minúscula = Medicamento genérico

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 10.

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
HIBERIX (PF)	1	
HIZENTRA	1	B/D PA; NDS
IMOVAX (PF), VACUNA ANTIRRÁBICA	1	
INFANRIX (DTAP) (PF), JERINGA INTRAMUSCULAR	1	
IPOL	1	
IXIARO (PF)	1	
KINRIX (PF), JERINGA INTRAMUSCULAR	1	
MENACTRA (PF), SOLUCIÓN INTRAMUSCULAR	1	
MENQUADFI (PF)	1	
MENVEO A-C-Y-W-135-DIP (PF)	1	
M-M-R II (PF)	1	
PEDIARIX (PF)	1	
PEDVAX HIB (PF)	1	
PENTACEL (PF), KIT INTRAMUSCULAR, 15 LF-48 MCG-62 DU-10 MCG/0.5 ML	1	
PROQUAD (PF)	1	
QUADRACEL (PF)	1	
RABAVER (PF)	1	
RECOMBIVAX HB (PF)	1	B/D PA
ROTARIX	1	
ROTATEQ, VACUNA	1	
SHINGRIX (PF)	1	QL (2/999)
STAMARIL (PF)	1	
TDVAX	1	
TENIVAC (PF), JERINGA INTRAMUSCULAR	1	
TETANUS, DIPHTHERIA TOX PEDIÁTRICA (PF)	1	
TRUMENBA	1	
TWINRIX (PF)	1	
TYPHIM VI	1	
VAQTA (PF)	1	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
VARIVAX (PF)	1	
VARIZIG	1	
YF-VAX (PF)	1	
ZOSTAVAX (PF)	1	

SISTEMA LOCOMOTOR/REUMATOLOGÍA

TRATAMIENTO DE LA GOTA

<i>alopurinol</i>	1	
<i>colchicina, comprimidos orales</i>	1	QL (120/30)
FEBUXOSTAT	1	ST
MITIGARE	1	
<i>probenecid</i>	1	
<i>probenecid/colchicina</i>	1	

TRATAMIENTO DE LA OSTEOPOROSIS

<i>alendronato, comprimidos orales, 10 mg, 5 mg</i>	1	QL (30/30)
<i>alendronato, comprimidos orales, 35 mg, 70 mg</i>	1	QL (4/28)
BINOSTO	1	QL (4/28)
<i>ibandronato oral</i>	1	QL (1/30)
PROLIA	1	QL (1/180)
<i>raloxifeno</i>	1	QL (30/30)
<i>risedronato, comprimidos orales, 150 mg</i>	1	QL (1/30)
<i>risedronato, comprimidos orales, 35 mg, 35 mg (paquete de 12), 35 mg (paquete de 4)</i>	1	QL (4/28)
<i>risedronato, comprimidos orales, 5 mg</i>	1	QL (30/30)
TERIPARATIDE	1	PA; QL (2.4/28); NDS
TYMLOS	1	PA; QL (1.56/30); NDS

OTROS AGENTES REUMATOLÓGICOS

BENLYSTA	1	PA; NDS
DEPEN TITRATABS	1	NDS
ENBREL MINI	1	PA; QL (8/28); NDS

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

Cursiva minúscula = Medicamento genérico

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 10.

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
ENBREL, SOL. PARA RECONST. SUBCUTÁNEA	1	PA; QL (16/28); NDS
ENBREL, SOLUCIÓN SUBCUTÁNEA	1	PA; QL (4/28); NDS
ENBREL, JERINGA SUBCUTÁNEA	1	PA; QL (8/28); NDS
ENBREL SURECLICK	1	PA; QL (8/28); NDS
HUMIRA PEN	1	PA; QL (4/28); NDS
HUMIRA PEN CROHNS-UC-HS, PAQUETE INICIAL	1	PA; QL (6/180); NDS
HUMIRA PEN PSOR-UEVITS-ADOL HS	1	PA; QL (4/180); NDS
HUMIRA, KIT DE JERINGA SUBCUTÁNEA, 40 MG/0.8 ML	1	PA; QL (4/28); NDS
HUMIRA (CF) PEDI CROHNS, PAQUETE INICIAL, KIT DE JERINGA SUBCUTÁNEA, 80 MG/0.8 ML	1	PA; QL (3/180); NDS
HUMIRA (CF) PEDI CROHNS, PAQUETE INICIAL, KIT DE JERINGA SUBCUTÁNEA, 80 MG/0.8 ML-40 MG/0.4 ML	1	PA; QL (2/180); NDS
HUMIRA (CF) PEN CROHNS-UC-HS	1	PA; QL (3/180); NDS
HUMIRA(CF) PEN PEDIATRIC UC	1	PA; QL (4/180); NDS
HUMIRA (CF) PEN PSOR-UV-ADOL HS	1	PA; QL (3/180); NDS
HUMIRA (CF) PEN, KIT DE INYECTOR SUBCUTÁNEO, 40 MG/0.4 ML	1	PA; QL (4/28); NDS
HUMIRA (CF) PEN, KIT DE LAPICERA PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA, 80 MG/0.8 ML	1	PA; QL (3/28); NDS
HUMIRA (CF), KIT DE JERINGA SUBCUTÁNEA, 10 MG/0.1 ML, 20 MG/0.2 ML	1	PA; QL (2/28); NDS
HUMIRA (CF), KIT DE JERINGA SUBCUTÁNEA, 40 MG/0.4 ML	1	PA; QL (4/28); NDS
<i>leflunomida</i>	1	QL (30/30)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
ORENCIA CLICKJECT	1	PA; QL (4/28); NDS
ORENCIA, JERINGA SUBCUTÁNEA, 125 MG/ML	1	PA; QL (4/28); NDS
ORENCIA, JERINGA SUBCUTÁNEA, 50 MG/0.4 ML	1	PA; QL (1.6/28); NDS
ORENCIA, JERINGA SUBCUTÁNEA, 87.5 MG/0.7 ML	1	PA; QL (2.8/28); NDS
<i>penicilamina</i>	1	NDS
RIDAURA	1	NDS
RINVOQ	1	PA; QL (30/30); NDS
XELJANZ, SOLUCIÓN ORAL	1	PA; QL (300/30); NDS
XELJANZ, COMPRIMIDOS ORALES	1	PA; QL (60/30); NDS
XELJANZ XR	1	PA; QL (30/30); NDS

OBSTETRICIA/GINECOLOGÍA

ESTRÓGENOS/PROGESTINAS

ALORA	1	QL (8/28)
<i>camila</i>	1	
<i>deblitane</i>	1	
DELESTROGEN, ACEITE INTRAMUSCULAR, 10 MG/ML	1	
DEPO-ESTRADIOL	1	
<i>dotti</i>	1	QL (8/28)
DUAVEE	1	PA
<i>errin</i>	1	
<i>estradiol oral</i>	1	
<i>estradiol, parche transdérmico quincenal</i>	1	QL (8/28)
<i>estradiol, parche transdérmico semanal</i>	1	QL (4/28)
<i>estradiol vaginal</i>	1	
<i>valerato de estradiol, aceite intramuscular, 20 mg/ml, 40 mg/ml</i>	1	

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

Cursiva minúscula = Medicamento genérico

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 10.

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
ESTRING	1	
<i>fyavolv</i>	1	
<i>heather</i>	1	
<i>caproato de hidroxiprogesterona</i>	1	NDS
<i>incassia</i>	1	
<i>jencycla</i>	1	
<i>lyza</i>	1	
<i>medroxiprogesterona, suspensión intramuscular</i>	1	
<i>medroxiprogesterona, jeringa intramuscular</i>	1	
<i>medroxiprogesterona oral</i>	1	
MENEST	1	
MENOSTAR	1	QL (4/28)
<i>nora-be</i>	1	
<i>noretisterona (anticonceptivo)</i>	1	
<i>acetato de noretisterona</i>	1	
<i>acetato de noretisterona-etinilestradiol, comprimidos orales, 0.5-2.5 mg-mcg</i>	1	
PREMARIN INYECTABLE	1	
PREMARIN ORAL	1	
PREMARIN VAGINAL	1	
<i>progesterona micronizada</i>	1	
<i>sharobel</i>	1	
<i>yuvaferm</i>	1	
PRODUCTOS OBSTÉTRICOS/GINECOLÓGICOS VARIOS		
<i>fosfato de clindamicina vaginal</i>	1	
<i>metronidazol vaginal</i>	1	
<i>terconazol</i>	1	
<i>ácido tranexámico oral</i>	1	
<i>vandazol</i>	1	
ANTICONCEPTIVOS ORALES/ AGENTES RELACIONADOS		
<i>afirmelle</i>	1	
<i>altavera (28)</i>	1	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>alyacen 1/35 (28)</i>	1	
<i>alyacen 7/7/7 (28)</i>	1	
<i>amethia</i>	1	
<i>amethyst (28)</i>	1	
<i>apri</i>	1	
<i>aranelle (28)</i>	1	
<i>ashlyna</i>	1	
<i>aubra</i>	1	
<i>aubra eq</i>	1	
<i>aurovela 1.5/30 (21)</i>	1	
<i>aurovela 1/20 (21)</i>	1	
<i>aurovela 24 fe</i>	1	
<i>aurovela fe 1.5/30 (28)</i>	1	
<i>aurovela fe 1-20 (28)</i>	1	
<i>aviane</i>	1	
<i>ayuna</i>	1	
<i>azurette (28)</i>	1	
<i>balziva (28)</i>	1	
<i>blisovi 24 fe</i>	1	
<i>blisovi fe 1.5/30 (28)</i>	1	
<i>blisovi fe 1/20 (28)</i>	1	
<i>briellyn</i>	1	
<i>camrese</i>	1	
<i>camrese lo</i>	1	
<i>caziant (28)</i>	1	
<i>charlotte 24 fe</i>	1	
<i>chateal (28)</i>	1	
<i>chateal eq (28)</i>	1	
<i>cryselle (28)</i>	1	
<i>cyclafem 1/35 (28)</i>	1	
<i>cyclafem 7/7/7 (28)</i>	1	
<i>cyred</i>	1	
<i>cyred eq</i>	1	
<i>dasetta 1/35 (28)</i>	1	
<i>dasetta 7/7/7 (28)</i>	1	
<i>daysee</i>	1	

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

Cursiva minúscula = Medicamento genérico

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 10.

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>desog-e.estradiol/e.estradiol</i>	1	
<i>desogestrel-etinilestradiol</i>	1	
<i>dolishale</i>	1	
<i>drospirenona-e.estradiol-lm.fa</i>	1	
<i>drospirenona-etinilestradiol</i>	1	
<i>elinest</i>	1	
ELLA	1	
<i>emoquette</i>	1	
<i>enpresse</i>	1	
<i>enskyce</i>	1	
<i>estarylla</i>	1	
<i>etiodiol diac-etinilestradiol</i>	1	
<i>falmina (28)</i>	1	
<i>feminor</i>	1	
<i>gemmily</i>	1	
<i>hailey</i>	1	
<i>hailey 24 fe</i>	1	
<i>hailey fe 1.5/30 (28)</i>	1	
<i>hailey fe 1/20 (28)</i>	1	
<i>iclevia</i>	1	
<i>introvale</i>	1	
<i>isibloom</i>	1	
<i>jaimiess</i>	1	
<i>jasmiel (28)</i>	1	
<i>jolessa</i>	1	
<i>juleber</i>	1	
<i>junel 1.5/30 (21)</i>	1	
<i>junel 1/20 (21)</i>	1	
<i>junel fe 1.5/30 (28)</i>	1	
<i>junel fe 1/20 (28)</i>	1	
<i>junel fe 24</i>	1	
<i>kaitlib fe</i>	1	
<i>kalliga</i>	1	
<i>kariva (28)</i>	1	
<i>kelnor 1/35 (28)</i>	1	
<i>kelnor 1-50 (28)</i>	1	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>kurvelo (28)</i>	1	
<i>l norgest/e.estradiol-e.estradiol</i>	1	
<i>larin 1.5/30 (21)</i>	1	
<i>larin 1/20 (21)</i>	1	
<i>larin 24 fe</i>	1	
<i>larin fe 1.5/30 (28)</i>	1	
<i>larin fe 1/20 (28)</i>	1	
<i>larissia</i>	1	
<i>layolis fe</i>	1	
<i>leena 28</i>	1	
<i>lessina</i>	1	
<i>levonest (28)</i>	1	
<i>levonorgestrel-etinilestradiol</i>	1	
<i>levonorg-etetinilestradiol trifásico</i>	1	
<i>levora-28</i>	1	
<i>lillow (28)</i>	1	
<i>lojaimiess</i>	1	
<i>loryna (28)</i>	1	
<i>low-ogestrel (28)</i>	1	
<i>lo-zumandimine (28)</i>	1	
<i>lutra (28)</i>	1	
<i>marlissa (28)</i>	1	
<i>merzee</i>	1	
<i>mibelas 24 fe</i>	1	
<i>microgestin 1.5/30 (21)</i>	1	
<i>microgestin 1/20 (21)</i>	1	
<i>microgestin fe 1.5/30 (28)</i>	1	
<i>microgestin fe 1/20 (28)</i>	1	
<i>mili</i>	1	
<i>mono-linyah</i>	1	
<i>necon 0.5/35 (28)</i>	1	
<i>nikki (28)</i>	1	
<i>noret.-etinilestradiol/hierro</i>	1	
<i>noretisterona ac-etinilestradiol, comprimidos orales, 1-20 mg-mcg, 1.5-30 mg-mcg</i>	1	

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

Cursiva minúscula = Medicamento genérico

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 10.

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>noretisterona-etinilestradiol-hierro, cápsulas orales</i>	1	
<i>noretisterona-etinilestradiol-hierro, comprimidos orales, 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7), 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7)</i>	1	
<i>noretisterona-etinilestradiol-hierro, comprimidos orales masticables</i>	1	
<i>norgestimato-etinilestradiol</i>	1	
<i>nortrel 0.5/35 (28)</i>	1	
<i>nortrel 1/35 (21)</i>	1	
<i>nortrel 1/35 (28)</i>	1	
<i>nortrel 7/7/7 (28)</i>	1	
<i>nylia 7/7/7 (28)</i>	1	
<i>nymyo</i>	1	
<i>ocella</i>	1	
<i>orsythia</i>	1	
<i>philith</i>	1	
<i>pimtrea (28)</i>	1	
<i>pirmella</i>	1	
<i>portia 28</i>	1	
<i>previfem</i>	1	
<i>reclipsen (28)</i>	1	
<i>rivelsa</i>	1	
<i>setlakin</i>	1	
<i>simliya (28)</i>	1	
<i>simpesse</i>	1	
<i>sprintec (28)</i>	1	
<i>sronyx</i>	1	
<i>syeda</i>	1	
<i>tarina 24 fe</i>	1	
<i>tarina fe 1/20 (28)</i>	1	
<i>tarina fe 1-20 eq (28)</i>	1	
<i>taysofy</i>	1	
<i>tilia fe</i>	1	
<i>tri femynor</i>	1	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>tri-estarylla</i>	1	
<i>tri-legest fe</i>	1	
<i>tri-linyah</i>	1	
<i>tri-lo-estarylla</i>	1	
<i>tri-lo-marzia</i>	1	
<i>tri-lo-mili</i>	1	
<i>tri-lo-sprintec</i>	1	
<i>tri-mili</i>	1	
<i>tri-nymyo</i>	1	
<i>tri-previfem (28)</i>	1	
<i>tri-sprintec (28)</i>	1	
<i>trivora (28)</i>	1	
<i>tri-vylibra</i>	1	
<i>tri-vylibra lo</i>	1	
TYBLUME	1	
<i>tydemy</i>	1	
<i>velivet, régimen trifásico (28)</i>	1	
<i>vestura (28)</i>	1	
<i>vienva</i>	1	
<i>viorele (28)</i>	1	
<i>volnea (28)</i>	1	
<i>vyfemla (28)</i>	1	
<i>vylibra</i>	1	
<i>wera (28)</i>	1	
<i>wymzya fe</i>	1	
<i>zarah</i>	1	
<i>zovia 1/35e (28)</i>	1	
<i>zovia 1-35 (28)</i>	1	
<i>zumandimine (28)</i>	1	
OFTALMOLOGÍA		
ANTIBIÓTICOS		
<i>ak-poly-bac</i>	1	
AZASITE	1	
<i>bacitracina oftálmica (ojos)</i>	1	
<i>bacitracina-polimixina b-oftálmica (ojos)</i>	1	

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

Cursiva minúscula = Medicamento genérico

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 10.

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
BESIVANCE	1	
CILOXAN, POMADA OFTÁLMICA (OJOS)	1	
<i>clorhidrato de ciprofloxacina oftálmico (ojos)</i>	1	
<i>eritromicina oftálmica (ojos)</i>	1	
<i>gentak, pomada oftálmica (ojos)</i>	1	
<i>gentamicina, gotas oftálmicas (ojos)</i>	1	
<i>moxifloxacina oftálmica (ojos)</i>	1	
NATACYN	1	
<i>neomicina-bacitracina-polimixina</i>	1	
<i>neomicina-polimixina-gramicidina</i>	1	
<i>neo-polycin</i>	1	
<i>ofloxacina oftálmica (ojos)</i>	1	
<i>polycin</i>	1	
<i>polimixina b sulfato de trimetoprima</i>	1	
<i>tobramicina oftálmica (ojos)</i>	1	
TOBEX, POMADA OFTÁLMICA (OJOS)	1	
ANTIVÍRICOS		
<i>trifluridina</i>	1	
ZIRGAN	1	
BETABLOQUEANTES		
<i>carteolol</i>	1	
<i>levobunolol, gotas oftálmicas (ojos), 0.5%</i>	1	
<i>maleato de timolol, gotas oftálmicas (ojos)</i>	1	
TIMOLOL MALEATE, SOLUCIÓN GELIFICANTE OFTÁLMICA (OJOS)	1	
PRODUCTOS OFTALMOLÓGICOS VARIOS		
<i>atropina, gotas oftálmicas (ojos)</i>	1	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>azalastina oftálmica (ojos)</i>	1	
BLEPHAMIDE	1	
BLEPHAMIDE S.O.P.	1	
<i>cromoglicato oftálmico (ojos)</i>	1	
CYSTARAN	1	PA; NDS
<i>epinastina</i>	1	
EYLEA	1	PA; NDS
LACRISERT	1	
<i>olopatadina oftálmica (ojos)</i>	1	
OXERVATE	1	PA; QL (112/999); NDS
<i>clorhidrato de pilocarpina, gotas oftálmicas (ojos), 1%, 2%, 4%</i>	1	
RESTASIS	1	QL (60/30)
RESTASIS MULTIDOSIS	1	QL (60/30)
<i>sulfacetamida sódica, gotas oftálmicas (ojos)</i>	1	
<i>sulfacetamida-prednisolona</i>	1	
XIIDRA	1	QL (60/30)
AGENTES ANTIINFLAMATORIOS NO ESTEROIDEOS		
<i>bromfenaco</i>	1	
<i>diclofenaco sódico oftálmico (ojos)</i>	1	
<i>flurbiprofeno sódico</i>	1	
<i>ketorolaco oftálmico (ojos)</i>	1	
PROLENSA	1	
MEDICAMENTOS ORALES PARA EL GLAUCOMA		
<i>acetazolamida</i>	1	
<i>acetazolamida sódica</i>	1	
<i>metazolamida</i>	1	
OTROS MEDICAMENTOS PARA EL GLAUCOMA		
AZOPT	1	
<i>bimatoprost oftálmico (ojos)</i>	1	
<i>brinzolamida</i>	1	
COMBIGAN	1	
<i>dorzolamida</i>	1	

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

Cursiva minúscula = Medicamento genérico

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 10.

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>dorzolamida-timolol</i>	1	
<i>latanoprost</i>	1	
LUMIGAN, GOTAS OFTÁLMICAS (OJOS), 0.01%	1	
RHOPRESSA	1	ST
ROCKLATAN	1	ST
SIMBRINZA	1	
<i>travoprost</i>	1	
COMBINACIONES DE ESTEROIDES-ANTIBIÓTICOS		
<i>neomicina-bacitracina-polimixina-hc</i>	1	
<i>neomicina-polimixina b-dexametasona</i>	1	
<i>neomicina-polimixina-hc oftálmica (ojos)</i>	1	
<i>neo-polycin hc</i>	1	
PRED-G	1	
PRED-G S.O.P.	1	
<i>tobramicina-dexametasona</i>	1	
ZYLET	1	
ESTEROIDES		
<i>fosfato sódico de dexametasona oftálmico (ojos)</i>	1	
<i>difluprednato</i>	1	
DUREZOL	1	
<i>fluorometolona</i>	1	
INVELTYS	1	
LOTEMAX	1	
LOTEMAX SM	1	
<i>acetato de prednisolona</i>	1	
<i>fosfato sódico de prednisolona oftálmico (ojos)</i>	1	
AGENTES SIMPATICOMIMÉTICOS		
ALPHAGAN P, GOTAS OFTÁLMICAS (OJOS), 0.1%	1	
<i>apraclonidina</i>	1	
<i>brimonidina, gotas oftálmicas (ojos), 0.15%</i>	1	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>brimonidina, gotas oftálmicas (ojos), 0.2%</i>	1	
SISTEMA RESPIRATORIO Y ALERGIA		
AGENTES ANTIHISTAMÍNICOS/ANTIALÉRGICOS		
<i>desloratadina, comprimidos orales</i>	1	QL (30/30)
<i>clorhidrato de difenhidramina, solución inyectable, 50 mg/ml</i>	1	
<i>epinefrina, autoinyector para inyección, 0.15 mg/0.15 ml, 0.3 mg/0.3 ml</i>	1	QL (2/30)
<i>epinefrina, autoinyector para inyección, 0.15 mg/0.3 ml, 0.3 mg/0.3 ml</i>	1	QL (2/30)
<i>epinefrina, solución inyectable, 1 mg/ml</i>	1	
<i>clorhidrato de hidroxizina, comprimidos orales</i>	1	PA
<i>levocetirizina, solución oral</i>	1	
<i>levocetirizina, comprimidos orales</i>	1	QL (30/30)
<i>prometazina oral</i>	1	PA
<i>prometazina, supositorio rectal, 12.5 mg, 25 mg</i>	1	
<i>promethegan, supositorio rectal, 25 mg, 50 mg</i>	1	
AGENTES PULMONARES		
<i>acetilcisteína</i>	1	B/D PA
ADEMPAS	1	PA; LA; QL (90/30); NDS
ADVAIR HFA	1	QL (12/30)
<i>sulfato de albuterol para inhalar, inhalador en aerosol de hfa, 90 mcg/activación (genérico de ProAir)</i>	1	QL (17/30)
ALBUTEROL SULFATE INHALATION, INHALADOR EN AEROSOL DE HFA, 90 MCG/ ACTIVACIÓN (GENÉRICO DE PROVENTIL)	1	QL (13.4/30)

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

Cursiva minúscula = Medicamento genérico

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 10.

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>sulfato de albuterol para inhalar, inhalador en aerosol de hfa, 90 mcg/activación (genérico de Ventolin)</i>	1	QL (36/30)
<i>sulfato de albuterol para inhalar, solución para nebulización</i>	1	B/D PA
<i>sulfato de albuterol, jarabe oral</i>	1	
<i>sulfato de albuterol, comprimidos orales</i>	1	
<i>sulfato de albuterol, comprimidos orales, liberación prolongada, 12 horas</i>	1	
<i>alyq</i>	1	PA; QL (60/30); NDS
<i>ambrisentán</i>	1	PA; LA; QL (30/30); NDS
ANORO ELLIPTA	1	QL (60/30)
<i>arformoterol</i>	1	B/D PA
ARNUITY ELLIPTA	1	QL (30/30)
ATROVENT HFA	1	QL (25.8/30)
<i>bosentán</i>	1	PA; LA; NDS
BREO ELLIPTA	1	QL (60/30)
BROVANA	1	B/D PA
<i>budesonida, suspensión para inhalación para nebulización, 0.25 mg/2 ml, 0.5 mg/2 ml</i>	1	B/D PA; QL (120/30)
<i>budesonida, suspensión para inhalación para nebulización, 1 mg/2 ml</i>	1	B/D PA; QL (60/30)
COMBIVENT RESPIMAT	1	QL (8/30)
<i>cromoglicato para inhalar</i>	1	B/D PA
DALIRESP	1	PA; QL (30/30)
ESBRIET, CÁPSULAS ORALES	1	PA; QL (270/30); NDS
ESBRIET, COMPRIMIDOS ORALES, 267 MG	1	PA; QL (270/30); NDS
ESBRIET, COMPRIMIDOS ORALES, 801 MG	1	PA; QL (90/30); NDS

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
FLOVENT DISKUS PARA INHALAR, BLÍSTER CON DISPOSITIVO, 100 MCG/ ACTIVACIÓN, 50 MCG/ ACTIVACIÓN	1	QL (60/30)
FLOVENT DISKUS PARA INHALAR, BLÍSTER CON DISPOSITIVO, 250 MCG/ ACTIVACIÓN	1	QL (240/30)
FLOVENT, INHALADOR EN AEROSOL DE HFA, 110 MCG/ ACTIVACIÓN	1	QL (12/30)
FLOVENT, INHALADOR EN AEROSOL DE HFA, 220 MCG/ ACTIVACIÓN	1	QL (24/30)
FLOVENT, INHALADOR EN AEROSOL DE HFA, 44 MCG/ ACTIVACIÓN	1	QL (10.6/30)
<i>flunisolida</i>	1	QL (50/30)
<i>propionato de fluticasona nasal</i>	1	QL (16/30)
<i>propionato de fluticasona-salmeterol para inhalación, blíster con dispositivo</i>	1	QL (60/30)
<i>fumarato de formoterol</i>	1	B/D PA; QL (120/30)
HAEGARDA	1	PA; NDS
<i>icatibanto</i>	1	PA; QL (18/30); NDS
INCRUSE ELLIPTA	1	QL (30/30)
<i>bromuro de ipratropio para inhalar</i>	1	B/D PA
<i>ipratropio-albuterol</i>	1	B/D PA
KALYDECO, PAQUETE DE GRÁNULOS ORALES	1	PA; QL (56/28); NDS
KALYDECO, COMPRIMIDOS ORALES	1	PA; QL (60/30); NDS
<i>clorhidrato de levalbuterol</i>	1	B/D PA
<i>metaproterenol, jarabe oral</i>	1	
<i>mometasona nasal</i>	1	QL (34/30)
<i>montelukast, paquete de gránulos orales</i>	1	QL (30/30)

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

Cursiva minúscula = Medicamento genérico

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 10.

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>montelukast, comprimidos orales</i>	1	QL (30/30)
<i>montelukast, comprimidos orales masticables</i>	1	QL (30/30)
OFEV	1	PA; QL (60/30); NDS
OPSUMIT	1	PA; LA; NDS
ORKAMBI, PAQUETE DE GRÁNULOS ORALES	1	PA; QL (56/28); NDS
ORKAMBI, COMPRIMIDOS ORALES	1	PA; QL (112/28); NDS
PERFOROMIST	1	B/D PA; QL (120/30)
PULMICORT, SUSPENSIÓN PARA INHALACIÓN PARA NEBULIZACIÓN, 0.25 MG/2 ML, 0.5 MG/2 ML	1	B/D PA; QL (120/30)
PULMICORT, SUSPENSIÓN PARA INHALACIÓN PARA NEBULIZACIÓN, 1 MG/2 ML	1	B/D PA; QL (60/30)
PULMOZYME	1	B/D PA; QL (150/30); NDS
<i>sajazir</i>	1	PA; QL (18/30); NDS
SEREVENT DISKUS	1	QL (60/30)
<i>sildenafil (hipertensión arterial pulmonar), comprimidos orales</i>	1	PA; QL (90/30)
SYMDEKO	1	PA; QL (56/28); NDS
<i>tadalafil (hipertensión arterial pulmonar), comprimidos orales, 20 mg</i>	1	PA; QL (60/30); NDS
<i>terbutalina</i>	1	
THEO-24	1	
<i>teofilina, comprimidos orales, liberación prolongada, 12 horas, 300 mg, 450 mg</i>	1	
<i>teofilina, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas</i>	1	
TRELEGY ELLIPTA	1	QL (60/30)
TRIKAFTA	1	PA; NDS

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
VENTAVIS	1	PA; NDS
VENTOLIN HFA	1	QL (36/30)
<i>wixela inhub</i>	1	QL (60/30)
XHANCE	1	ST; QL (32/30)
XOLAIR, SOL. PARA RECONST. SUBCUTÁNEA	1	PA; LA; QL (6/28); NDS
XOLAIR, JERINGA SUBCUTÁNEA, 150 MG/ML	1	PA; LA; QL (4/28); NDS
XOLAIR, JERINGA SUBCUTÁNEA, 75 MG/0.5 ML	1	PA; LA; QL (1/28); NDS
XOPENEX	1	B/D PA
XOPENEX CONCENTRADO	1	B/D PA
YUPELRI	1	B/D PA; QL (90/30)
<i>zafirlukast</i>	1	QL (60/30)

UROLÓGICOS

ANTICOLINÉRGICOS/ANTIESPASMÓDICOS

<i>darifenacina</i>	1	
<i>flavoxato</i>	1	
MYRBETRIQ, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA, 24 HORAS	1	
<i>cloruro de oxibutinina, jarabe oral</i>	1	
<i>cloruro de oxibutinina, comprimidos orales</i>	1	
<i>cloruro de oxibutinina, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas</i>	1	QL (60/30)
<i>solifenacina</i>	1	
<i>tolterodina</i>	1	
TOVIAZ	1	QL (30/30)

TRATAMIENTO DE LA HIPERPLASIA PROSTÁTICA BENIGNA (HPB)

<i>alfuzosina</i>	1	
<i>dutasterida</i>	1	
<i>dutasterida-tamsulosina</i>	1	
<i>finasterida, comprimidos orales, 5 mg</i>	1	QL (30/30)

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

Cursiva minúscula = Medicamento genérico

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 10.

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>tamsulosina</i>	1	QL (60/30)
AGENTES UROLÓGICOS VARIOS		
<i>cloruro de betanecol</i>	1	
CYSTAGON	1	LA
ELMIRON	1	NDS
K-PHOS ORIGINAL	1	
<i>citrato de potasio</i>	1	
RENACIDIN	1	
VITAMINAS, HEMATÍNICOS/ELECTROLITOS		
ELECTROLITOS		
<i>acetato de calcio (aglutinante de fosfato)</i>	1	
<i>klor-con</i>	1	
KLOR-CON 10	1	
KLOR-CON 8	1	
<i>klor-con m10</i>	1	
<i>klor-con m15</i>	1	
<i>klor-con m20</i>	1	
<i>solución de lactato sódico compuesta intravenosa</i>	1	
MAGNESIUM SULFATE IN D5W, INFUSIÓN SECUNDARIA INTRAVENOSA, 1 GRAMO/100 ML	1	
<i>sulfato de magnesio en agua</i>	1	
<i>sulfato de magnesio inyectable</i>	1	
POTASSIUM CHLORIDE-D5-0.45% NACL, SOLUCIÓN PARENTERAL INTRAVENOSA, 10 MEQ/L, 20 MEQ/L, 40 MEQ/L	1	
<i>cloruro de potasio en d5-nacl al 0.45%, solución parenteral intravenosa, 30 meq/l</i>	1	
<i>cloruro de potasio en nacl al 0.9%, solución parenteral intravenosa, 20 meq/l, 40 meq/l</i>	1	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>cloruro de potasio en dext. al 5%, solución parenteral intravenosa, 20 meq/l, 30 meq/l, 40 meq/l</i>	1	
<i>cloruro de potasio en lr-d5, solución parenteral intravenosa, 20 meq/l</i>	1	
<i>cloruro de potasio en agua, infusión secundaria intravenosa</i>	1	
<i>cloruro de potasio intravenoso</i>	1	
<i>cloruro de potasio, cápsulas orales, liberación prolongada</i>	1	
<i>cloruro de potasio, líquido oral</i>	1	
<i>cloruro de potasio, paquete oral</i>	1	
<i>cloruro de potasio, comprimidos orales, liberación prolongada</i>	1	
<i>cloruro de potasio, comprimidos orales, liberación prolongada, partículas/cristales</i>	1	
<i>cloruro de potasio-nacl al 0.45%</i>	1	
POTASSIUM CHLORIDE-D5-0.2% NACL, SOLUCIÓN PARENTERAL INTRAVENOSA, 20 MEQ/L	1	
<i>cloruro de potasio-d5-nacl al 0.2%, solución parenteral intravenosa, 30 meq/l, 40 meq/l</i>	1	
POTASSIUM CHLORIDE-D5-0.9% NACL	1	
<i>solución de lactato sódico compuesta intravenosa</i>	1	
<i>bicarbonato de sodio, jeringa intravenosa, 10 meq/10 ml (8.4%), 7.5% (0.9 meq/ml), 8.4% (1 meq/ml)</i>	1	
<i>cloruro de sodio al 0.45%, solución parenteral intravenosa</i>	1	

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

Cursiva minúscula = Medicamento genérico

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 10.

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>cloruro de sodio al 3%</i>	1	
<i>cloruro de sodio al 5%</i>	1	
<i>cloruro de sodio intravenoso</i>	1	
TPN ELECTROLYTES	1	B/D PA
PRODUCTOS NUTRICIONALES VARIOS		
AMINOSYN II 15%	1	B/D PA
AMINOSYN-PF 7% (SIN SULFITOS)	1	B/D PA
CLINIMIX 5%/D15W, SIN SULFITOS	1	B/D PA
CLINIMIX 4.25%/D10W, SIN SULFITOS	1	B/D PA
CLINIMIX 5%-D20W (SIN SULFITOS)	1	B/D PA
CLINIMIX 6%-D5W (SIN SULFITOS)	1	B/D PA
CLINIMIX 8%-D10W (SIN SULFITOS)	1	B/D PA
CLINIMIX 8%-D14W (SIN SULFITOS)	1	B/D PA
CLINIMIX E 4.25%/D10W, SIN SULFITOS	1	B/D PA
CLINISOL SF 15%	1	B/D PA
<i>electrolitos-48 en d5w</i>	1	
INTRALIPID, EMULSIÓN INTRAVENOSA, 20%, 30%	1	B/D PA
KABIVEN	1	B/D PA
NUTRILIPID	1	B/D PA
PERIKABIVEN	1	B/D PA
PLENAMINE	1	B/D PA
PREMASOL 10%	1	B/D PA
PROCALAMINE 3%	1	B/D PA
PROSOL 20%	1	B/D PA
TRAVASOL 10%	1	B/D PA
TROPHAMINE 10%	1	B/D PA

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
VITAMINAS/HEMATÍNICOS		
<i>fluoruro (de sodio), comprimidos orales</i>	1	
<i>fluoruro (de sodio), comprimidos orales masticables, 1 mg (2.2 mg de fluoruro de sodio)</i>	1	
VITAMINAS PRENATALES, COMPRIMIDOS ORALES	1	

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

Cursiva minúscula = Medicamento genérico

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 10.

Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
A					
abacavir, comprimidos orales.	11	acetato de octreotida, solución inyectable, 100 mcg/ml, 200 mcg/ml	23	ADVAIR HFA	59
abacavir-lamivudina	11	acetato de prednisolona	59	AFINITOR, COMPRIMIDOS ORALES, 10 MG	18
abacavir-lamivudina-zidovudina	11	acetazolamida	58	AFINITOR DISPERZ, COMPRIMIDOS ORALES PARA SUSPENSIÓN, 2 MG	18
abacavir, solución oral	11	acetazolamida sódica	58	AFINITOR DISPERZ, COMPRIMIDOS ORALES PARA SUSPENSIÓN, 3 MG, 5 MG	18
ABELCET	11	acetilcisteína	59	afirmelle	55
ABILIFY MAINTENA	31	aciclovir, cápsulas orales	11	agua para irrigación, estéril	44
abiraterona, comprimidos orales, 250 mg	18	aciclovir, comprimidos orales	11	AGUJAS, INSULINA DES., DE SEGURIDAD	47
abiraterona, comprimidos orales, 500 mg	18	aciclovir, pomada tópica	41	AIMOVIG, AUTOINYECTOR	28
ABRAXANE	18	aciclovir sódico, solución intravenosa	11	ak-poly-bac	57
acamprosato	43	aciclovir, suspensión oral, 200 mg/5 ml	11	ala-cort, crema tópica, 1%	42
acarbose, comprimidos orales, 25 mg	45	ácido acético ótico (oído)	44	albendazol	15
acarbose, comprimidos orales, 50 mg	45	ácido aminocaproico oral	38	ALBUTEROL SULFATE INHALATION, INHALADOR EN AEROSOL DE HFA, 90 MCG/ACTIVACIÓN (GENÉRICO DE PROVENTIL)	59
acarbose, comprimidos orales, 100 mg	45	ácido fenofibríco (colina)	39	alclometasona	42
acebutolol	36	ácido tranexámico oral	55	ALDURAZYME	48
acetaminofeno-codeína, comprimidos orales, 300-15 mg, 300-30 mg	29	ácido valproico	27	ALECENSA	18
acetaminofeno-codeína, comprimidos orales, 300-60 mg	29	ácido valproico (como sal sódica) ...	27	alendronato, comprimidos orales, 10 mg, 5 mg	53
acetaminofeno-codeína, solución oral, 120 mg-12 mg/5 ml (5 ml), 120-12 mg/5 ml, 300 mg-30 mg/12.5 ml	29	ácido zoledrónico-manitol-agua, infusión secundaria intravenosa, 4 mg/100 ml	49	alendronato, comprimidos orales, 35 mg, 70 mg	53
acetato de calcio (aglutinante de fosfato)	62	ácido zoledrónico-manitol-agua, infusión secundaria intravenosa, 5 mg/100 ml	44	alfuzosina	61
acetato de metilprednisolona	45	ácido zoledrónico, solución intravenosa	49	ALIMTA	18
acetato de noretisterona	55	acitretina	40	ALIQOPA	18
acetato de noretisterona-etinilestradiol, comprimidos orales, 0.5-2.5 mg-mcg	55	ACTHIB (PF)	52	aliskireno	36
acetato de octreotida, solución inyectable, 1,000 mcg/ml, 500 mcg/ml	23	ACTIMMUNE	51	alopurinol	53
acetato de octreotida, solución inyectable, 50 mcg/ml	23	ADACEL (TDAP ADOLESC./ADULTOS) (PF) .	52	ALORA	54
		ADASUVE	31	alosetrón	50
		ADCETRIS	18	ALPHAGAN P, GOTAS OFTÁLMICAS (OJOS), 0.1%	59
		adefovir	11	alprazolam, comprimidos de desintegración oral, 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg	31
		ADEMPAS	59	alprazolam, comprimidos de desintegración oral, 2 mg	31
		adriamicina, sol. para reconst. intravenosa, 10 mg	18		
		adriamicina, solución intravenosa ...	18		
		adrucil, solución intravenosa, 2.5 gramos/50 ml	18		

Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
<i>alprazolam, comprimidos orales, 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg</i>	31	<i>amoxicilina-clavulanato de pot., suspensión oral para reconstitución</i> . 17		ARCALYST	52
<i>alprazolam, comprimidos orales, 2 mg</i>	31	<i>amoxicilina, comprimidos orales</i>	17	<i>arformoterol</i>	60
<i>altavera (28)</i>	55	<i>amoxicilina, comprimidos orales masticables, 125 mg, 250 mg</i>	17	ARIKAYCE	15
ALUNBRIG, COMPRIMIDOS ORALES, 30 MG	18	<i>amoxicilina, suspensión oral para reconstitución</i>	17	<i>aripiprazol, comprimidos de desintegración oral</i>	32
ALUNBRIG, COMPRIMIDOS ORALES, 180 MG, 90 MG	18	<i>ampicilina, cápsulas orales, 500 mg</i>	17	<i>aripiprazol, comprimidos orales</i>	32
ALUNBRIG, COMPRIMIDOS ORALES, PAQUETE DOSIFICADO . 19		<i>ampicilina, sódica</i>	17	<i>aripiprazol, solución oral</i>	31
<i>alyacen 1/35 (28)</i>	55	<i>ampicilina-sulbactam</i>	17	ARISTADA	32
<i>alyacen 7/7/7 (28)</i>	55	<i>anagrelida</i>	43	ARISTADA INITIO	32
<i>alyq</i>	60	<i>anastrozol</i>	19	<i>armodafinil</i>	32
AMBISOME	11	<i>anfotericina b</i>	11	ARNUITY ELLIPTA	60
<i>ambrisentán</i>	60	ANORO ELLIPTA	60	ARRANON	19
<i>amethia</i>	55	APOKYN	27	ARZERRA	19
<i>amethyst (28)</i>	55	<i>apraclonidina</i>	59	<i>ashlyna</i>	55
<i>amikacina, solución inyectable, 1,000 mg/4 ml, 500 mg/2 ml</i>	15	<i>aprepitant</i>	50	<i>aspirina-dipiridamol</i>	38
<i>amilorida</i>	36	<i>apri</i>	55	ASTAGRAF XL, CÁPSULAS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA, 24 HORAS, 0.5 MG, 1 MG	19
<i>amilorida-hidroclorotiazida</i>	36	APTOM, COMPRIMIDOS ORALES, 200 MG	25	ASTAGRAF XL, CÁPSULAS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA, 24 HORAS, 5 MG . 19	
AMINOSYN II 15%	63	APTOM, COMPRIMIDOS ORALES, 400 MG	25	<i>atazanavir, cápsulas orales, 150 mg, 300 mg</i>	11
AMINOSYN-PF 7% (SIN SULFITOS)	63	APTOM, COMPRIMIDOS ORALES, 600 MG, 800 MG	25	<i>atazanavir, cápsulas orales, 200 mg</i> . 11	
<i>amiodarona oral</i>	35	APTIVUS	11	<i>atenolol</i>	36
<i>amiodarona, solución intravenosa</i> . 35		ARALAST NP	43	<i>atenolol-clortalidona</i>	36
<i>amitriptilina</i>	31	<i>aranelle (28)</i>	55	ATGAM	52
<i>amlodipina</i>	36	ARANESP (EN POLISORBATO), JERINGA INYECTABLE, 10 MCG/0.4 ML, 25 MCG/0.42 ML, 40 MCG/0.4 ML	52	<i>atomoxetina, cápsulas orales, 10 mg, 18 mg, 25 mg, 40 mg</i>	32
<i>amlodipina-benazepril</i>	36	ARANESP (EN POLISORBATO), JERINGA INYECTABLE, 100 MCG/0.5 ML, 150 MCG/0.3 ML, 200 MCG/0.4 ML, 300 MCG/0.6 ML, 500 MCG/ML, 60 MCG/0.3 ML	52	<i>atomoxetina, cápsulas orales, 100 mg, 60 mg, 80 mg</i>	32
<i>amlodipina-valsartán</i>	36	ARANESP (EN POLISORBATO), SOLUCIÓN INYECTABLE, 25 MCG/ML, 40 MCG/ML	52	<i>atorvastatina</i>	39
<i>amlodipina-valsartán-HCTZ</i>	36	ARANESP (EN POLISORBATO), SOLUCIÓN INYECTABLE, 100 MCG/ML, 200 MCG/ML, 300 MCG/ML, 60 MCG/ML	51	<i>atovacuna</i>	15
<i>amnestem</i>	41			<i>atovacuna-proguanil</i>	15
<i>amoxapina</i>	31			ATRIPLA	11
<i>amoxicilina, cápsulas orales</i>	17			<i>atropina, gotas oftálmicas (ojos)</i>	58
<i>amoxicilina-clavulanato de pot., comprimidos orales</i>	17			<i>atropina, jeringa inyectable, 0.05 mg/ml, 0.1 mg/ml</i>	50
<i>amoxicilina-clavulanato de pot., comprimidos orales, liberación prolongada, 12 horas</i>	17			<i>atropina, solución inyectable, 0.4 mg/ml</i>	49
<i>amoxicilina-clavulanato de pot., comprimidos orales masticables</i>	17			ATROVENT HFA	60

Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
<i>aubra</i>	55	B		BIKTARVY.....	11
<i>aubra eq</i>	55	<i>bacitracina intramuscular</i>	15	<i>bimatoprost oftálmico (ojos)</i>	58
<i>aurovela 1.5/30 (21)</i>	55	<i>bacitracina oftálmica (ojos)</i>	57	BINOSTO.....	53
<i>aurovela 1/20 (21)</i>	55	<i>bacitracina-polimixina b-oftálmica (ojos)</i>	57	<i>bisoprolol-hidroclorotiazida</i>	36
<i>aurovela 24 fe</i>	55	<i>baclofeno, comprimidos orales, 10 mg, 5 mg</i>	29	BLENREP.....	19
<i>aurovela fe 1.5/30 (28)</i>	55	<i>baclofeno, comprimidos orales, 20 mg</i>	29	<i>bleomicina</i>	19
<i>aurovela fe 1-20 (28)</i>	55	<i>balsalazida</i>	50	BLEPHAMIDE.....	58
AURYXIA.....	43	BALVERSA.....	19	BLEPHAMIDE S.O.P.....	58
AUSTEDO, COMPRIMIDOS ORALES, 6 MG.....	28	<i>balziva (28)</i>	55	BLINCYTO, KIT INTRAVENOSO...	19
AUSTEDO, COMPRIMIDOS ORALES, 12 MG, 9 MG.....	28	BANZEL.....	25	<i>blisovi 24 fe</i>	55
<i>aviane</i>	55	BAQSIMI.....	45	<i>blisovi fe 1.5/30 (28)</i>	55
<i>avita</i>	41	BARACLUDE, SOLUCIÓN ORAL...	11	<i>blisovi fe 1/20 (28)</i>	55
AVONEX, KIT DE JERINGA INTRAMUSCULAR.....	52	BAVENCIO.....	19	BOOSTRIX TDAP.....	52
AVONEX, KIT DE LAPICERA PARA INYECCIÓN INTRAMUSCULAR...	52	BCG (PF), VACUNA CON VIRUS VIVOS.....	52	BORTEZOMIB.....	19
AVSOLA.....	50	BD, AGUJA PARA LAPICERA.....	45	<i>bosentán</i>	60
<i>ayuna</i>	55	BELEODAQ.....	19	BOSULIF, COMPRIMIDOS ORALES, 100 MG.....	19
AYVAKIT.....	19	<i>benazepril</i>	36	BOSULIF, COMPRIMIDOS ORALES, 400 MG, 500 MG.....	19
<i>azacitidina</i>	19	<i>benazepril-hidroclorotiazida</i>	36	BOTOX.....	52
<i>azalastina oftálmica (ojos)</i>	58	BENDEKA.....	19	BRAFTOVI, CÁPSULAS ORALES, 75 MG.....	19
AZASAN.....	19	BENLYSTA.....	53	BREO ELLIPTA.....	60
AZASITE.....	57	<i>benzatropina inyectable</i>	27	<i>briellyn</i>	55
<i>azatioprina, comprimidos orales, 50 mg</i>	19	<i>benzatropina oral</i>	27	BRILINTA.....	38
<i>azatioprina, comprimidos orales, 100 mg, 75 mg</i>	19	BESIVANCE.....	58	<i>brimonidina, gotas oftálmicas (ojos), 0.2%</i>	59
<i>azatioprina sódica</i>	19	BESPONSA.....	19	<i>brimonidina, gotas oftálmicas (ojos), 0.15%</i>	59
<i>azelastina nasal</i>	44	<i>betametasona, aumentada</i>	42	<i>brinzolamida</i>	58
<i>azitromicina, comprimidos orales</i> ...	14	BETASERON, KIT PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA.....	52	BRIVIACT, COMPRIMIDOS ORALES.....	25
<i>azitromicina intravenosa</i>	14	<i>betaxolol oral</i>	36	BRIVIACT INTRAVENOSO.....	25
<i>azitromicina, paquete oral</i>	14	<i>bexaroteno</i>	19	BRIVIACT, SOLUCIÓN ORAL.....	25
<i>azitromicina, suspensión oral para reconstitución</i>	14	BEXSERO.....	52	<i>bromfenaco</i>	58
AZOPT.....	58	<i>bicalutamida</i>	19	<i>bromocriptina</i>	28
<i>aztreonam, sol. para reconst. inyect., 1 gramo</i>	15	<i>bicarbonato de sodio, jeringa intravenosa, 10 meq/10 ml (8.4%), 7.5% (0.9 meq/ml), 8.4% (1 meq/ml)</i>	62	<i>bromuro de ipratropio nasal</i>	44
<i>aztreonam, sol. para reconst. inyect., 2 gramos</i>	15	BICILLIN L-A.....	17	<i>bromuro de ipratropio para inhalar</i> ..	60
<i>azurette (28)</i>	55	BIDIL.....	36	<i>bromuro de piridostigmina, comprimidos orales, 60 mg</i>	29

Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
<i>bromuro de piridostigmina, comprimidos orales, liberación prolongada</i>	29	<i>butirato de hidrocortisona, solución tópica</i>	42	<i>carbamazepina, comprimidos orales</i>	26
<i>bromuro de piridostigmina, jarabe oral</i>	29	<i>butorfanol nasal</i>	31	<i>carbamazepina, comprimidos orales, liberación prolongada, 12 horas</i>	26
BROVANA	60	BYDUREON BCISE	45	<i>carbamazepina, comprimidos orales masticables</i>	26
BRUKINSA	19	BYSTOLIC	36	<i>carbamazepina, suspensión oral, 100 mg/5 ml, 200 mg/10 ml</i>	26
<i>budesonida, cápsulas orales, liberación retardada y prolongada</i>	50	C		<i>carbidopa</i>	28
<i>budesonida, comprimidos orales, liberación retardada y prolongada</i>	50	CABENUVA	11	<i>carbidopa-levodopa, comprimidos de desintegración oral</i>	28
<i>budesonida, suspensión para inhalación para nebulización, 0.25 mg/2 ml, 0.5 mg/2 ml</i>	60	<i>cabergolina</i>	48	<i>carbidopa-levodopa, comprimidos orales</i>	28
<i>budesonida, suspensión para inhalación para nebulización, 1 mg/2 ml</i>	60	CABOMETYX, COMPRIMIDOS ORALES, 20 MG, 60 MG	19	<i>carbidopa-levodopa, comprimidos orales, liberación prolongada</i>	28
<i>bumetanida inyectable</i>	36	CABOMETYX, COMPRIMIDOS ORALES, 40 MG	19	<i>carbidopa-levodopa-entacapona</i>	28
<i>bumetanida oral</i>	36	<i>calcipotrieno, crema tópica</i>	40	<i>carbonato de litio</i>	34
<i>buprenorfina-naloxona, comprimidos sublinguales, 2-0.5 mg</i>	31	<i>calcipotrieno, cuero cabelludo</i>	40	<i>carboplatino, solución intravenosa</i>	19
<i>buprenorfina-naloxona, comprimidos sublinguales, 8-2 mg</i>	31	<i>calcipotrieno, pomada tópica</i>	40	<i>carmustina</i>	19
<i>buprenorfina-naloxona, película sublingual, 2-0.5 mg</i>	30	<i>calcitonina (salmón), inyección</i>	48	CARNITOR INTRA VENOSO	43
<i>buprenorfina-naloxona, película sublingual, 4-1 mg, 8-2 mg</i>	30	<i>calcitonina (salmón), nasal</i>	48	<i>carteolol</i>	58
<i>buprenorfina-naloxona, película sublingual, 12-3 mg</i>	30	<i>calcitriol oral</i>	48	<i>cartia xt</i>	36
<i>buprenorfina, parche transdérmico semanal, 7.5 mcg/hora</i>	29	<i>calcitriol, solución intravenosa, 1 mcg/ml</i>	48	<i>carvedilol</i>	36
BUPRENORPHINE, PARCHES TRANSDÉRMICOS SEMANAL, 10 MCG/HORA, 15 MCG/HORA, 20 MCG/HORA, 5 MCG/HORA	29	<i>calcitriol tópico</i>	40	<i>casprofungina</i>	11
<i>buspirona</i>	32	CALQUENCE	19	CAYSTON	15
<i>busulfán</i>	19	<i>camila</i>	54	<i>caziant (28)</i>	55
<i>butirato de hidrocortisona, crema tópica</i>	42	<i>camrese</i>	55	<i>cefaclor, cápsulas orales</i>	13
<i>butirato de hidrocortisona-emoliente</i>	42	<i>camrese lo</i>	55	<i>cefaclor, suspensión oral para reconstitución, 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml, 375 mg/5 ml</i>	13
<i>butirato de hidrocortisona, pomada tópica</i>	42	<i>candesartán, comprimidos orales, 16 mg, 4 mg, 8 mg</i>	36	<i>cefadroxilo, cápsulas orales</i>	13
		<i>candesartán, comprimidos orales, 32 mg</i>	36	<i>cefadroxilo, comprimidos orales</i>	13
		<i>candesartán-hidroclorotiazida</i>	36	<i>cefadroxilo, suspensión oral para reconstitución, 250 mg/5 ml, 500 mg/5 ml</i>	13
		CAPLYTA	32	<i>cefaalexina, cápsulas orales, 250 mg, 500 mg</i>	14
		CAPRELSA, COMPRIMIDOS ORALES, 100 MG	19	<i>cefaalexina, suspensión oral para reconstitución</i>	14
		CAPRELSA, COMPRIMIDOS ORALES, 300 MG	19	<i>cefazolina en dextrosa (iso-osm.), infusión secundaria intravenosa, 1 gramo/50 ml, 2 gramos/50 ml</i>	14
		<i>caproato de hidroxiprogesterona</i>	55		
		CARBAGLU	43		
		<i>carbamazepina, cápsulas orales, liberación prolongada, multifásica, 12 horas</i>	25		

Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
<i>cefazolina intravenosa</i>	14	CEREZYME, SOL. PARA RECONST. INTRAVENOSA, 400 UNIDADES	48	CIPRO, RECONST. DE MICROCÁPSULAS PARA SUSPENSIÓN ORAL	17
<i>cefazolina, sol. para reconst. inyect., 1 g, 10 g, 100 g, 300 g, 500 mg</i>	14	CHANTIX	44	<i>cisplatino, solución intravenosa</i>	19
CEFAZOLIN EN DEXTROSA (ISO-OSM.), INFUSIÓN SECUNDARIA INTRAVENOSA, 2 GRAMOS/100 ML	14	CHANTIX, PAQUETE MENSUAL DE CONTINUACIÓN	44	<i>citalopram, comprimidos orales</i>	32
<i>cefdinir, cápsulas orales</i>	14	CHANTIX, PAQUETE MENSUAL INICIAL	44	<i>citalopram, solución oral</i>	32
<i>cefedinir, suspensión oral para reconstitución</i>	14	<i>charlotte 24 fe</i>	55	<i>citarabina</i>	20
<i>cefepima en dextrosa, iso-osm.</i>	14	<i>chateal (28)</i>	55	<i>citarabina (pf)</i>	20
<i>cefepima inyectable</i>	14	<i>chateal eq (28)</i>	55	<i>citrato de fentanilo, pastilla bucal con aplicador</i>	30
CEFEPIME EN DEXTROSA 5%	14	CHEMET	43	<i>citrato de fentanilo (pf), jeringa intravenosa, 100 mcg/2 ml (50 mcg/ml)</i>	30
CEFEPIME, INTRAVENOSO	14	CHORIONIC GONADOTROPIN, HUMANA INTRAMUSCULAR	48	<i>citrato de fentanilo (pf), jeringa inyectable, 50 mcg/ml</i>	30
<i>cefixima</i>	14	<i>ciclobenzaprina, comprimidos orales, 10 mg, 5 mg</i>	29	<i>citrato de fentanilo (pf), solución inyectable</i>	29
<i>ceflaclor, comprimidos orales, liberación prolongada, 12 horas</i>	13	<i>ciclodan, solución tópica</i>	41	<i>citrato de potasio</i>	62
CEFOTETAN EN DEXTROSA, ISO-OSM.	14	<i>ciclofosfamida oral</i>	19	<i>cladribina</i>	19
<i>cefotetan inyectable</i>	14	<i>ciclofosfamida, sol. para reconst. intravenosa</i>	19	<i>claravis</i>	41
<i>cefoxitina</i>	14	<i>ciclopirox, champú tópico</i>	41	<i>claritromicina, comprimidos orales</i>	14
<i>cefoxitina en dextrosa, iso-osm.</i>	14	<i>ciclopirox, crema tópica</i>	41	<i>claritromicina, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas</i>	14
<i>cefpodoxima</i>	14	<i>ciclopirox, solución tópica</i>	41	<i>claritromicina, suspensión oral para reconstitución</i>	14
<i>cefprozilo</i>	14	<i>ciclopirox, suspensión tópica</i>	41	<i>clindacin etz, paño tópico</i>	41
<i>ceftazidima</i>	14	<i>ciclosporina, cápsulas orales</i>	20	<i>clindacin p</i>	41
CEFTAZIDIME IN D5W	14	<i>ciclosporina intravenosa</i>	19	<i>clindacin 5</i>	41
<i>ceftriaxona en dextrosa, iso-osm.</i>	14	<i>ciclosporina modificada</i>	20	<i>clindamicina en dextrosa al 5%</i>	15
<i>ceftriaxona intravenosa</i>	14	<i>cilostazol</i>	38	<i>clindamicina pediátrica</i>	15
<i>ceftriaxona, sol. para reconst. inyect., 1 gramo, 10 gramos, 2 gramos, 250 mg, 500 mg</i>	14	CILOXAN, POMADA OFTÁLMICA (OJOS)	58	CLINDAMYCIN EN CLORURO DE SODIO AL 0.9%	15
CEFTRIAZONE, SOL. PARA RECONST. INJECT., 100 GRAMOS	14	CIMDUO	11	CLINDAMYCIN PHOSPHATE, GEL TÓPICO, UNA VEZ AL DÍA	41
<i>cefuroxima axetilo, comprimidos orales</i>	14	<i>cinacalcet, comprimidos orales, 30 mg, 60 mg</i>	48	CLINIMIX, 4.25%/D5W, SIN SULFITOS	43
<i>cefuroxima sódica intravenosa</i>	14	<i>cinacalcet, comprimidos orales, 90 mg</i>	48	CLINIMIX 4.25%/D10W, SIN SULFITOS	63
<i>cefuroxima sódica, sol. para reconst. inyect., 750 mg</i>	14	<i>cipionato de testosterona, aceite intramuscular, 100 mg/ml, 200 mg/ml (1 ml)</i>	49	CLINIMIX 5%/D15W, SIN SULFITOS	63
<i>celecoxib</i>	31	CIPRODEX	44	CLINIMIX 5%-D20W (SIN SULFITOS)	63
CELONTIN, CÁPSULAS ORALES, 300 MG	26	<i>ciprofloxacina-dexametasona</i>	44	CLINIMIX 6%-D5W (SIN SULFITOS)	63
		<i>ciprofloxacina en dextrosa al 5%</i>	17		
		CIPRO HC	44		

Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
CLINIMIX 8%-D10W (SIN SULFITOS)	63	clorhidrato de amantadina.....	11	clorhidrato de diltiazem, cápsulas orales, liberación prolongada, 24 horas, 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg, 420 mg ..	36
CLINIMIX 8%-D14W (SIN SULFITOS)	63	clorhidrato de buprenorfina, inyectable.....	29	clorhidrato de diltiazem, cápsulas orales, liberación prolongada, 24 horas, degradable ..	36
CLINIMIX E 4.25%/D10W, SIN SULFITOS.....	63	clorhidrato de buprenorfina sublingual.....	29	clorhidrato de diltiazem, comprimidos orales.....	36
CLINISOL SF 15%	63	clorhidrato de bupropión (agente para dejar de fumar)	44	clorhidrato de diltiazem, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas	36
clobazam, comprimidos orales	26	clorhidrato de bupropión, comprimidos orales, 75 mg.....	32	clorhidrato de diltiazem intravenoso	36
clobazam, suspensión oral.....	26	clorhidrato de bupropión, comprimidos orales, 100 mg	32	clorhidrato de flufenazina, comprimidos orales.....	33
clobetasol, champú tópico.....	42	clorhidrato de bupropión, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas, 150 mg.....	32	clorhidrato de flufenazina, concentrado oral	33
clobetasol, crema tópica	42	clorhidrato de bupropión, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas, 300 mg.....	32	clorhidrato de flufenazina, elixir oral	33
clobetasol, cuero cabelludo	42	clorhidrato de bupropión, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas	32	clorhidrato de flufenazina inyectable	33
clobetasol-emoliente, crema tópica	42	clorhidrato de ciprofloxacina, comprimidos orales, 100 mg	17	clorhidrato de granisetron intravenoso	50
clobetasol-emoliente, espuma tópica	42	clorhidrato de ciprofloxacina, comprimidos orales, 250 mg, 500 mg, 750 mg.....	17	clorhidrato de granisetron oral.....	50
clobetasol, espuma tópica.....	42	clorhidrato de ciprofloxacina oftálmico (ojos).....	58	clorhidrato de hidroxizina, comprimidos orales.....	59
clobetasol, gel tópico	42	clorhidrato de clindamicina	15	clorhidrato de imipramina	33
clobetasol, pomada tópica	42	clorhidrato de clonidina, comprimidos orales, 0.1 mg, 0.2 mg	36	clorhidrato de levalbuterol.....	60
CLOCORTOLONE PIVALATE	42	clorhidrato de clonidina, comprimidos orales, 0.3 mg	36	clorhidrato de lidocaína, gel para membrana mucosa.....	40
clodan	42	clorhidrato de clonidina, comprimidos orales, liberación prolongada, 12 horas	32	clorhidrato de lidocaína, gel para membrana mucosa en aplicador....	40
clofarabina.....	19	clorhidrato de difenhidramina, solución inyectable, 50 mg/ml	59	clorhidrato de lidocaína, laringotraqueal	40
clomipramina.....	32	clorhidrato de diltiazem, cápsulas orales, liberación prolongada, 12 horas	36	clorhidrato de lidocaína, solución inyectable	40
clonazepam, comprimidos de desintegración oral, 0.125 mg, 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg.....	26	clorhidrato de diltiazem, cápsulas orales, liberación prolongada, 24 horas, 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg.....	36	clorhidrato de lidocaína, solución para membrana mucosa, 2%.....	40
clonazepam, comprimidos de desintegración oral, 2 mg	26			clorhidrato de lidocaína, solución para membrana mucosa, 4% (40 mg/ml).....	40
clonazepam, comprimidos orales, 0.5 mg, 1 mg	26			clorhidrato de melfalán.....	22
clonazepam, comprimidos orales, 2 mg	26			clorhidrato de metilfenidato, comprimidos orales.....	34
clonidina	36				
clopidogrel, comprimidos orales, 75 mg	38				
clopidogrel, comprimidos orales, 300 mg	38				
clorazepato dipotásico, comprimidos orales, 3.75 mg.....	32				
clorazepato dipotásico, comprimidos orales, 7.5 mg	32				
clorazepato dipotásico, comprimidos orales, 15 mg.....	32				

Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
clorhidrato de metilfenidato, comprimidos orales, liberación prolongada	34	cloruro de oxibutinina, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas	61	clotrimazol, membrana mucosa	11
clorhidrato de metilfenidato, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas, 18 mg, 18 mg (calificación bx), 27 mg, 27 mg (calificación bx), 36 mg, 36 mg (calificación bx), 54 mg, 54 mg (calificación bx)	34	cloruro de oxibutinina, jarabe oral	61	clotrimazol, solución tópica	41
clorhidrato de metoclopramida, comprimidos orales	50	cloruro de potasio, cápsulas orales, liberación prolongada	62	clozapina, comprimidos de desintegración oral	32
clorhidrato de metoclopramida, solución oral	50	cloruro de potasio, comprimidos orales, liberación prolongada	62	clozapina, comprimidos orales	32
clorhidrato de ondansetrón, comprimidos orales	51	cloruro de potasio, comprimidos orales, liberación prolongada, partículas/cristales	62	COARTEM	15
clorhidrato de ondansetrón intravenoso	50	cloruro de potasio-d5-nacl al 0.2%, solución parenteral intravenosa, 30 meq/l, 40 meq/l	62	colchicina, comprimidos orales	53
clorhidrato de ondansetrón (pf)	50	cloruro de potasio en agua, infusión secundaria intravenosa	62	colesevelam	39
clorhidrato de ondansetrón, solución oral	50	cloruro de potasio en d5-nacl al 0.45%, solución parenteral intravenosa, 30 meq/l	62	colestipol	39
clorhidrato de paroxetina, comprimidos orales	34	cloruro de potasio en dext. al 5%, solución parenteral intravenosa, 20 meq/l, 30 meq/l, 40 meq/l	62	colestiramina (con azúcar)	39
clorhidrato de paroxetina, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas	34	cloruro de potasio en lr-d5, solución parenteral intravenosa, 20 meq/l	62	colestiramina suave	39
clorhidrato de paroxetina, suspensión oral	34	cloruro de potasio en nacl al 0.9%, solución parenteral intravenosa, 20 meq/l, 40 meq/l	62	colistina (colistimetato sódico)	15
clorhidrato de pilocarpina, gotas oftálmicas (ojos), 1%, 2%, 4%	58	cloruro de potasio en lr-d5, solución parenteral intravenosa, 20 meq/l	62	COMBIGAN	58
clorhidrato de pilocarpina oral	44	cloruro de potasio en nacl al 0.45%	62	COMBIVENT RESPIMAT	60
clorhidrato de selegilina	28	cloruro de potasio intravenoso	62	COMETRIQ, CÁPSULAS ORALES, 60 MG/DÍA (20 MG X 3/DÍA)	19
clorhidrato de terbinafina oral	11	cloruro de potasio, líquido oral	62	COMETRIQ, CÁPSULAS ORALES, 100 MG/DÍA (80 MG X 1-20 MG X 1)	19
clorhidrato de ziprasidona	35	cloruro de potasio-nacl al 0.45%	62	COMETRIQ, CÁPSULAS ORALES, 140 MG/DÍA (80 MG X 1-20 MG X 3)	19
clorotiazida sódica	36	cloruro de potasio, paquete oral	62	COMPLERA	11
clorpromazina, comprimidos orales	32	cloruro de sodio al 0.9%, intravenoso	44	compro	50
clorpromazina, concentrado oral	32	cloruro de sodio al 0.45%, solución parenteral intravenosa	62	constulosa	50
clorpromazina inyectable	32	cloruro de sodio al 3%	63	COPAXONE, JERINGA SUBCUTÁNEA, 20 MG/ML	28
clortalidona, comprimidos orales, 25 mg, 50 mg	36	cloruro de sodio al 5%	63	COPAXONE, JERINGA SUBCUTÁNEA, 40 MG/ML	28
cloruro de betanecol	62	cloruro de sodio intravenoso	63	COPIKTRA	19
cloruro de oxibutinina, comprimidos orales	61	cloruro de sodio para irrigación	44	CORLANOR, COMPRIMIDOS ORALES	39
		clotrimazol-betametasona, crema tópica	41	CORTIFOAM	50
		clotrimazol-betametasona, loción tópica	41	CORTISPORIN-TC	44
		clotrimazol, crema tópica	41	COSMEGEN	19
				COTELLIC	19
				CREON	50
				CRESEMBA ORAL	11
				cromoglicato oftálmico (ojos)	58
				cromoglicato oral	50
				cromoglicato para inhalar	60
				cryselle (28)	55
				cyclafem 1/35 (28)	55

Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
<i>cyclafem 7/7/7 (28)</i> 55		DAURISMO, COMPRIMIDOS ORALES, 100 MG 20		<i>dexametasona, elixir oral</i> 44	
CYCLOPHOSPHAMIDE, SOLUCIÓN INTRAVENOSA 19		<i>daysee</i> 55		<i>dexametasona, intensol</i> 44	
CYCLOSERINE 15		<i>deblitane</i> 54		<i>dexametasona, solución oral</i> 44	
CYCLOSET 45		<i>decanoato de flufenazina</i> 33		<i>dexmetilfenidato, comprimidos orales</i> 32	
CYRAMZA 20		<i>decanoato de haloperidol</i> 33		<i>dextroanfetamina-anfetamina, cápsulas orales, liberación prolongada, 24 horas</i> 32	
<i>cyred</i> 55		<i>decitabina</i> 20		<i>dextroanfetamina-anfetamina, comprimidos orales, 5 mg</i> 32	
<i>cyred eq</i> 55		<i>deferasirox, comprimidos orales</i> 43		<i>dextroanfetamina-anfetamina, comprimidos orales, 10 mg</i> 32	
CYSTADANE 50		<i>deferasirox, paquete de gránulos orales</i> 43		<i>dextroanfetamina-anfetamina, comprimidos orales, 12.5 mg, 30 mg, 7.5 mg</i> 32	
CYSTAGON 62		<i>deferiprona</i> 43		<i>dextroanfetamina-anfetamina, comprimidos orales, 15 mg</i> 32	
CYSTARAN 58		DELESTROGEN, ACEITE INTRAMUSCULAR, 10 MG/ML 54		<i>dextroanfetamina-anfetamina, comprimidos orales, 20 mg</i> 32	
D		DELSTRIGO 11		<i>dextroanfetamina, cápsulas orales, liberación prolongada</i> 32	
<i>dacarbazina</i> 20		<i>demeclociclina</i> 18		<i>dextroanfetamina, comprimidos orales</i> 32	
<i>dactinomicina</i> 20		DEMSEER 36		<i>dextroanfetamina, solución oral</i> 32	
<i>d al 2.5%-cloruro de sodio al 0.45%</i> 43		DENAVIR 41		<i>dextrosa al 5%-cloruro de sodio al 0.2%</i> 43	
<i>d al 5%-cloruro de sodio al 0.45%</i> 43		DEPEN TITRATABS 53		<i>dextrosa al 5%-cloruro de sodio al 0.3%</i> 43	
<i>d al 5% y cloruro de sodio al 0.9%</i> 43		DEPO-ESTRADIOL 54		<i>dextrosa al 5% en agua (d5w), infusión secundaria intravenosa</i> 43	
<i>d al 10%-cloruro de sodio al 0.45%</i> 43		DEPO-MEDROL 44		<i>dextrosa al 5%-solución de lactato sódico compuesta</i> 43	
<i>dalfampridina</i> 28		DESCOVY 11		<i>dextrosa al 10% y nacl al 0.2%</i> 43	
DALIRESP 60		<i>desipramina</i> 32		<i>dextrosa al 25% en agua (d25w)</i> 43	
<i>danazol</i> 48		<i>desloratadina, comprimidos orales</i> 59		<i>dextrosa al 30% en agua (d30w)</i> 43	
<i>dantroleno oral</i> 29		<i>desmopresina inyectable</i> 48		<i>dextrosa al 50% en agua (d50w)</i> 43	
DANYELZA 20		<i>desmopresina oral</i> 49		<i>dextrosa al 70% en agua (d70w)</i> 43	
<i>dapsona oral</i> 15		<i>desmopresina, rociador nasal con bomba</i> 48		DEXTROSE 5% IN WATER (D5W), SOLUCIÓN PARENTERAL INTRAVENOSA 43	
DAPTACEL (DTAP PEDIÁTRICA) (PF) 52		<i>desmopresina, rociador nasal no aerosol, 10 mcg/aplicación (0.1 ml)</i> 48		DEXTROSE AL 10% EN AGUA (D10W) 43	
<i>daptomicina, sol. para reconst. intravenosa, 500 mg</i> 15		<i>desog-e.estradiol/e.estradiol</i> 56		DIACOMIT, CÁPSULAS ORALES, 250 MG 26	
DAPTOMYCIN, SOL. PARA RECONST. INTRAVENOSA, 350 MG 15		<i>desogestrel-etinilestradiol</i> 56			
<i>darifenacina</i> 61		<i>desonida, crema tópica</i> 42			
DARZALEX 20		<i>desonida, loción tópica</i> 42			
DARZALEX FASPRO 20		<i>desonida, pomada tópica</i> 42			
<i>dasetta 1/35 (28)</i> 55		<i>desoximetasona, crema tópica</i> 42			
<i>dasetta 7/7/7 (28)</i> 55		<i>desoximetasona, gel tópico</i> 42			
<i>daunorrubicina, solución intravenosa</i> 20		<i>desoximetasona, pomada tópica</i> 42			
DAURISMO, COMPRIMIDOS ORALES, 25 MG 20		<i>dexametasona, comprimidos orales, 0.5 mg, 0.75 mg, 4 mg</i> 45			
		<i>dexametasona, comprimidos orales, 1 mg, 1.5 mg, 2 mg, 6 mg</i> 45			

Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
DIACOMIT, CÁPSULAS ORALES, 500 MG	26	DILANTIN, 30 MG	26	DOVATO	11
DIACOMIT, PAQUETE DE POLVO ORAL, 250 MG	26	dilt-xr	36	doxazosina, comprimidos orales, 1 mg, 2 mg, 4 mg	36
DIACOMIT, PAQUETE DE POLVO ORAL, 500 MG	26	dimetilfumarato, cápsulas orales, liberación retardada (dr/ec), 120 mg	28	doxazosina, comprimidos orales, 8 mg	36
DIASTAT	26	dimetilfumarato, cápsulas orales, liberación retardada (dr/ec), 120 mg (14)-240 mg (46)	28	doxepina, cápsulas orales	32
DIASTAT ACUDIAL	26	dimetilfumarato, cápsulas orales, liberación retardada (dr/ec), 240 mg	28	doxepina, comprimidos orales	32
diazepam, comprimidos orales	32	dinitrato de isosorbida, comprimidos orales	39	doxepina, concentrado oral	32
diazepam, concentrado oral	32	dipiridamol oral	38	doxercalciferol	49
diazepam, intensol	32	dipropionato de betametasona	42	doxiciclina-100	18
diazepam inyectable	32	disoproxilo de efavirenz-lamivudina-tenofovir, comprimidos orales, 400-300-300 mg	11	doxorubicina, liposomal pegilada	20
diazepam rectal	26	disoproxilo de efavirenz-lamivudina-tenofovir, comprimidos orales, 600-300-300 mg	11	doxorubicin	20
diazepam, solución oral, 5 mg/5 ml (1 mg/ml)	32	disulfiram	43	DOXYCYCLINE MONOHYDRATE, CÁPSULAS ORALES, LIB. INMEDIATA-LIB. RETARDADA, BIFÁSICA	18
diazoxida	45	divalproex	26	DRIZALMA, CÁPSULAS ORALES CON GRÁNULOS, LIB. RETARDADA, 20 MG, 30 MG, 60 MG	33
dicloclomina, cápsulas orales	50	docetaxel, solución intravenosa, 160 mg/16 ml (10 mg/ml), 160 mg/8 ml (20 mg/ml), 20 mg/2 ml (10 mg/ml), 20 mg/ml (1 ml), 80 mg/4 ml (20 mg/ml), 80 mg/8 ml (10 mg/ml)	20	DRIZALMA, CÁPSULAS ORALES CON GRÁNULOS, LIB. RETARDADA, 40 MG	33
dicloclomina, comprimidos orales	50	dofetilida	35	dronabinol	50
diclofenaco potásico, comprimidos orales, 50 mg	31	dolishale	56	drosiprenona-e.estradiol-lm.fa	56
diclofenaco sódico, gel tópico al 1%	31	donepezilo, comprimidos de desintegración oral, 5 mg	28	drosiprenona-etinilestradiol	56
diclofenaco sódico, gotas tópicas	31	donepezilo, comprimidos de desintegración oral, 10 mg	28	DROXIA	20
diclofenaco sódico oftálmico (ojos)	58	donepezilo, comprimidos orales, 5 mg	28	droxidopa, cápsulas orales, 100 mg	43
diclofenaco sódico oral	31	donepezilo, comprimidos orales, 10 mg	28	droxidopa, cápsulas orales, 200 mg, 300 mg	43
dicloxacilina	17	donepezilo, comprimidos orales, 23 mg	28	DUAVEE	54
didanosina, cápsulas orales, liberación retardada (dr/ec), 250 mg, 400 mg	11	dorzolamida	58	duloxetine, cápsulas orales, liberación retardada (dr/ec), 20 mg, 30 mg, 60 mg	33
difenoxilato-atropina, comprimidos orales	50	dorzolamida-timolol	59	DUPIXENT, JERINGA SUBCUTÁNEA, 200 MG/1.14 ML	40
difenoxilato-atropina, líquido oral	50	dotti	54	DUPIXENT, JERINGA SUBCUTÁNEA, 300 MG/2 ML	40
DIFICID, COMPRIMIDOS ORALES	14			DUPIXENT, LAPICERA PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA, 200 MG/1.14 ML	40
DIFICID, SUSPENSIÓN ORAL PARA RECONSTITUCIÓN	14			DUPIXENT, LAPICERA PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA, 300 MG/2 ML	40
diflunisal	31				
difluprednato	59				
digitek	39				
digox	39				
digoxina, comprimidos orales	39				
digoxina, solución oral	39				
dihidroergotamina nasal	28				

Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
DUREZOL	59	EMTRIVA, CÁPSULAS ORALES ...	12	ergotamina-cafeína	28
<i>dutasterida</i>	61	EMTRIVA, SOLUCIÓN ORAL	12	<i>eritrocina (como estearato),</i>	
<i>dutasterida-tamsulosina</i>	61	EMVERM	15	<i>comprimidos orales, 250 mg</i>	15
E		<i>enalapril-hidroclorotiazida</i>	36	<i>eritromicina, comprimidos orales</i> ...	15
<i>ec-naproxeno</i>	31	<i>enantato de testosterona</i>	49	<i>eritromicina, comprimidos orales,</i>	
<i>econazol</i>	41	ENBREL, JERINGA SUBCUTÁNEA .	54	<i>liberación retardada (dr/ec)</i>	15
EDARBI	36	ENBREL MINI	53	<i>eritromicina con etanol,</i>	
EDARBYCLOR	36	ENBREL, SOL. PARA		<i>solución tópica</i>	41
<i>edisilato de proclorperazina</i>	51	RECONST. SUBCUTÁNEA	54	<i>eritromicina oftálmica (ojos)</i>	58
EDURANT	11	ENBREL, SOLUCIÓN		<i>eritromicina, paños</i>	41
<i>e.e.s. 400, comprimidos orales</i>	14	SUBCUTÁNEA	54	<i>eritromicina-peróxido de benzoílo</i> ...	41
<i>efavirenz, cápsulas orales, 50 mg</i> ..	11	ENBREL SURECLICK	54	ERIVEDGE	20
<i>efavirenz, cápsulas orales, 200 mg</i> .	11	<i>endocet</i>	29	ERLEADA	20
<i>efavirenz, comprimidos orales</i>	11	ENERGIX-B (PF), JERINGA		<i>erlotinib, comprimidos</i>	
<i>efavirenz-emtricitabina-tenofovir</i> ...	11	INTRAMUSCULAR	52	<i>orales, 25 mg</i>	20
ELAPRASE	49	ENERGIX-B (PF),		<i>erlotinib, comprimidos</i>	
<i>electrolitos-48 en d5w</i>	63	USO PEDIÁTRICO	52	<i>orales, 100 mg, 150 mg</i>	20
ELIGARD	20	ENHERTU	20	<i>errin</i>	54
ELIGARD (3 MESES)	20	<i>enoxaparina</i>	38	<i>ertapenem</i>	15
ELIGARD (4 MESES)	20	<i>enpresse</i>	56	ERYPED 400	14
ELIGARD (6 MESES)	20	<i>enskyce</i>	56	<i>ery-tab, comprimidos</i>	
<i>elinest</i>	56	<i>entacapon</i>	28	<i>orales, liberación</i>	
ELIQUIS	38	<i>entecavir</i>	12	<i>retardada (dr/ec), 250 mg</i>	14
ELIQUIS, TRATAMIENTO INICIAL		ENTRESTO	39	ERY-TAB, COMPRIMIDOS ORALES,	
PARA TROMBOSIS VENOSA		<i>enulosa</i>	50	LIBERACIÓN RETARDADA	
PROFUNDA/EMBOLIA		ENVARISUS XR	20	(DR/EC), 333 MG, 500 MG	14
PULMONAR, 30 DÍAS	38	EPCLUSA,		ERYTHROCIN, SOL.	
ELLA	56	COMPRIMIDOS ORALES	12	PARA RECONST.	
ELLENCE	20	EPIDIOLEX	26	INTRAVENOSA, 500 MG	15
ELMIRON	62	<i>epinastina</i>	58	ERYTHROMYCIN CON	
ELZONRIS	20	<i>epinefrina, autoinyector para</i>		ETANOL, GEL TÓPICO	41
EMCYT	20	<i>inyección, 0.15 mg/0.3 ml,</i>		ESBRIET, CÁPSULAS ORALES ...	60
EMEND, SUSPENSIÓN ORAL		<i>0.3 mg/0.3 ml</i>	59	ESBRIET, COMPRIMIDOS	
PARA RECONSTITUCIÓN	50	<i>epinefrina, autoinyector para</i>		ORALES, 267 MG	60
<i>emoquette</i>	56	<i>inyección, 0.15 mg/0.15 ml,</i>		ESBRIET, COMPRIMIDOS	
EMPLICITI	20	<i>0.3 mg/0.3 ml</i>	59	ORALES, 801 MG	60
EMSAM	33	<i>epinefrina, solución</i>		<i>escopolamina base</i>	51
<i>emtricitabina</i>	12	<i>inyectable, 1 mg/ml</i>	59	<i>esomeprazol magnésico, cápsulas</i>	
<i>emtricitabina-tenofovir (tdf)</i>	12	<i>epirubicina, solución intravenosa</i> ..	20	<i>orales, liberación retardada (dr/ec)</i> ..	51
		<i>epitol</i>	26	<i>espirolactona</i>	37
		EPIVIR HBV, SOLUCIÓN ORAL ...	12	<i>espirolactona-hidroclorotiazida</i> ...	37
		ERBITUX	20	<i>estarylla</i>	56
				<i>estavudina, cápsulas orales</i>	13

Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
<i>ésteres etílicos de los ácidos omega 3</i>	39	F		<i>fenofibrato, comprimidos orales nanocristalizados, 145 mg, 48 mg</i> ..	39
<i>estradiol oral</i>	54	FABRAZYME	49	<i>fenoxibenzamina</i>	37
<i>estradiol, parche transdérmico quincenal</i>	54	<i>falmina (28)</i>	56	<i>fentanilo</i>	29
<i>estradiol, parche transdérmico semanal</i>	54	<i>famciclovir</i>	12	FERRIPROX	43
<i>estradiol vaginal</i>	54	<i>famotidina, comprimidos orales, 20 mg, 40 mg</i>	51	FERRIPROX (2 VECES POR DÍA) ..	43
<i>estreptomicina</i>	16	<i>famotidina, suspensión oral</i>	51	FETZIMA, CÁPSULAS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA, 24 HORAS	33
ESTRING	55	FANAPT, COMPRIMIDOS ORALES, 1 MG	33	FETZIMA, CÁPSULAS ORALES, LIB. PROL., 24 HORAS, PAQUETE DOSIFICADO	33
<i>etacrinato sódico</i>	36	FANAPT, COMPRIMIDOS ORALES, 10 MG, 12 MG, 2 MG, 4 MG, 6 MG, 8 MG	33	<i>finasterida, comprimidos orales, 5 mg</i>	61
<i>etambutol</i>	15	FANAPT, COMPRIMIDOS ORALES, PAQUETE DOSIFICADO	33	FINTEPLA	26
<i>etilsuccinato de eritromicina, comprimidos orales</i>	15	FARXIGA, COMPRIMIDOS ORALES, 5 MG	45	FIRDAPSE	28
<i>etilsuccinato de eritromicina, suspensión oral para reconstitución, 200 mg/5 ml</i>	15	FARXIGA, COMPRIMIDOS ORALES, 10 MG	45	FIRMAGON, KIT CON JERINGA DILUYENTE, SOL. PARA RECONST. SUBCUTÁNEA, 80 MG	20
<i>etilsuccinato de eritromicina, suspensión oral para reconstitución, 400 mg/5 ml</i>	15	FARYDAK	20	FIRMAGON, KIT CON JERINGA DILUYENTE, SOL. PARA RECONST. SUBCUTÁNEA, 120 MG	20
<i>etidiol diac-etinilestradiol</i>	56	FEBUXOSTAT	53	FIRVANQ, SOL. PARA RECONST. INTRAVENOSA, 25 MG/ML	15
<i>etodolaco</i>	31	<i>felbamato, comprimidos orales</i>	26	FIRVANQ, SOL. PARA RECONST. INTRAVENOSA, 50 MG/ML	15
ETOPOPHOS	20	<i>felbamato, suspensión oral</i>	26	<i>flac, aceite ótico</i>	44
<i>etopósido intravenoso</i>	20	<i>felodipina</i>	36	<i>flavoxato</i>	61
<i>etosuximida</i>	26	<i>feminor</i>	56	<i>flecainida</i>	35
<i>etravirina</i>	12	<i>fenelzina</i>	34	FLOVENT DISKUS PARA INHALAR, BLÍSTER CON DISPOSITIVO, 100 MCG/ACTIVACIÓN, 50 MCG/ACTIVACIÓN	60
EUTHYROX	49	<i>fenilbutirato sódico</i>	44	FLOVENT DISKUS PARA INHALAR, BLÍSTER CON DISPOSITIVO, 250 MCG/ACTIVACIÓN	60
<i>everolimus (antineoplásico), comprimidos orales</i>	20	<i>fenitoína, comprimidos orales masticables</i>	27	FLOVENT, INHALADOR EN AEROSOL DE HFA, 44 MCG/ACTIVACIÓN	60
<i>everolimus (inmunodepresor), comprimidos orales, 0.5 mg</i>	20	<i>fenitoína sódica, liberación prolongada</i>	27	FLOVENT, INHALADOR EN AEROSOL DE HFA, 110 MCG/ACTIVACIÓN	60
<i>everolimus (inmunodepresor), comprimidos orales, 0.25 mg, 0.75 mg</i>	20	<i>fenitoína sódica, solución intravenosa</i>	27	FLOVENT, INHALADOR EN AEROSOL DE HFA, 220 MCG/ACTIVACIÓN	60
EVOMELA	20	<i>fenitoína, suspensión oral</i>	27		
EVOTAZ	12	<i>fenobarbital, comprimidos orales</i> ..	27		
<i>exemestano</i>	20	<i>fenobarbital, elixir oral</i>	27		
EXKIVITY	20	<i>fenobarbital sódico, solución inyectable</i>	27		
EYLEA	58	<i>fenofibrato, cápsulas orales micronizadas, 134 mg, 200 mg, 67 mg</i>	39		
<i>ezetimiba</i>	39	<i>fenofibrato, comprimidos orales, 160 mg, 54 mg</i>	39		
<i>ezetimiba-simvastatina</i>	39				

Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
<i>floxuridina</i>	20	<i>fluoxetina, comprimidos</i>		<i>fosfato sódico de dexametasona</i>	
<i>flucitosina</i>	11	<i>orales, 20 mg</i>	33	<i>(pf), solución inyectable</i>	45
<i>fluconazol</i>	11	<i>fluoxetina, solución oral</i>	33	<i>fosfato sódico de dexametasona,</i>	
<i>fluconazol en nacl (iso-osm.)</i>	11	<i>fluoxetina (trastorno disfórico</i>		<i>solución inyectable</i>	45
<i>fludarabina</i>	20	<i>premenstrual), comprimidos</i>		<i>fosfato sódico de prednisolona</i>	
<i>fludrocortisona</i>	45	<i>orales, 10 mg</i>	33	<i>oftálmico (ojos)</i>	59
<i>flunisolida</i>	60	<i>fluoxetina (trastorno disfórico</i>		<i>fosfato sódico de prednisolona,</i>	
<i>fluocinolona, aceite tópico</i>	42	<i>premenstrual), comprimidos</i>		<i>solución oral, 15 mg/5 ml</i>	
<i>fluocinolona acetonida, aceite</i>	44	<i>orales, 20 mg</i>	33	<i>(3 mg/ml), 15 mg/5 ml (5 ml),</i>	
<i>fluocinolona, crema tópica</i>	42	<i>flurbiprofeno, comprimidos</i>		<i>25 mg/5 ml (5 mg/ml),</i>	
<i>fluocinolona, pomada tópica</i>	42	<i>orales, 100 mg</i>	31	<i>5 mg base/5 ml (6.7 mg/5 ml)</i>	45
<i>fluocinolona, solución tópica</i>	42	<i>flurbiprofeno sódico</i>	58	<i>fosfenitoína</i>	26
<i>fluocinolona y gorra de baño</i>	42	<i>flutamida</i>	20	<i>fosfomicina trometamina</i>	18
<i>fluocinonida, crema tópica, 0.1%</i>	42	<i>fluvoxamina, comprimidos</i>		<i>fosinopril</i>	37
<i>fluocinonida, crema tópica, 0.05%</i>	42	<i>orales, 25 mg</i>	33	<i>fosinopril-hidroclorotiazida</i>	37
<i>fluocinonida, gel tópico</i>	42	<i>fluvoxamina, comprimidos</i>		<i>FOTIVDA</i>	20
<i>fluocinonida, pomada tópica</i>	42	<i>orales, 50 mg</i>	33	<i>fulvestrant</i>	20
<i>fluocinonida, solución tópica</i>	42	<i>fluvoxamina, comprimidos</i>		<i>fumarato de bisoprolol</i>	36
<i>fluorometolona</i>	59	<i>orales, 100 mg</i>	33	<i>fumarato de disoproxilo</i>	
FLUOROURACIL,		FOLOTYN	20	<i>de tenofovir</i>	13
CREMA TÓPICA, 0.5%	40	<i>fomepizol</i>	52	<i>fumarato de formoterol</i>	60
<i>fluorouracilo, crema tópica, 5%</i>	40	<i>fondaparinux, jeringa</i>		<i>furosemida, comprimidos orales</i>	37
<i>fluorouracilo intravenoso</i>	20	<i>subcutánea, 2.5 mg/0.5 ml</i>	38	<i>furosemida inyectable</i>	37
<i>fluorouracilo, solución tópica</i>	40	<i>fondaparinux, jeringa</i>		<i>furosemida, solución oral,</i>	
<i>fluoruro de sodio 5000</i>		<i>subcutánea, 10 mg/0.8 ml,</i>		<i>10 mg/ml, 40 mg/5 ml (8 mg/ml)</i>	37
<i>para sequedad en la boca</i>	44	<i>5 mg/0.4 ml, 7.5 mg/0.6 ml</i>	38	FUZEON, SOL. PARA	
<i>fluoruro (de sodio),</i>		<i>fosamprenavir</i>	12	RECONST. SUBCUTÁNEA	12
<i>comprimidos orales</i>	63	<i>fosfato de carvedilol</i>	36	<i>fyavolv</i>	55
<i>fluoruro (de sodio), comprimidos</i>		<i>fosfato de clindamicina, gel tópico</i>	41	FYCOMPA, COMPRIMIDOS	
<i>orales masticables, 1 mg</i>		<i>fosfato de clindamicina inyectable</i>	15	ORALES, 2 MG, 4 MG, 6 MG	26
<i>(2.2 mg de fluoruro de sodio)</i>	63	<i>fosfato de clindamicina,</i>		FYCOMPA, COMPRIMIDOS	
<i>fluoruro de sodio-nitrato potásico</i>	44	<i>loción tópica</i>	41	ORALES, 10 MG, 12 MG, 8 MG	26
<i>fluoruro (de sodio), pasta dental</i>	44	<i>fosfato de clindamicina,</i>		FYCOMPA, SUSPENSIÓN ORAL	26
<i>fluoxetina, cápsulas orales, 10 mg</i>	33	<i>pañó tópico</i>	41		
<i>fluoxetina, cápsulas orales, 20 mg</i>	33	<i>fosfato de clindamicina,</i>		G	
<i>fluoxetina, cápsulas orales, 40 mg</i>	33	<i>solución intravenosa,</i>		<i>gabapentina, cápsulas</i>	
<i>fluoxetina, cápsulas orales,</i>		<i>600 mg/4 ml</i>	15	<i>orales, 100 mg, 400 mg</i>	26
<i>liberación retardada (dr/ec)</i>	33	<i>fosfato de clindamicina,</i>		<i>gabapentina, cápsulas</i>	
<i>fluoxetina, comprimidos</i>		<i>solución tópica</i>	41	<i>orales, 300 mg</i>	26
<i>orales, 10 mg</i>	33	<i>fosfato de clindamicina vaginal</i>	55	<i>gabapentina, comprimidos</i>	
		<i>fosfato de cloroquina</i>	15	<i>orales, 600 mg</i>	26
		<i>fosfato sódico de dexametasona</i>		<i>gabapentina, comprimidos</i>	
		<i>oftálmico (ojos)</i>	59	<i>orales, 800 mg</i>	26

Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
<i>gabapentina, solución oral</i>	26	GENTAMICIN IN NACL (ISO-OSM.), INFUSIÓN SECUNDARIA INTRAVENOSA, 100 MG/50 ML, 120 MG/100 ML.	15	GLYCOPYRROLATE (PF) IN WATER, INJECTABLE.	50
<i>galantamina, cápsulas orales, píldoras de lib. prol., 24 horas</i>	28	GENVOYA.	12	<i>glydo</i>	40
<i>galantamina, comprimidos orales</i>	28	GILENYA, CÁPSULAS ORALES, 0.5 MG	29	GLYXAMBI.	46
<i>galantamina, solución oral</i>	28	GILOTRIF.	21	<i>granisetron (pf), solución intravenosa, 1 mg/ml (1 ml)</i>	50
GAMMAKED, SOLUCIÓN INJECTABLE, 1 GRAMO/10 ML (10%), 10 GRAMOS/100 ML (10%), 20 GRAMOS/200 ML (10%), 5 GRAMOS/50 ML (10%)	52	<i>glicopirronio, comprimidos orales, 1 mg, 2 mg.</i>	50	<i>griseofulvina micronizada</i>	11
GAMUNEX-C	52	<i>glicopirronio inyectable.</i>	50	<i>griseofulvina ultramicronizada</i>	11
GARDASIL 9 (PF)	52	<i>glicopirronio (pf) en agua, jeringa intravenosa, 0.4 mg/2 ml (0.2 mg/ml)</i>	50	GVOKE HYPOPEN, PAQUETE DE 1	46
GASAS, 2 X 2	45	<i>glimepirida, comprimidos orales, 1 mg.</i>	45	GVOKE HYPOPEN, PAQUETE DE 2	46
GATTEX, VIAL DE 30	50	<i>glimepirida, comprimidos orales, 2 mg.</i>	45	GVOKE PFS, PAQUETE CON 1 JERINGA	46
GATTEX, VIAL DE UNO	50	<i>glimepirida, comprimidos orales, 4 mg.</i>	45	GVOKE PFS, PAQUETE CON 2 JERINGAS	46
<i>gavilyte-c</i>	50	<i>glipizida, comprimidos orales, 5 mg</i>	45		
<i>gavilyte-n</i>	50	<i>glipizida, comprimidos orales, 10 mg</i>	45	H	
GAVRETO	20	<i>glipizida, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas, 2.5 mg</i>	46	HAEGARDA	60
GAZYVA	21	<i>glipizida, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas, 5 mg</i>	46	<i>hailey</i>	56
<i>gemcitabina, sol. para reconst. intravenosa</i>	21	<i>glipizida, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas, 10 mg</i>	45	<i>hailey 24 fe</i>	56
<i>gemcitabina, solución intravenosa, 1 gramo/26.3 ml (38 mg/ml), 2 gramos/52.6 ml (38 mg/ml), 200 mg/5.26 ml (38 mg/ml)</i>	21	<i>glipizida-metformina, comprimidos orales, 2.5-250 mg.</i>	46	<i>hailey fe 1.5/30 (28)</i>	56
GEMCITABINE, SOLUCIÓN INTRAVENOSA, 100 MG/ML	21	<i>glipizida-metformina, comprimidos orales, 2.5-500 mg, 5-500 mg</i>	46	<i>hailey fe 1/20 (28)</i>	56
<i>gemfibrozil</i>	39	GLUCAGEN HYPOKIT	46	HALAVEN	21
<i>gemmily</i>	56	GLUCAGON (HCL), KIT DE EMERGENCIAS	46	<i>haloperidol, comprimidos orales, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 5 mg</i>	33
<i>generlac</i>	50	GLUCAGON, KIT DE EMERGENCIAS (HUMANO)	46	<i>haloperidol, comprimidos orales, 10 mg, 20 mg</i>	33
<i>gengraf</i>	21	<i>gluconato de clorhexidina, membrana mucosa</i>	44	HARVONI, COMPRIMIDOS ORALES, 45-200 MG	12
GENOTROPIN	52			HARVONI, COMPRIMIDOS ORALES, 90-400 MG	12
GENOTROPIN MINISQUICK	52			HARVONI, PÍLDORAS DE ADMINISTRACIÓN ORAL EN PAQUETES, 33.75-150 MG	12
<i>gentak, pomada oftálmica (ojos)</i>	58			HARVONI, PÍLDORAS DE ADMINISTRACIÓN ORAL EN PAQUETES, 45-200 MG	12
<i>gentamicina en nacl (iso-osm.), infusión secundaria intravenosa, 100 mg/100 ml, 60 mg/50 ml, 80 mg/100 ml, 80 mg/50 ml</i>	15			HAVRIX (PF), JERINGA INTRAMUSCULAR	52
<i>gentamicina, gotas oftálmicas (ojos)</i>	58			<i>heather</i>	55
<i>gentamicina, solución inyectable, 40 mg/ml</i>	15				
<i>gentamicina tópica.</i>	41				

Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
<i>heparina (porcina) en dext. al 5%, solución parenteral intravenosa, 20,000 unidades/500 ml (40 unidades/ml), 25,000 unidades/250 ml (100 unidades/ml), 25,000 unidades/500 ml (50 unidades/ml)</i>	38	<i>hidrocortisona, pomada tópica, 1%, 2.5%</i>	42	HUMIRA, KIT DE JERINGA SUBCUTÁNEA, 40 MG/0.8 ML	54
<i>heparina (porcina) en nacl al 0.45%, solución parenteral, intravenosa, 25,000 unidades/250 ml, 25,000 unidades/500 ml</i>	38	<i>hidrocortisona rectal</i>	50	HUMIRA PEN	54
<i>heparina (porcina) en nacl (pf)</i>	38	<i>hidromorfona, comprimidos orales</i>	30	HUMIRA PEN CROHNS-UC-HS, PAQUETE INICIAL	54
<i>heparina, porcina (pf), jeringa inyectable, 5,000 unidades/0.5 ml</i>	38	<i>hidromorfona, líquido oral</i>	30	HUMIRA PEN PSOR-UVEITS-ADOL HS	54
<i>heparina (porcina), solución inyectable</i>	38	<i>hidroxicloroquina, comprimidos orales, 200 mg</i>	16	HUMULIN 70/30 U-100, INSULINA	46
HEPARIN, PORCINA (PF), JERINGA INYECTABLE, 5,000 UNIDADES/ML	38	<i>hidroxiurea</i>	21	HUMULIN 70/30 U-100 KWIKPEN	46
HETLIOZ	33	<i>hipurato de metenamina</i>	18	HUMULIN N NPH, INSULINA KWIKPEN	46
HIBERIX (PF)	53	HIZENTRA	53	HUMULIN N NPH U-100, INSULINA	46
<i>hiclato de doxiciclina, cápsulas orales</i>	18	HUMALOG JUNIOR KWIKPEN U-100	46	HUMULIN R REGULAR U-100, INSULINA	46
<i>hiclato de doxiciclina, comprimidos orales, 20 mg</i>	18	HUMALOG KWIKPEN, INSULINA	46	HUMULIN R U-500 (CONC) INSULINA	46
<i>hiclato de doxiciclina, comprimidos orales, 100 mg</i>	18	HUMALOG MIX 50-50, INSULINA U-100	46	HUMULIN R U-500 (CONC) INSULINA	46
<i>hiclato de doxiciclina intravenoso</i>	18	HUMALOG MIX 50-50 KWIKPEN	46	HUMULIN R U-500 (CONC) KWIKPEN	46
<i>hidralazina inyectable</i>	37	HUMALOG MIX 75-25 KWIKPEN	46	HYDROCODONE-ACETAMINOPHEN, COMPRIMIDOS ORALES, 10-300 MG, 7.5-300 MG	30
<i>hidralazina oral</i>	37	HUMALOG MIX 75-25 (U-100), INSULINA	46	HYDROXYCHLOROQUINE, COMPRIMIDOS ORALES, 100 MG, 300 MG, 400 MG	15
<i>hidroclorotiazida</i>	37	HUMALOG U-100, INSULINA	46		
<i>hidrocodona-acetaminofeno, comprimidos orales, 10-325 mg, 5-325 mg, 7.5-325 mg</i>	30	HUMIRA (CF), KIT DE JERINGA SUBCUTÁNEA, 10 MG/0.1 ML, 20 MG/0.2 ML	54	I	
<i>hidrocodona-acetaminofeno, solución oral, 7.5-325 mg/15 ml</i>	30	HUMIRA (CF), KIT DE JERINGA SUBCUTÁNEA, 40 MG/0.4 ML	54	<i>ibandronato oral</i>	53
<i>hidrocodona-ibuprofeno</i>	30	HUMIRA (CF) PEDI CROHNS, PAQUETE INICIAL, KIT DE JERINGA SUBCUTÁNEA, 80 MG/0.8 ML	54	IBRANCE	21
<i>hidrocortisona-ácido acético</i>	44	HUMIRA (CF) PEDI CROHNS, PAQUETE INICIAL, KIT DE JERINGA SUBCUTÁNEA, 80 MG/0.8 ML-40 MG/0.4 ML	54	<i>ibu</i>	31
<i>hidrocortisona, crema tópica, 1%, 2.5%</i>	42	HUMIRA (CF) PEN CROHNS-UC-HS	54	<i>ibuprofeno, comprimidos orales, 400 mg, 600 mg, 800 mg</i>	31
<i>hidrocortisona, crema tópica con aplicador perineal</i>	50	HUMIRA (CF) PEN, KIT DE INYECTOR SUBCUTÁNEO, 40 MG/0.4 ML	54	<i>ibuprofeno, suspensión oral</i>	31
<i>hidrocortisona, loción tópica, 2.5%</i>	42	HUMIRA (CF) PEN, KIT DE LAPICERA PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA, 80 MG/0.8 ML	54	<i>icatibanto</i>	60
<i>hidrocortisona oral</i>	45	HUMIRA(CF) PEN PEDIATRIC UC	54	<i>iclevia</i>	56
		HUMIRA (CF) PEN PSOR-UV-ADOL HS	54	ICLUSIG, COMPRIMIDOS ORALES, 10 MG, 30 MG, 45 MG	21
				ICLUSIG, COMPRIMIDOS ORALES, 15 MG	21
				<i>idarrubicina</i>	21
				IDHIFA	21
				<i>ifosfamida</i>	21

Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
<i>imatinib, comprimidos orales, 100 mg</i>	21	INTRON A, SOLUCIÓN INYECTABLE, 6 MILLONES DE UNIDADES/ML	52	<i>isotretinoína, cápsulas orales, 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg</i>	41
<i>imatinib, comprimidos orales, 400 mg</i>	21	INTRON A, SOLUCIÓN INYECTABLE, 10 MILLONES DE UNIDADES/ML	52	<i>isradipina</i>	37
IMBRUVICA, CÁPSULAS ORALES, 70 MG	21	<i>introvale</i>	56	<i>itraconazol, cápsulas orales</i>	11
IMBRUVICA, CÁPSULAS ORALES, 140 MG	21	INVEGA SUSTENNA, JERINGA INTRAMUSCULAR, 39 MG/0.25 ML	33	<i>itraconazol, solución oral</i>	11
IMBRUVICA, COMPRIMIDOS ORALES	21	INVEGA SUSTENNA, JERINGA INTRAMUSCULAR, 117 MG/0.75 ML, 156 MG/ML, 234 MG/1.5 ML, 78 MG/0.5 ML	33	<i>ivermectina oral</i>	16
IMFINZI	21	INVEGA TRINZA	34	IXEMPRA	21
<i>imipenem-cilastatina</i>	16	INVELTYS	59	IXIARO (PF)	53
<i>imiquimod, crema tópica en paquete 3.75%</i>	40	INVIRASE, COMPRIMIDOS ORALES	12	J	
<i>imiquimod, crema tópica en paquete 5%</i>	40	INVOKAMET	46	<i>jaimiess</i>	56
IMOVAX (PF), VACUNA ANTIRRÁBICA	53	INVOKAMET XR	46	JAKAFI	21
<i>incassia</i>	55	INVOKANA	46	<i>jantoven</i>	38
INCRELEX	43	IPOL	53	JANUMET	46
INCRUSE ELLIPTA	60	<i>ipratropio-albuterol</i>	60	JANUMET XR, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA, MULTIFÁSICA, 24 HORAS, 50-1,000 MG, 50-500 MG	46
<i>indapamida</i>	37	<i>irbesartán</i>	37	JANUMET XR, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA, MULTIFÁSICA, 24 HORAS, 100-1,000 MG	46
INFANRIX (DTAP) (PF), JERINGA INTRAMUSCULAR	53	<i>irbesartán-hidroclorotiazida</i>	37	JANUVIA	46
INFUGEM	21	IRESSA	21	JARDIANCE	46
INFUMORPH P/F	30	<i>irinotecán</i>	21	<i>jasmiel (28)</i>	56
INLYTA, COMPRIMIDOS ORALES, 1 MG	21	<i>irrigación de solución de lactato sódico compuesta</i>	43	JEMPERLI	21
INLYTA, COMPRIMIDOS ORALES, 5 MG	21	<i>irrigación de solución de lactato sódico compuesta</i>	43	<i>jencycla</i>	55
INQOVI	21	ISENTRESS, COMPRIMIDOS ORALES	12	JENTADUETO	46
INREBIC	21	ISENTRESS, COMPRIMIDOS ORALES MASTICABLES, 25 MG ..	12	JENTADUETO XR, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN INMEDIATA-LIBERACIÓN PROLONGADA, BIFÁSICA, 24 HORAS, 2.5-1,000 MG	46
INSULINA, AGUJA PARA LAPICERA	46	ISENTRESS, COMPRIMIDOS ORALES MASTICABLES, 100 MG ..	12	JENTADUETO XR, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN INMEDIATA-LIBERACIÓN PROLONGADA, BIFÁSICA, 24 HORAS, 5-1,000 MG ..	47
INTELENCE, COMPRIMIDOS ORALES, 25 MG	12	ISENTRESS, DE DOSIS ALTA	12	JERINGA PARA INSULINA (DES.), U-100 0.3 ML, 1 ML, 1/2 ML	46
INTELENCE, COMPRIMIDOS ORALES, 100 MG, 200 MG	12	ISENTRESS, PAQUETE DE POLVO ORAL	12	JEVTANA	21
INTRALIPID, EMULSIÓN INTRAVENOSA, 20%, 30%	63	<i>isibloom</i>	56	<i>jolessa</i>	56
INTRON A, SOL. PARA RECONST. INYECTABLE	52	<i>isoniazida, comprimidos orales</i>	16	<i>juleber</i>	56
		<i>isoniazida, solución oral</i>	16		

Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
JULUCA	12	KISQALI FEMARA CO-PACK, COMPRIMIDOS ORALES, 400 MG/DÍA (200 MG X 2), 2.5 MG .	21	LANOXIN, COMPRIMIDOS ORALES, 62.5 MCG (0.0625 MG) .	39
<i>junel 1.5/30 (21)</i>	56	KISQALI FEMARA CO-PACK, COMPRIMIDOS ORALES, 600 MG/DÍA (200 MG X 3), 2.5 MG .	21	<i>lansoprazol, cápsulas orales, liberación retardada (dr/ec)</i>	51
<i>junel 1/20 (21)</i>	56	<i>klor-con</i>	62	LANTUS SOLOSTAR	
<i>junel fe 1.5/30 (28)</i>	56	KLOR-CON 8	62	U-100, INSULINA	47
<i>junel fe 1/20 (28)</i>	56	KLOR-CON 10	62	LANTUS U-100, INSULINA	47
<i>junel fe 24</i>	56	<i>klor-con m10</i>	62	<i>lapatinib</i>	21
K		<i>klor-con m15</i>	62	<i>larin 1.5/30 (21)</i>	56
KABIVEN	63	<i>klor-con m20</i>	62	<i>larin 1/20 (21)</i>	56
KADCYLA	21	KLOXXADO	31	<i>larin 24 fe</i>	56
<i>kaitlib fe</i>	56	KORLYM	49	<i>larin fe 1.5/30 (28)</i>	56
KALETRA, COMPRIMIDOS ORALES, 100-25 MG	12	K-PHOS ORIGINAL	62	<i>larin fe 1/20 (28)</i>	56
KALETRA, COMPRIMIDOS ORALES, 200-50 MG	12	<i>kurvelo (28)</i>	56	<i>larissia</i>	56
<i>kalliga</i>	56	KUVAN	49	<i>latanoprost</i>	59
KALYDECO, COMPRIMIDOS ORALES	60	KYNMOBI, PELÍCULA SUBLINGUAL, 10 MG, 15 MG, 20 MG, 25 MG, 30 MG	28	LATUDA, COMPRIMIDOS ORALES, 80 MG	34
KALYDECO, PAQUETE DE GRÁNULOS ORALES	60	KYPROLIS	21	LATUDA, COMPRIMIDOS ORALES, 120 MG, 20 MG, 40 MG, 60 MG	34
KANJINTI	21	L		<i>layolis fe</i>	56
<i>kariva (28)</i>	56	<i>labetalol oral</i>	37	<i>leena 28</i>	56
<i>kelnor 1/35 (28)</i>	56	LACRISERT	58	<i>leflunomida</i>	54
<i>kelnor 1-50 (28)</i>	56	<i>lactato de amonio</i>	40	LENVIMA, CÁPSULAS ORALES, 10 MG/DÍA (10 MG X 1), 4 MG	21
<i>ketoconazol, champú tópico</i>	41	<i>lactato de haloperidol inyectable</i>	33	LENVIMA, CÁPSULAS ORALES, 12 MG/DÍA (4 MG X 3), 18 MG/DÍA (10 MG X 1-4 MG X 2), 24 MG/DÍA (10 MG X 2-4 MG X 1)	22
<i>ketoconazol oral</i>	11	<i>lactato de haloperidol oral</i>	33	LENVIMA, CÁPSULAS ORALES, 14 MG/DÍA (10 MG X 1-4 MG X 1), 20 MG/DÍA (10 MG X 2), 8 MG/DÍA (4 MG X 2)	22
<i>ketorolaco oftálmico (ojos)</i>	58	<i>lactulosa, solución oral</i>	50	<i>lessina</i>	56
KEYTRUDA	21	<i>lamivudina, comprimidos orales, 100 mg, 300 mg</i>	12	<i>letrozol</i>	22
KINRIX (PF), JERINGA INTRAMUSCULAR	53	<i>lamivudina, comprimidos orales, 150 mg</i>	12	<i>leucovorina cálcica, inyectable</i>	18
KISQALI, COMPRIMIDOS ORALES, 200 MG/DÍA (200 MG X 1)	21	<i>lamivudina, solución oral</i>	12	<i>leucovorina cálcica oral</i>	18
KISQALI, COMPRIMIDOS ORALES, 400 MG/DÍA (200 MG X 2)	21	<i>lamivudina-zidovudina</i>	12	LEUKERAN	22
KISQALI, COMPRIMIDOS ORALES, 600 MG/DÍA (200 MG X 3)	21	<i>lamotrigina, comprimidos de desintegración oral</i>	26	LEUKINE, SOL. PARA RECONST. INECTABLE	52
KISQALI FEMARA CO-PACK, COMPRIMIDOS ORALES, 200 MG/DÍA (200 MG X 1), 2.5 MG .	21	<i>lamotrigina, comprimidos orales</i>	26	<i>leuprolida subcutánea, kit</i>	22
		<i>lamotrigina, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas</i>	26	LEVEMIR FLEXTOUCH	
		<i>lamotrigina, comprimidos orales</i>		U-100, INSULINA	47
		<i>masticables dispersables</i>	26	LEVEMIR U-100, INSULINA	47

Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
<i>levetiracetam en nacl (iso-osm.)</i>	26	<i>linezolida en dextrosa al 5%</i>	16	LOTEMAX SM	59
<i>levetiracetam intravenoso</i>	26	<i>linezolida, suspensión oral para reconstitución</i>	16	<i>lovastatina, comprimidos orales, 10 mg</i>	39
<i>levetiracetam oral</i>	26	LINZESS	50	<i>lovastatina, comprimidos orales, 20 mg, 40 mg</i>	39
<i>levobunolol, gotas oftálmicas (ojos), 0.5%</i>	58	<i>liotironina oral</i>	49	<i>low-ogestrel (28)</i>	56
<i>levocarnitina, comprimidos orales</i>	43	<i>lisinopril</i>	37	<i>lo-zumandimine (28)</i>	56
<i>levocarnitina (con azúcar)</i>	43	<i>lisinopril-hidroclorotiazida</i>	37	LUMAKRAS	22
<i>levocarnitina, solución oral, 100 mg/ml</i>	43	LIVALO	39	LUMIGAN, GOTAS OFTÁLMICAS (OJOS), 0.01%	59
<i>levocetirizina, comprimidos orales</i>	59	<i>l norgest/e.estradiol-e.estrad</i>	56	LUMIZYME	49
<i>levocetirizina, solución oral</i>	59	<i>lojaimiess</i>	56	LUMOXITI	22
<i>levofloxacin, comprimidos orales</i>	17	LOKELMA	43	LUPRON DEPOT	22
<i>levofloxacin en d5w</i>	17	LONSURF, COMPRIMIDOS ORALES, 15-6.14 MG	22	LUPRON DEPOT (3 MESES)	22
<i>levofloxacin intravenosa</i>	17	LONSURF, COMPRIMIDOS ORALES, 20-8.19 MG	22	LUPRON DEPOT (4 MESES)	22
<i>levofloxacin, solución oral</i>	17	<i>loperamida, cápsulas orales</i>	50	LUPRON DEPOT (6 MESES)	22
<i>levonest (28)</i>	56	<i>lopinavir-ritonavir, comprimidos orales, 100-25 mg</i>	12	LUPRON DEPOT-PED	22
<i>levonorgestrel-etinilestradiol</i>	56	<i>lopinavir-ritonavir, comprimidos orales, 200-50 mg</i>	12	LUPRON DEPOT-PED (3 MESES)	22
<i>levonorg-etinilestradiol trifásico</i>	56	<i>lopinavir-ritonavir, solución oral</i>	12	<i>lutea (28)</i>	56
<i>levora-28</i>	56	<i>lorazepam, comprimidos orales, 0.5 mg, 1 mg</i>	34	LYBALVI	34
LEVO-T	49	<i>lorazepam, comprimidos orales, 2 mg</i>	34	LYNPARZA	22
<i>levotiroxina, comprimidos orales</i>	49	<i>lorazepam, concentrado oral</i>	34	LYRICA CR, COMPRIMIDOS ORALES DE LIBERACIÓN PROLONGADA, 24 HORAS, 165 MG, 82.5 MG	26
<i>levoxyl, comprimidos orales, 100 mcg, 112 mcg, 175 mcg</i>	49	<i>lorazepam, intensol</i>	34	LYRICA CR, COMPRIMIDOS ORALES DE LIBERACIÓN PROLONGADA, 24 HORAS, 330 MG	26
LEVOXYL, COMPRIMIDOS ORALES, 125 MCG, 137 MCG, 150 MCG, 200 MCG, 25 MCG, 50 MCG, 75 MCG, 88 MCG	49	<i>lorazepam, jeringa inyectable, 2 mg/ml</i>	34	LYSODREN	22
LEXIVA, SUSPENSIÓN ORAL	12	<i>lorazepam, solución inyectable</i>	34	LYUMJEV KWIKPEN U-100, INSULINA	47
LIBTAYO	22	LORBRENA, COMPRIMIDOS ORALES, 25 MG	22	LYUMJEV KWIKPEN U-200, INSULINA	47
<i>lidocaína, parche adhesivo tópico, medicado, 5%</i>	40	LORBRENA, COMPRIMIDOS ORALES, 100 MG	22	LYUMJEV U-100, INSULINA	47
<i>lidocaína (pf), jeringa intravenosa</i>	35	<i>loryna (28)</i>	56	<i>lyza</i>	55
<i>lidocaína (pf), solución inyectable</i>	40	<i>losartán</i>	37		
<i>lidocaína, pomada tópica</i>	40	<i>losartán-hidroclorotiazida, comprimidos orales, 50-12.5 mg</i>	37		
<i>lidocaína-prilocaina, crema tópica</i>	40	<i>losartán-hidroclorotiazida, comprimidos orales, 100-12.5 mg, 100-25 mg</i>	37		
<i>lidocaína viscosa</i>	40	LOTEMAX	59		
<i>lillow (28)</i>	56				
<i>lincomicina</i>	16				
<i>lindano, champú tópico</i>	43				
<i>linezolida-cloruro de sodio al 0.9%</i>	16				
<i>linezolida, comprimidos orales</i>	16				

M

MAGNESIUM SULFATE IN D5W, INFUSIÓN SECUNDARIA INTRAVENOSA, 1 GRAMO/100 ML
malatión 43

Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
<i>maleato de asenapina</i>	32	<i>memantina, comprimidos</i>		<i>metformina, comprimidos</i>	
<i>maleato de enalapril,</i>		<i>orales, 10 mg</i>	29	<i>orales, 850 mg</i>	47
<i>comprimidos orales</i>	36	<i>memantina, comprimidos</i>		<i>metformina, comprimidos</i>	
<i>maleato de proclorperazina oral</i>	51	<i>orales, paquete dosificado</i>	29	<i>orales, liberación prolongada,</i>	
<i>maleato de timolol,</i>		<i>memantina, solución oral</i>	29	<i>24 horas, 1,000 mg</i>	47
<i>gotas oftálmicas (ojos)</i>	58	MENACTRA (PF), SOLUCIÓN		<i>metformina, comprimidos</i>	
<i>maleato de timolol oral</i>	38	INTRAMUSCULAR	53	<i>orales, liberación prolongada,</i>	
<i>maprotilina</i>	34	MENEST	55	<i>24 horas, 500 mg</i>	47
<i>marlissa (28)</i>	56	MENOSTAR	55	<i>metformina, comprimidos orales,</i>	
MARPLAN	34	MENQUADFI (PF)	53	<i>liberación prolongada, 24 horas,</i>	
MARQIBO	22	MENVEO A-C-Y-W-135-DIP (PF)	53	<i>500 mg (genérico de glucophage xr)</i>	47
MATULANE	22	<i>mercaptopurina</i>	22	<i>metformina, comprimidos orales,</i>	
<i>matzim la</i>	37	<i>meropenem</i>	16	<i>liberación prolongada, 24 horas,</i>	
MAVYRET,		MEROPENEM-0.9%	16	<i>750 mg (genérico de glucophage xr)</i>	47
COMPRIMIDOS ORALES	12	SODIUM CHLORIDE	16	METFORMIN, SOLUCIÓN ORAL	47
<i>meclizina, comprimidos</i>		<i>merzee</i>	56	<i>metildopa</i>	37
<i>orales, 12.5 mg, 25 mg</i>	50	<i>mesalamina, cápsulas orales,</i>		<i>metilprednisolona</i>	45
MEDROL, COMPRIMIDOS		<i>liberación prolongada, 24 horas</i>	50	<i>metimazol, comprimidos</i>	
ORALES, 2 MG	45	<i>mesalamina, comprimidos</i>		<i>orales, 10 mg, 5 mg</i>	45
<i>medroxiprogesterona,</i>		<i>orales, liberación retardada</i>		<i>metirosina</i>	37
<i>jeringa intramuscular</i>	55	<i>(dr/ec), 1.2 gramos</i>	50	<i>metocarbamol oral</i>	29
<i>medroxiprogesterona oral</i>	55	<i>mesalamina con pañuelo limpiador</i>	50	<i>metolazona</i>	37
<i>medroxiprogesterona,</i>		<i>mesalamina, enema rectal</i>	50	<i>metotrexato sódico inyectable</i>	22
<i>suspensión intramuscular</i>	55	<i>mesilato de ziprasidona</i>	35	<i>metotrexato sódico oral</i>	22
<i>mefloquina</i>	16	<i>mesna</i>	18	<i>metotrexato sódico (pf)</i>	22
<i>megestrol, comprimidos orales</i>	22	MESNEX ORAL	18	<i>metoxaleno</i>	40
<i>megestrol, suspensión oral,</i>		<i>metadona, comprimidos</i>		<i>metro intravenoso</i>	16
<i>400 mg/10 ml (10 ml),</i>		<i>orales, 5 mg</i>	30	<i>metronidazol, comprimidos orales</i>	16
<i>400 mg/10 ml (40 mg/ml)</i>	22	<i>metadona, comprimidos</i>		<i>metronidazol en nacl (iso-osm.)</i>	16
MEKINIST, COMPRIMIDOS		<i>orales, 10 mg</i>	30	<i>metronidazol tópico</i>	41
ORALES, 0.5 MG	22	<i>metadona, concentrado oral</i>	30	<i>metronidazol vaginal</i>	55
MEKINIST, COMPRIMIDOS		<i>metadona, intensol</i>	30	<i>mexiletina</i>	35
ORALES, 2 MG	22	<i>metadona, solución inyectable</i>	30	MIACALCIN INYECTABLE	49
MEKTOVI	22	<i>metadona, solución oral, 5 mg/5 ml</i>	30	<i>mibelas 24 fe</i>	56
<i>melfalán</i>	22	<i>metadona, solución oral,</i>		<i>micafungina</i>	11
<i>meloxicam, comprimidos</i>		<i>10 mg/5 ml</i>	30	<i>micofenolato sódico</i>	22
<i>orales, 7.5 mg</i>	31	<i>metaproterenol, jarabe oral</i>	60	<i>microgestin 1.5/30 (21)</i>	56
<i>meloxicam, comprimidos</i>		<i>metazolamida</i>	58	<i>microgestin 1/20 (21)</i>	56
<i>orales, 15 mg</i>	31	<i>metformina, comprimidos</i>		<i>microgestin fe 1.5/30 (28)</i>	56
<i>memantina, cápsulas orales con</i>		<i>orales, 1,000 mg</i>	47	<i>microgestin fe 1/20 (28)</i>	56
<i>gránulos, lib. prolongada, 24 horas</i>	29	<i>metformina, comprimidos</i>		<i>midodrina</i>	43
<i>memantina, comprimidos</i>		<i>orales, 500 mg</i>	47	<i>migergot</i>	28
<i>orales, 5 mg</i>	29				

Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
<i>miglitol, comprimidos orales, 25 mg</i> .47		<i>montelukast, comprimidos</i>		MYRBETRIQ, COMPRIMIDOS	
<i>miglitol, comprimidos orales, 50 mg</i> .47		<i>orales masticables</i>61	61	ORALES, LIBERACIÓN	
<i>miglitol, comprimidos orales, 100 mg</i> .47		<i>montelukast, paquete</i>		PROLONGADA, 24 HORAS61	61
<i>miglustato</i>49		<i>de gránulos orales</i>60	60	N	
<i>mili</i>56		MONUROL.....18	18	<i>nabumetona</i>31	31
MINITRAN.....39		<i>morfina, comprimidos orales,</i>		<i>nadolol</i>37	37
<i>minociclina, cápsulas orales</i>18	18	<i>liberación prolongada</i>30	30	<i>nadolol-bendroflumetiazida,</i>	
<i>minociclina, comprimidos orales</i>18	18	<i>morfina, jeringa intravenosa,</i>		<i>comprimidos orales, 80-5 mg</i>37	37
<i>minoxidil oral</i>37	37	<i>2 mg/ml, 4 mg/ml</i>30	30	<i>nafcilina</i>17	17
<i>mirtazapina, comprimidos</i>		<i>morfina, jeringa inyectable, 4 mg/ml</i> .30	30	<i>nafcilina en dextrosa, iso-osm</i>17	17
<i>de desintegración oral</i>34	34	<i>morfina (pf), solución</i>		<i>naftifine</i>41	41
<i>mirtazapina, comprimidos orales</i> ...34	34	<i>inyectable, 0.5 mg/ml, 1 mg/ml</i>30	30	NAFTIN, GEL TÓPICO.....41	41
<i>misoprostol</i>51	51	<i>morfina, solución</i>		NAGLAZYME.....49	49
MITIGARE.....53	53	<i>inyectable, 8 mg/ml</i>30	30	<i>naloxona, jeringa</i>	
<i>mitomicina intravenosa</i>22	22	<i>morfina, solución oral</i>30	30	<i>inyectable, 1 mg/ml</i>31	31
<i>mitoxantrona</i>22	22	<i>morfina, solución oral concentrada</i> ..30	30	<i>naloxona, solución inyectable</i>31	31
M-M-R II (PF).....53	53	MORPHINE,		<i>naltrexona</i>31	31
<i>moexipril</i>37	37	COMPRIMIDOS ORALES.....30	30	NAMZARIC.....29	29
<i>mofetil micofenolato,</i>		MORPHINE, JERINGA		<i>naproxeno, comprimidos orales</i>31	31
<i>cápsulas orales</i>22	22	INTRAVENOSA, 10 MG/ML,		<i>naproxeno, comprimidos orales,</i>	
<i>mofetil micofenolato (clorhidrato)</i> ...22	22	8 MG/ML.....30	30	<i>liberación retardada (dr/ec)</i>31	31
<i>mofetil micofenolato,</i>		MORPHINE, JERINGA		<i>naproxeno sódico, comprimidos</i>	
<i>comprimidos orales</i>22	22	INYECTABLE, 2 MG/ML.....30	30	<i>orales, 275 mg, 550 mg</i>31	31
<i>mofetil micofenolato, suspensión</i>		MORPHINE, SOLUCIÓN		<i>naproxeno, suspensión oral</i>31	31
<i>oral para reconstitución</i>22	22	INTRAVENOSA, 4 MG/ML,		<i>naratriptán</i>28	28
<i>molindona</i>34	34	8 MG/ML.....30	30	NARCAN.....31	31
<i>mometasona nasal</i>60	60	MORPHINE, SOLUCIÓN		NATACYN.....58	58
<i>mometasona tópica</i>42	42	INYECTABLE, 10 MG/ML,		<i>nateglinida, comprimidos</i>	
<i>mondoxyne nl, cápsulas</i>		2 MG/ML, 4 MG/ML, 5 MG/ML.....30	30	<i>orales, 60 mg</i>47	47
<i>orales, 100 mg, 75 mg</i>18	18	MOVANTIK.....50	50	<i>nateglinida, comprimidos</i>	
MONJUVI.....22	22	<i>moxifloxacina-cloruro de sodio (iso)</i> .17	17	<i>orales, 120 mg</i>47	47
<i>monohidrato de doxiciclina,</i>		<i>moxifloxacina oftálmica (ojos)</i>58	58	NATPARA.....49	49
<i>cápsulas orales, 100 mg, 50 mg</i>18	18	<i>moxifloxacina oral</i>17	17	NAYZILAM.....26	26
<i>monohidrato de doxiciclina,</i>		MOXIFLOXACIN-SOD.		<i>nebivolol</i>37	37
<i>comprimidos orales</i>18	18	ACE, SUL-WATER.....17	17	<i>necon 0.5/35 (28)</i>56	56
<i>monohidrato de doxiciclina,</i>		MOZOBIL.....52	52	<i>nefazodona</i>34	34
<i>suspensión oral para reconstitución</i> .18	18	<i>mupirocina</i>41	41	<i>neomicina</i>16	16
<i>monohidrato de nitrofurantoína/</i>		<i>mupirocina cálcica</i>41	41	<i>neomicina-bacitracina-polimixina</i> ...58	58
<i>macrocris</i>18	18	MVASI.....22	22	<i>neomicina-bacitracina-</i>	
<i>mono-lynyah</i>56	56	MYLOTARG.....22	22	<i>polimixina-hc</i>59	59
<i>mononitrato de isosorbida</i>39	39	<i>myorisan</i>41	41		
<i>montelukast, comprimidos orales</i> ...61	61				

Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
<i>neomicina-polimixina b-dexametasona</i>	59	<i>nistatina, polvo tópico</i>	41	NOVOFINE, AGUJA PARA LAPICERA	47
<i>neomicina-polimixina b gu.</i>	43	<i>nistatina, pomada tópica</i>	41	NOVOTWIST, AGUJA PARA LAPICERA	47
<i>neomicina-polimixina-gramicidina</i>	58	<i>nistatina-triamcinolona</i>	41	NUBEQA	22
<i>neomicina-polimixina-hc oftálmica (ojos)</i>	59	<i>nitazoxanida</i>	16	NUDEXTA	29
<i>neomicina-polimixina-hidrocortisona ótica (oído)</i>	44	<i>nitisinona</i>	43	NULOJIX	22
<i>neo-polycin</i>	58	<i>nitrofurantoína</i>	18	NUPLAZID, CÁPSULAS ORALES	34
<i>neo-polycin hc</i>	59	<i>nitrofurantoína, macrocristales</i>	18	NUPLAZID, COMPRIMIDOS ORALES, 10 MG	34
NERLYNX	22	<i>nitroglicerina intravenosa</i>	39	NUTRILIPID	63
NEUPRO	28	<i>nitroglicerina, parche transdérmico, 24 horas</i>	39	NUZYRA INTRAVENOSO	18
<i>nevirapina, comprimidos orales</i>	12	<i>nitroglicerina sublingual</i>	39	NUZYRA ORAL	18
<i>nevirapina, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas, 100 mg</i>	12	<i>nitroglicerina, translingual</i>	39	<i>nyamyc</i>	41
<i>nevirapina, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas, 400 mg</i>	12	NIVESTYM	52	<i>nylia 7/7/7 (28)</i>	57
<i>nevirapina, suspensión oral</i>	12	<i>nizatidina, cápsulas orales</i>	51	<i>nymyo</i>	57
NEXAVAR	22	<i>nora-be</i>	55	<i>nystop</i>	41
<i>niacina, comprimidos orales, 500 mg</i>	39	<i>noret.-etinilestradiol/hierro</i>	56	NYVEPRIA	52
<i>niacina, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas</i>	39	<i>noretisterona ac-etinilestradiol, comprimidos orales, 1-20 mg-mcg, 1.5-30 mg-mcg</i>	56		
<i>niacor</i>	39	<i>noretisterona (anticonceptivo)</i>	55	O	
<i>nicardipina oral</i>	37	<i>noretisterona (etinilestradiol-hierro, cápsulas orales)</i>	57	OCALIVA	50
<i>nicardipina, solución intravenosa</i>	37	<i>noretisterona-etinilestradiol-hierro, comprimidos orales, 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7), 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7)</i>	57	<i>ocella</i>	57
NICOTROL	44	<i>noretisterona-etinilestradiol-hierro, comprimidos orales masticables</i>	57	OCREVUS	29
NICOTROL NS	44	<i>norgestimato-etinilestradiol</i>	57	ODEFSEY	12
<i>nifedipina, comprimidos orales, liberación prolongada</i>	37	NORTHERA, CÁPSULAS ORALES, 100 MG	44	ODOMZO	23
<i>nifedipina, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas</i>	37	NORTHERA, CÁPSULAS ORALES, 200 MG, 300 MG	44	OFEV	61
<i>nikki (28)</i>	56	<i>nortrel 0.5/35 (28)</i>	57	<i>ofloxacina oftálmica (ojos)</i>	58
<i>nilutamida</i>	22	<i>nortrel 1/35 (21)</i>	57	<i>ofloxacina ótica (oídos)</i>	44
<i>nimodipina</i>	37	<i>nortrel 1/35 (28)</i>	57	OGIVRI	23
NINLARO	22	<i>nortrel 7/7/7 (28)</i>	57	<i>olanzapina, comprimidos de desintegración oral</i>	34
NIPENT	22	<i>nortriptilina</i>	34	<i>olanzapina, comprimidos orales</i>	34
<i>nisoldipina</i>	37	NORVIR, PAQUETE DE POLVO ORAL	12	<i>olanzapina-fluoxetina</i>	34
<i>nistatina, crema tópica</i>	41	NORVIR, SOLUCIÓN ORAL	12	<i>olanzapina intramuscular</i>	34
<i>nistatina, oral</i>	11			<i>olmesartán</i>	37
				<i>olmesartán-hidroclorotiazida</i>	37
				<i>olopatadina oftálmica (ojos)</i>	58
				<i>omeprazol, cápsulas orales, liberación retardada (dr/ec)</i>	51
				OMNIPOD DASH, PAQUETE DE 5	47

Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
OMNIPOD, PAQUETE DE 5	47	<i>oxiconona</i> , comprimidos		PEDVAX HIB (PF)	53
OMNIPOD, PAQUETE INICIAL.....	47	<i>orales</i> , 5 mg.	30	<i>peg 3350-electrolitos</i> ,	
ONCASPAS.....	23	<i>oxiconona</i> , comprimidos <i>orales</i> ,		<i>sol. para reconst. oral</i> ,	
<i>ondansetrón</i>	50	10 mg, 15 mg, 20 mg, 30 mg	30	236-22.74-6.74-5.86 gramos	51
ONIVYDE.....	23	<i>oxiconona</i> , concentrado oral	30	<i>peg-electrolitos</i>	51
ONUREG.....	23	<i>oxiconona</i> , solución oral	30	PEMAZYRE.....	23
OPDIVO	23	<i>oximorfona</i> , comprimidos <i>orales</i> ,		<i>penicilamina</i>	54
OPSUMIT.....	61	<i>liberación prolongada</i> , 12 horas	30	<i>penicilina g potásica</i>	17
<i>oralone</i>	44	OZEMPIC, LAPICERA PARA		<i>penicilina v potásica</i> ,	
ORBACTIV	16	INYECCIÓN SUBCUTÁNEA,		<i>comprimidos orales</i> , 250 mg	17
ORENCIA CLICKJECT	54	0.25 MG O 0.5 MG (2 MG/1.5 ML) ..	47	<i>penicilina v potásica</i> ,	
ORENCIA, JERINGA		OZEMPIC, LAPICERA PARA		<i>comprimidos orales</i> , 500 mg	17
SUBCUTÁNEA, 50 MG/0.4 ML	54	INYECCIÓN SUBCUTÁNEA,		<i>penicilina v potásica</i> ,	
ORENCIA, JERINGA		1 MG/DOSIS (2 MG/1.5 ML,		<i>solución para reconst. oral</i>	17
SUBCUTÁNEA, 87.5 MG/0.7 ML ...	54	1 MG/DOSIS (4 MG/3 ML)	47	PENTACEL (PF), KIT	
ORENCIA, JERINGA				INTRAMUSCULAR, 15 LF-	
SUBCUTÁNEA, 125 MG/ML	54			48 MCG-62 DU-10 MCG/0.5 ML	53
ORGOVYX.....	23	P		PENTAM.....	16
ORKAMBI,		<i>pacerona</i> , comprimidos <i>orales</i> ,		<i>pentamidina inyectable</i>	16
COMPRIMIDOS ORALES	61	100 mg, 200 mg, 400 mg.	35	<i>pentamidina para inhalar</i>	16
ORKAMBI, PAQUETE		<i>paclitaxel</i>	23	PENTASA.....	51
DE GRÁNULOS ORALES	61	PADCEV	23	<i>pentoxifilina</i>	38
<i>orsythia</i>	57	<i>paliperidona</i> , comprimidos		<i>perfenazina</i>	34
<i>oseltamivir</i>	12	<i>orales</i> , liberación prolongada,		<i>perfenazina-amitriptilina</i>	34
<i>oxacilina inyectable</i>	17	24 horas, 1.5 mg, 3 mg, 9 mg	34	PERFOROMIST.....	61
<i>oxalato de escitalopram</i> ,		<i>paliperidona</i> , comprimidos		PERIKABIVEN	63
<i>comprimidos orales</i>	33	<i>orales</i> , liberación prolongada,		<i>perindopril erbumina</i>	37
<i>oxalato de escitalopram</i> ,		24 horas, 6 mg	34	PERJETA	23
<i>solución oral</i>	33	<i>palonosetrón</i> , solución		<i>permetrina</i>	43
<i>oxaliplatino</i>	23	intravenosa, 0.25 mg/5 ml.....	51	PERSERIS.....	34
<i>oxandrolona</i> , comprimidos		<i>pamidronato</i> , solución intravenosa ..	49	<i>pfizerpen-g</i>	17
<i>orales</i> , 2.5 mg.....	49	PAÑOS CON ALCOHOL.....	45	PHESGO	23
<i>oxandrolona</i> , comprimidos		PANRETIN.....	40	<i>philith</i>	57
<i>orales</i> , 10 mg	49	<i>pantoprazol</i> , comprimidos <i>orales</i> ,		PICATO.....	40
<i>oxaprozina</i>	31	<i>liberación retardada (dr/ec)</i> , 20 mg ..	51	PIFELTRO	12
<i>oxazepam</i>	34	<i>pantoprazol</i> , comprimidos <i>orales</i> ,		<i>pimecrolimus</i>	40
<i>oxcarbazepina</i>	27	<i>liberación retardada (dr/ec)</i> , 40 mg ..	51	<i>pimozida</i>	34
OXERVATE	58	PA; QL (150/30); NDS	28	<i>pimtrea (28)</i>	57
<i>oxiconona-acetaminofeno</i> ,		<i>paricalcitol oral</i>	49	<i>pindolol</i>	37
<i>comprimidos orales</i> , 10-325 mg,		<i>paroex</i> , enjuague bucal	44	<i>pioglitazona</i>	47
2.5-325 mg, 5-325 mg, 7.5-325 mg .	30	<i>paromomicina</i>	16	<i>pioglitazona-metformina</i>	47
		PASER	16		
		PAXIL, SUSPENSIÓN ORAL.....	34		
		PEDIARIX (PF).....	53		

Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
<i>piperacilina-tazobactam, sol. para reconst. intravenosa, 2.25 gramos, 3.375 gramos, 4.5 gramos, 40.5 gramos.</i>	17	<i>prednicarbato, pomada tópica</i>	42	<i>probenecid/colchicina</i>	53
PIPERACILLIN-TAZOBACTAM, SOL. PARA RECONST. INTRAVENOSA, 13.5 GRAMOS.	17	<i>prednisolona, solución oral</i>	45	PROCALAMINE 3%	63
PIQRAY	23	<i>prednisona, comprimidos orales, 1 mg, 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg.</i>	45	<i>prochlorperazina</i>	51
<i>pirazinamida</i>	16	<i>prednisona, comprimidos orales, 50 mg</i>	45	<i>procto-med hc</i>	51
<i>pirimetamina</i>	16	<i>prednisona, comprimidos orales, paquete dosificado</i>	45	<i>procto-pak</i>	51
<i>pirmella</i>	57	<i>prednisona, intensol</i>	45	<i>proctosol hc tópico</i>	51
PLENAMINE	63	<i>prednisona, solución oral</i>	45	<i>proctozona-hc</i>	51
PLENVU	51	<i>pregabalina, cápsulas orales, 100 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	27	<i>progesterona micronizada</i>	55
<i>podofilox</i>	40	<i>pregabalina, cápsulas orales, 225 mg, 300 mg</i>	27	PROGLYCEM	47
<i>polimixina b sulfato de trimetoprima</i>	58	<i>pregabalina, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas, 165 mg, 82.5 mg</i>	27	PROGRAF INTRAVENOSO	23
POLIVY	23	<i>pregabalina, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas, 330 mg</i>	27	PROGRAF, PAQUETE DE GRÁNULOS ORALES	23
<i>polycin</i>	58	<i>pregabalina, solución oral</i>	27	PROLASTIN-C	44
POMALYST	23	PREMARIN INYECTABLE	55	PROLENSA	58
<i>portia 28</i>	57	PREMARIN ORAL	55	PROLIA	53
PORTRAZZA	23	PREMARIN VAGINAL	55	PROMACTA, COMPRIMIDOS ORALES, 12.5 MG, 25 MG, 50 MG	39
<i>posaconazol, comprimidos orales, liberación retardada (dr/ec)</i>	11	PREMASOL 10%	63	PROMACTA, COMPRIMIDOS ORALES, 75 MG	39
POTASSIUM CHLORID-D5-0.45% NACL, SOLUCIÓN PARENTERAL INTRAVENOSA, 10 MEQ/L, 20 MEQ/L, 40 MEQ/L	62	<i>prevalite</i>	39	PROMACTA, PAQUETE DE POLVO ORAL, 12.5 MG	38
POTASSIUM CHLORIDE-D5-0.2% NACL, SOLUCIÓN PARENTERAL INTRAVENOSA, 20 MEQ/L	62	<i>previfem</i>	57	PROMACTA, PAQUETE DE POLVO ORAL, 25 MG	38
POTASSIUM CHLORIDE-D5-0.9% NACL	62	PREVYMIS, ORAL	12	<i>prometazina oral</i>	59
POTELIGEO	23	PREZCOBIX	13	<i>prometazina, supositorio rectal, 12.5 mg, 25 mg</i>	59
PRADAXA	38	PREZISTA, COMPRIMIDOS ORALES, 75 MG	13	<i>promethegan, supositorio rectal, 25 mg, 50 mg</i>	59
<i>pramipexol, comprimidos orales</i>	28	PREZISTA, COMPRIMIDOS ORALES, 150 MG	13	<i>propafenona, cápsulas orales, liberación prolongada, 12 horas</i>	35
<i>pramipexol, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas</i>	28	PREZISTA, COMPRIMIDOS ORALES, 600 MG	13	<i>propafenona, comprimidos orales</i>	35
PRASUGREL	38	PREZISTA, COMPRIMIDOS ORALES, 800 MG	13	<i>propiltiouracilo</i>	45
<i>pravastatina</i>	39	PREZISTA, SUSPENSIÓN ORAL	13	<i>propionato de fluticasona, crema tópica</i>	42
<i>praziquantel</i>	16	PRIFTIN	16	<i>propionato de fluticasona nasal</i>	60
<i>prazosina</i>	37	PRIMAQUINE	16	<i>propionato de fluticasona, pomada tópica</i>	42
PRED-G	59	<i>primidona</i>	27	<i>propionato de fluticasona-salmeterol para inhalación, blíster con dispositivo</i>	60
PRED-G S.O.P.	59	<i>probenecid</i>	53	<i>propionato de halobetasol, crema tópica</i>	42

Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
<i>propionato de halobetasol, pomada tópica</i>	42	<i>rasagilina</i>	28	<i>ribavirina, comprimidos orales, 200 mg</i>	13
<i>propranolol, cápsulas orales, liberación prolongada, 24 horas</i>	37	REBIF (CON ALBÚMINA)	52	RIDAURA	54
<i>propranolol, comprimidos orales</i>	37	REBIF, PAQUETE DE AJUSTE DE DOSIS	52	<i>rifabutina</i>	16
<i>propranolol-hidroclorotiazida</i>	37	REBIF REBIDOSE, LAPICERA PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA, 8.8 MCG/0.2 ML, 22 MCG/0.5 ML (6)	52	<i>rifampina intravenosa</i>	16
<i>propranolol, solución oral</i>	37	REBIF REBIDOSE, LAPICERA PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA, 22 MCG/0.5 ML, 44 MCG/0.5 ML	52	<i>rifampina oral</i>	16
PROQUAD (PF)	53	<i>reclipsen (28)</i>	57	<i>riluzol</i>	44
PROSOL 20%	63	RECOMBIVAX HB (PF)	53	<i>rimantadina</i>	13
<i>protriptilina</i>	34	RECTIV	51	RINVOQ	54
PULMICORT, SUSPENSIÓN PARA INHALACIÓN PARA NEBULIZACIÓN, 0.25 MG/ 2 ML, 0.5 MG/2 ML	61	<i>regonol</i>	29	RIOMET	47
PULMICORT, SUSPENSIÓN PARA INHALACIÓN PARA NEBULIZACIÓN, 1 MG/2 ML	61	REGRANEX	40	RIOMET, LIBERACIÓN PROLONGADA	47
PULMOZYME	61	RELISTOR, JERINGA SUBCUTÁNEA	51	<i>risedronato, comprimidos orales, 5 mg</i>	53
PURIXAN	23	RELISTOR, SOLUCIÓN SUBCUTÁNEA	51	<i>risedronato, comprimidos orales, 30 mg</i>	44
Q		RENACIDIN	62	<i>risedronato, comprimidos orales, 35 mg (paquete de 12), 35 mg (paquete de 4)</i>	53
QINLOCK	23	RENFLEXIS	51	<i>risedronato, comprimidos orales, 150 mg</i>	53
QUADRACEL (PF)	53	<i>repaglinida, comprimidos orales, 0.5 mg</i>	47	RISPERDAL CONSTA, SUSPENSIÓN INTRAMUSCULAR, RECONST. DE LIB. PROLONGADA, 12.5 MG/2 ML	35
<i>quetiapina, comprimidos orales, 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i>	34	<i>repaglinida, comprimidos orales, 1 mg</i>	47	RISPERDAL CONSTA, SUSPENSIÓN INTRAMUSCULAR, RECONST. DE LIB. PROLONGADA, 25 MG/2 ML, 37.5 MG/2 ML, 50 MG/2 ML	35
<i>quetiapina, comprimidos orales, 300 mg, 400 mg</i>	34	<i>repaglinida, comprimidos orales, 2 mg</i>	47	<i>risperidona, comprimidos de desintegración oral, 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg</i>	35
<i>quetiapina, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas, 150 mg, 200 mg</i>	34	REPATHA	39	<i>risperidona, comprimidos de desintegración oral, 4 mg</i>	35
<i>quetiapina, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas, 300 mg, 400 mg, 50 mg</i>	34	REPATHA PUSHTRONEX	39	<i>risperidona, comprimidos orales, 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg</i>	35
<i>quinapril</i>	37	REPATHA SURECLICK	39	<i>risperidona, comprimidos orales, 4 mg</i>	35
<i>quinapril-hidroclorotiazida</i>	37	RESTASIS	58	<i>risperidona, solución oral</i>	35
R		RESTASIS MULTIDOSIS	58	<i>ritonavir</i>	13
RABAVERT (PF)	53	RETACRIT	52	<i>rivastigmina</i>	29
<i>raloxifeno</i>	53	RETEVMO	23	<i>rivelsa</i>	57
<i>ramelteón</i>	35	RETROVIR INTRAVENOSO	13	<i>rizatriptán</i>	28
<i>ramipril</i>	37	REVLIMID	23		
<i>ranolazina</i>	39	REXULTI	35		
		REYATAZ, PAQUETE DE POLVO ORAL	13		
		RHOPRESSA	59		
		<i>ribavirina, cápsulas orales</i>	13		

Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
ROCKLATAN.....	59	SECUADO.....	35	<i>solución de lactato sódico</i>	
ROMIDEPSIN, SOLUCIÓN		SELZENTRY, COMPRIMIDOS		<i>compuesta intravenosa</i>	62
INTRAVENOSA.....	23	ORALES, 25 MG.....	13	SOLU-CORTEF ACT-O-VIAL (PF)...	45
<i>ropinirol, comprimidos orales</i>	28	SELZENTRY, COMPRIMIDOS		SOMATULINE DEPOT.....	23
<i>rosadan, crema tópica</i>	41	ORALES, 150 MG, 75 MG.....	13	SOMAVERT.....	49
<i>rosadan, gel tópico</i>	41	SELZENTRY, COMPRIMIDOS		<i>sorine</i>	36
<i>rosuvastatina</i>	39	ORALES, 300 MG.....	13	<i>sotalol af</i>	36
ROTARIX.....	53	SELZENTRY, SOLUCIÓN ORAL...	13	<i>sotalol oral</i>	36
ROTATEQ, VACUNA.....	53	SEREVENT DISKUS.....	61	SOTYLIZE.....	36
<i>roweepra</i>	27	<i>sertralina, comprimidos orales</i>	35	<i>sprintec (28)</i>	57
ROZLYTREK, CÁPSULAS		<i>sertralina, concentrado oral</i>	35	SPRITAM.....	27
ORALES, 100 MG.....	23	<i>setlakin</i>	57	SPRYCEL, COMPRIMIDOS	
ROZLYTREK, CÁPSULAS		SEVELAMER CARBONATE,		ORALES, 20 MG, 70 MG.....	23
ORALES, 200 MG.....	23	COMPRIMIDOS ORALES.....	44	SPRYCEL, COMPRIMIDOS	
RUBRACA.....	23	SEVELAMER CARBONATE,		ORALES, 100 MG, 140 MG,	
<i>rufinamida</i>	27	PAQUETE DE POLVO ORAL.....	44	50 MG, 80 MG.....	23
RUKOBIA.....	13	<i>sharobel</i>	55	<i>sps (con sorbitol)</i>	44
RUXIENCE.....	23	SHINGRIX (PF).....	53	<i>sronyx</i>	57
RYBELSUS.....	47	SIGNIFOR.....	23	<i>ssd</i>	40
RYBREVANT.....	23	<i>sildenafil (hipertensión arterial</i>		STAMARIL (PF).....	53
RYDAPT.....	23	<i>pulmonar), comprimidos orales</i>	61	STELARA, JERINGA	
RYLAZE.....	23	SIMBRINZA.....	59	SUBCUTÁNEA, 45 MG/0.5 ML.....	40
RYTARY.....	28	<i>simliya (28)</i>	57	STELARA, JERINGA	
		<i>simpesse</i>	57	SUBCUTÁNEA, 90 MG/ML.....	40
S		SIMULECT.....	23	STELARA, SOLUCIÓN	
<i>sajazir</i>	61	<i>simvastatina, comprimidos orales</i> ...	39	SUBCUTÁNEA.....	40
<i>salsalato</i>	31	<i>sirolimus, comprimidos orales</i>	23	STIVARGA.....	23
SAMSCA, COMPRIMIDOS		<i>sirolimus, solución oral</i>	23	STRIBILD.....	13
ORALES, 15 MG.....	49	SIRTURO.....	16	SUBOXONE, PELÍCULA	
SAMSCA, COMPRIMIDOS		SIVEXTRO INTRAVENOSO.....	16	SUBLINGUAL, 2-0.5 MG.....	31
ORALES, 30 MG.....	49	SIVEXTRO ORAL.....	16	SUBOXONE, PELÍCULA	
SANCUSO.....	51	SKYRIZI, JERINGA		SUBLINGUAL, 4-1 MG, 8-2 MG....	31
SANDIMMUNE, SOLUCIÓN ORAL	23	SUBCUTÁNEA, 150 MG/ML.....	40	SUBOXONE, PELÍCULA	
SANDOSTATIN LAR		SKYRIZI, KIT DE JERINGA		SUBLINGUAL, 12-3 MG.....	31
DEPOT, SUSPENSIÓN		SUBCUTÁNEA.....	40	<i>subvenite</i>	27
INTRAMUSCULAR, RECONST.		SKYRIZI, LAPICERA PARA		<i>subvenite, paquete inicial (azul)</i>	27
DE LIB. PROLONGADA.....	23	INYECCIÓN SUBCUTÁNEA.....	40	<i>subvenite, paquete inicial (naranja)</i> ..	27
SANTYL.....	40	<i>solifenacina</i>	61	<i>subvenite, paquete inicial (verde)</i> ...	27
SAPHRIS.....	35	SOLQUA 100/33.....	47	<i>succinato de desvenlafaxina</i>	32
<i>sapropterina</i>	49	SOLTAMOX.....	23	<i>succinato de loxapina</i>	34
SARCLISA.....	23	<i>solución de lactato sódico</i>		<i>succinato de metoprolol</i>	37
		<i>compuesta intravenosa</i>	62	<i>succinato de sumatriptán oral</i>	28

Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
<i>succinato de sumatriptán, solución subcutánea</i>	28	<i>sulfato de magnesio inyectable</i>	62	SYNRIBO	24
<i>succinato de sumatriptán, subcutáneo en cartucho</i>	28	<i>sulfato de polimixina b</i>	16	SYNTHROID	49
<i>succinato de sumatriptán, subcutáneo en lapicera</i>	28	<i>sulfato de quinidina, comprimidos orales</i>	35	T	
<i>succinato sódico de cloranfenicol</i>	15	<i>sulfato de quinina</i>	16	TABLOID	24
<i>succinato sódico de metilprednisolona intravenoso</i>	45	<i>sulfato de tobramicina</i>	16	TABRECTA	24
<i>succinato sódico de metilprednisolona, sol. para reconst. inyect., 125 mg, 40 mg</i>	45	<i>sulfonato de poliestireno sódico, polvo oral</i>	44	<i>tacrolimus oral</i>	24
<i>sucralfato, comprimidos orales</i>	51	<i>sulfuro de selenio, loción tópica</i>	40	<i>tacrolimus tópico</i>	41
<i>sucralfato, suspensión oral</i>	51	<i>sulindaco</i>	31	<i>tadalafil (hipertensión arterial pulmonar), comprimidos orales, 20 mg</i>	61
<i>sulfacetamida-prednisolona</i>	58	<i>sumatriptán, rociador nasal no aerosol, 5 mg/activación</i>	28	TAFINLAR	24
<i>sulfacetamida sódica (acné)</i>	41	<i>sumatriptán, rociador nasal no aerosol, 20 mg/activación</i>	28	TAGRISSO	24
<i>sulfacetamida sódica, gotas oftálmicas (ojos)</i>	58	<i>sunitinib</i>	23	TALTZ, JERINGA	40
<i>sulfadiazina</i>	17	SUPRAX, SUSPENSIÓN ORAL PARA RECONSTITUCIÓN, 500 MG/5 ML	14	TALZENNA, CÁPSULAS ORALES, 0.25 MG	24
<i>sulfadiazina de plata</i>	40	SUPREP, KIT DE PREPARACIÓN INTESTINAL	51	TALZENNA, CÁPSULAS ORALES, 1 MG	24
<i>sulfametoxazol-trimetoprima, comprimidos orales</i>	17	SUTAB	51	<i>tamoxifeno</i>	24
<i>sulfametoxazol/trimetoprima, intravenoso</i>	17	SUTENT	23	<i>tamsulosina</i>	62
<i>sulfametoxazol-trimetoprima, suspensión oral</i>	17	<i>syeda</i>	57	TARGRETIN TÓPICO	24
<i>sulfasalazina</i>	51	SYMDEKO	61	<i>tarina 24 fe</i>	57
<i>sulfato de albuterol, comprimidos orales</i>	60	SYMFI	13	<i>tarina fe 1/20 (28)</i>	57
<i>sulfato de albuterol, comprimidos orales, liberación prolongada, 12 horas</i>	60	SYMFI LO	13	<i>tarina fe 1-20 eq (28)</i>	57
<i>sulfato de albuterol, jarabe oral</i>	60	SYMLINPEN 60	48	<i>tartrato de metoprolol-hidroclorotiazida</i>	37
<i>sulfato de albuterol para inhalar, inhalador en aerosol de hfa, 90 mcg/activación (genérico de ProAir)</i>	59	SYMLINPEN 120	48	<i>tartrato de metoprolol oral</i>	37
<i>sulfato de albuterol para inhalar, inhalador en aerosol de hfa, 90 mcg/activación (genérico de Ventolin)</i>	60	SYMPAZAN	27	<i>tartrato de rivastigmina</i>	29
<i>sulfato de albuterol para inhalar, solución para nebulización</i>	60	SYMTUZA	13	TASIGNA, CÁPSULAS ORALES, 50 MG	24
<i>sulfato de gentamicina (pediátrico) (pf)</i>	15	SYNAREL	49	TASIGNA, CÁPSULAS ORALES, 150 MG, 200 MG	24
<i>sulfato de magnesio en agua</i>	62	SYNERCID	16	<i>taysofy</i>	57
		SYNJARDY	48	<i>tazaroteno, crema tópica</i>	41
		SYNJARDY XR, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN INMEDIATA-LIBERACIÓN PROLONGADA, BIFÁSICA, 24 HORAS, 10-1,000 MG, 12.5-1,000 MG, 5-1,000 MG	48	<i>tazicef</i>	14
		SYNJARDY XR, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN INMEDIATA-LIBERACIÓN PROLONGADA, BIFÁSICA, 24 HORAS, 25-1,000 MG	48	TAZORAC	41
				<i>taztia xt, cápsulas orales, liberación prolongada, 24 horas, 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg</i>	37
				TAZVERIK	24
				TDVAX	53

Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
TECENTRIQ	24	TESTOSTERONE CYPIONATE, ACEITE INTRAMUSCULAR, 200 MG/ML	49	<i>tolcapona</i>	28
TECFIDERA, CÁPSULAS ORALES, LIBERACIÓN RETARDADA (DR/EC), 120 MG	29	TETANUS, DIPHTHERIA TOX PEDIÁTRICA (PF)	53	<i>tolterodina</i>	61
TECFIDERA, CÁPSULAS ORALES, LIBERACIÓN RETARDADA (DR/EC), 120 MG (14), 240 MG (46)	29	<i>tetrabenazina, comprimidos</i> <i>orales, 12.5 mg</i>	29	<i>tolvaptán, comprimidos</i> <i>orales, 30 mg</i>	49
TECFIDERA, CÁPSULAS ORALES, LIBERACIÓN RETARDADA (DR/EC), 240 MG	29	<i>tetrabenazina, comprimidos</i> <i>orales, 25 mg</i>	29	<i>topimarato, comprimidos orales</i>	27
TECHLITE, AGUJA PARA LAPICERA	48	<i>tetraciclina</i>	18	<i>topiramato, cápsulas</i> <i>orales, con gránulos</i>	27
TEFLARO	14	THALOMID, CÁPSULAS ORALES, 100 MG, 150 MG, 50 MG	24	<i>toposar</i>	24
TEKTURN HCT	37	THALOMID, CÁPSULAS ORALES, 200 MG	24	<i>topotecán, sol. para</i> <i>reconst. intravenosa</i>	24
<i>telmisartán</i>	37	THEO-24	61	<i>topotecán, solución intravenosa,</i> <i>4 mg/4 ml (1 mg/ml)</i>	24
<i>telmisartán-amlodipina</i>	37	<i>tiadylt, liberación prolongada</i>	38	<i>toremifeno</i>	24
<i>telmisartán-hiclorotiazida</i>	37	<i>tiagabina</i>	27	<i>torsemida oral</i>	38
<i>temazepam</i>	35	TIBSOVO	24	TOUJEO MAX U-300 SOLOSTAR ..	48
TEMIXYS	13	<i>tigeciclina</i>	16	TOUJEO SOLOSTAR U-300, INSULINA	48
TEMODAR INTRAVENOSO	24	<i>tilia fe</i>	57	TOVIAZ	61
<i>temsirolimus</i>	24	TIMOLOL MALEATE, SOLUCIÓN GELIFICANTE OFTÁLMICA (OJOS)	58	TPN ELECTROLYTES	63
TENIVAC (PF), JERINGA INTRAMUSCULAR	53	<i>tioridazina</i>	35	TRADJENTA	48
<i>teofilina, comprimidos orales,</i> <i>liberación prolongada,</i> <i>12 horas, 300 mg, 450 mg</i>	61	<i>tiotepa</i>	24	<i>tramadol-acetaminofeno</i>	31
<i>teofilina, comprimidos orales,</i> <i>liberación prolongada, 24 horas</i>	61	<i>tiotixeno</i>	35	<i>tramadol, comprimidos</i> <i>orales, 50 mg</i>	31
TEPMETKO	24	<i>tis-u-sol pentalito</i>	43	<i>trandolapril</i>	38
<i>terazosina, cápsulas</i> <i>orales, 1 mg, 2 mg, 5 mg</i>	37	TIVDAK	24	<i>tranilcipromina</i>	35
<i>terazosina, cápsulas orales, 10 mg</i> ..	37	TIVICAY, COMPRIMIDOS ORALES, 10 MG	13	TRAVASOL 10%	63
<i>terbutalina</i>	61	TIVICAY, COMPRIMIDOS ORALES, 25 MG, 50 MG	13	<i>travoprost</i>	59
<i>terconazol</i>	55	TIVICAY PD	13	TRAZIMERA	24
TERIPARATIDE	53	<i>tizanidina, cápsulas orales</i>	29	<i>trazodona</i>	35
<i>testosterona, gel transdérmico</i>	49	<i>tizanidina, comprimidos orales</i>	29	TREANDA	24
<i>testosterona, gel transdérmico</i> <i>en bomba con dosis medidas,</i> <i>12.5 mg/1.25 gramos (1%)</i>	49	TOBI PODHALER, CÁPSULA DE INHALACIÓN CON DISPOSITIVO DE INHALACIÓN	16	TRECTOR	16
<i>testosterona, gel transdérmico en</i> <i>paquete, 1% (25 mg/2.5 gramos),</i> <i>1% (50 mg/5 gramos)</i>	49	<i>tobramicina-dexametasona</i>	59	TRELEGY ELLIPTA	61
		<i>tobramicina en nacl al 0.225%</i>	16	TRELSTAR, SUSPENSIÓN INTRAMUSCULAR PARA RECONSTITUCIÓN	24
		<i>tobramicina oftálmica (ojos)</i>	58	TRESIBA FLEXTOUCH U-100	48
		TOBEX, POMADA OFTÁLMICA (OJOS)	58	TRESIBA FLEXTOUCH U-200	48
				TRESIBA U-100, INSULINA	48
				<i>tretinoína (antineoplásico)</i>	24
				<i>tretinoína, crema tópica,</i> <i>0.025%, 0.05%, 0.1%</i>	41
				<i>tretinoína, microesferas</i>	41

Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
<i>tretinoína tópica, gel tópico, 0.01%</i>	41	<i>tri-lo-sprintec</i>	57	TWINRIX (PF).....	53
<i>tretinoína tópica, gel tópico, 0.025%, 0.05%</i>	41	<i>trimetoprima</i>	18	TYBLUME	57
<i>triamcinolona acetona, crema tópica, 0.1%</i>	42	<i>tri-mili</i>	57	TYBOST.....	13
<i>triamcinolona acetona, crema tópica, 0.025%, 0.5%</i>	42	<i>trimipramina</i>	35	<i>tydemy</i>	57
<i>triamcinolona acetona, loción tópica</i>	42	TRINTELLIX	35	TYKERB.....	24
<i>triamcinolona acetona, pasta dental</i>	44	<i>tri-nymyo</i>	57	TYMLOS.....	53
<i>triamcinolona acetona, pomada tópica</i>	42	<i>trióxido de arsénico</i>	19	TYPHIM VI.....	53
<i>triamcinolona acetona, suspensión inyectable, 40 mg/ml</i> ...	45	<i>tri-previfem (28)</i>	57	TYSABRI	29
<i>triamtereno-hidroclorotiazida, cápsulas orales, 37.5-25 mg</i>	38	TRIPTODUR	24		
<i>triamtereno-hidroclorotiazida, comprimidos orales</i>	38	<i>tri-sprintec (28)</i>	57	U	
<i>triderm, crema tópica, 0.1%</i>	43	<i>tritocin</i>	43	UKONIQ	24
<i>trientina</i>	44	TRIUMEQ.....	13	UNITHROID, COMPRIMIDOS ORALES, 100 MCG, 112 MCG, 125 MCG, 150 MCG, 175 MCG, 200 MCG, 25 MCG, 300 MCG, 50 MCG, 75 MCG, 88 MCG	49
<i>tri-estarylla</i>	57	<i>trivora (28)</i>	57	<i>unithroid, comprimidos orales, 137 mcg</i>	49
<i>tri femynor</i>	57	<i>tri-vylibra</i>	57	UNITUXIN	24
<i>trifluoperazina</i>	35	<i>tri-vylibra lo</i>	57	UPTRAVI, ORAL	38
<i>trifluridina</i>	58	TRODELVY	24	<i>ursodiol, cápsulas orales, 300 mg</i> ..	51
<i>trihexifenidilo</i>	28	TROGARZO	13	<i>ursodiol, comprimidos orales</i>	51
TRIJARDY XR, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN INMEDIATA-LIBERACIÓN PROLONGADA, BIFÁSICA, 24 HORAS, 10-5-1,000 MG, 25-5-1,000 MG	48	TROKENDI XR, CÁPSULAS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA, 24 HORAS, 100 MG, 25 MG, 50 MG	27		
TRIJARDY XR, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN INMEDIATA-LIBERACIÓN PROLONGADA, BIFÁSICA, 24 HORAS, 12.5-2.5-1,000 MG, 5-2.5-1,000 MG	48	TROKENDI XR, CÁPSULAS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA, 24 HORAS, 200 MG.....	27	V	
TRIKAFTA	61	TROPHAMINE 10%	63	<i>valaciclovir, comprimidos orales, 1 gramo</i>	13
<i>tri-legest fe</i>	57	TRULICITY	48	<i>valaciclovir, comprimidos orales, 500 mg</i>	13
<i>tri-lynyah</i>	57	TRUMENBA	53	VALCHLOR.....	41
<i>tri-lo-estarylla</i>	57	TRUSELTIQ, CÁPSULAS ORALES, 75 MG/DÍA (25 MG X 3).....	24	<i>valerato de betametasona, crema tópica</i>	42
<i>tri-lo-marzia</i>	57	TRUSELTIQ, CÁPSULAS ORALES, 100 MG/DÍA (100 MG X 1)	24	<i>valerato de betametasona, espuma tópica</i>	42
<i>tri-lo-mili</i>	57	TRUSELTIQ, CÁPSULAS ORALES, 125 MG/DÍA (100 MG X 1-25 MG X 1), 50 MG/DÍA (25 MG X 2).....	24	<i>valerato de betametasona, loción tópica</i>	42
		TRUVADA	13	<i>valerato de betametasona, pomada tópica</i>	42
		TRUXIMA.....	24	<i>valerato de estradiol, aceite intramuscular, 20 mg/ml, 40 mg/ml</i> ..	54
		TUKYSA, COMPRIMIDOS ORALES, 50 MG	24	<i>valerato de hidrocortisona</i>	42
		TUKYSA, COMPRIMIDOS ORALES, 150 MG.....	24	<i>valganciclovir</i>	13
		TURALIO	24		

Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
<i>valproato sódico</i>	27	VENCLEXTA, COMPRIMIDOS		VIMPAT, COMPRIMIDOS	
<i>valrubicina</i>	24	ORALES, 50 MG	24	ORALES, 100 MG,	
<i>valsartán, comprimidos</i>		VENCLEXTA, COMPRIMIDOS		150 MG, 200 MG	27
<i>orales, 160 mg, 40 mg, 80 mg</i>	38	ORALES, 100 MG	24	VIMPAT INTRAVENOSO	27
<i>valsartán, comprimidos</i>		VENCLEXTA,		VIMPAT, SOLUCIÓN ORAL	27
<i>orales, 320 mg</i>	38	PAQUETE INICIAL	25	<i>vinblastine</i>	25
<i>valsartán-hidroclorotiazida</i>	38	<i>venlafaxina, cápsulas orales,</i>		<i>vincasar pfs</i>	25
VALTOCO	27	<i>liberación prolongada, 24 horas</i>	35	<i>vincristina</i>	25
<i>vancomicina, cápsulas</i>		<i>venlafaxina, comprimidos orales</i>	35	<i>vinorelbina</i>	25
<i>orales, 125 mg</i>	16	VENTAVIS	61	VIOKACE,	
<i>vancomicina, cápsulas</i>		VENTOLIN HFA	61	COMPRIMIDOS ORALES,	
<i>orales, 250 mg</i>	16	VERAPAMIL, CÁPSULAS		10,440-39,150-39,150 UNIDADES. .	51
<i>vancomicina, sol. para</i>		ORALES, PÍLDORAS DE LIB.		VIOKACE,	
<i>reconst. intravenosa, 1,000 mg,</i>		PROL., 24 HORAS, 360 MG	38	COMPRIMIDOS ORALES,	
<i>10 gramos, 250 mg, 5 gramos, 5</i>		<i>verapamilo, cápsulas orales,</i>		20,880-78,300-78,300 UNIDADES. .	51
<i>00 mg, 750 mg</i>	16	<i>píldoras ct de lib. prol., 24 horas</i>	38	<i>viorele (28)</i>	57
<i>vancomicina, sol. para</i>		<i>verapamilo, cápsulas orales,</i>		VIRACEPT, COMPRIMIDOS	
<i>reconst. oral</i>	16	<i>píldoras de lib. prol., 24 horas,</i>		ORALES, 250 MG	13
VANCOMYCIN EN CLORURO		<i>120 mg, 180 mg, 240 mg</i>	38	VIRACEPT, COMPRIMIDOS	
DE SODIO AL 0.9%, INFUSIÓN		<i>verapamilo, comprimidos orales</i>	38	ORALES, 625 MG	13
SECUNDARIA INTRAVENOSA.	16	<i>verapamilo, comprimidos orales,</i>		VIREAD, COMPRIMIDOS	
VANCOMYCIN EN DEXTROSA		<i>liberación prolongada</i>	38	ORALES, 150 MG,	
AL 5%, INFUSIÓN SECUNDARIA		<i>verapamilo, solución intravenosa</i> ...	38	200 MG, 250 MG	13
INTRAVENOSA	16	VERSACLOZ	35	VIREAD, POLVO ORAL	13
VANCOMYCIN INYECTABLE	16	VERZENIO	25	VITAMINAS PRENATALES,	
VANCOMYCIN, SOL. PARA		<i>vestura (28)</i>	57	COMPRIMIDOS ORALES	63
RECONST. INTRAVENOSA,		V-GO 20	48	VITRAKVI, CÁPSULAS	
1.25 GRAMOS, 1.5 GRAMOS.	16	V-GO 30	48	ORALES, 25 MG	25
VANCOMYCIN-WATER,		V-GO 40	48	VITRAKVI, CÁPSULAS	
INYECTABLE (PEG)	16	VICTOZA 2-PAK	48	ORALES, 100 MG	25
<i>vandazol</i>	55	VICTOZA 3-PAK	48	VITRAKVI, SOLUCIÓN ORAL	25
VAQTA (PF)	53	<i>vienva</i>	57	VIVITROL	31
<i>vareniclina</i>	44	<i>vigabatrina</i>	27	VIZIMPRO	25
VARIVAX (PF)	53	<i>vigadrone</i>	27	<i>volnea (28)</i>	57
VARIZIG	53	VIIBRYD,		<i>voriconazol, comprimidos</i>	
VASCEPA	39	COMPRIMIDOS ORALES	35	<i>orales, 50 mg</i>	11
VECTIBIX	24	VIIBRYD,		<i>voriconazol, comprimidos</i>	
VELCADE	24	COMPRIMIDOS ORALES,		<i>orales, 200 mg</i>	11
<i>velivet, régimen trifásico (28)</i>	57	PAQUETE DOSIFICADO,		<i>voriconazol intravenoso</i>	11
VELTASSA	44	10 MG (7), 20 MG (23)	35	<i>voriconazol, suspensión</i>	
VEMLIDY	13	VIMPAT, COMPRIMIDOS		<i>oral para reconstitución</i>	11
VENCLEXTA, COMPRIMIDOS		ORALES, 50 MG	27	VOSEVI	13
ORALES, 10 MG	24			VOTRIENT	25

Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
VRAYLAR, CÁPSULAS ORALES... 35		XIFAXAN, COMPRIMIDOS ORALES, 550 MG..... 17		Y	
VRAYLAR, CÁPSULAS ORALES, PAQUETE DOSIFICADO 35		XIGDUO XR, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN INMEDIATA-LIBERACIÓN PROLONGADA, BIFÁSICA, 24 HORAS, 2.5-1,000 MG, 5-1,000 MG, 5-500 MG..... 48		YERVOY..... 25	
<i>vyfemla</i> (28)..... 57		XIGDUO XR, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN INMEDIATA-LIBERACIÓN PROLONGADA, BIFÁSICA, 24 HORAS, 10-1,000 MG, 10-500 MG..... 48		YF-VAX (PF) 53	
<i>vylibra</i> 57		XIIDRA 58		YONDELIS..... 25	
VYNDAMAX 39		XOFLUZA..... 13		YUPELRI 61	
VYNDAQEL..... 39		XOLAIR, JERINGA SUBCUTÁNEA, 75 MG/0.5 ML..... 61		<i>yuvaferm</i> 55	
VYXEOS..... 25		XOLAIR, JERINGA SUBCUTÁNEA, 150 MG/ML..... 61		Z	
W		XOLAIR, SOL. PARA RECONST. SUBCUTÁNEA..... 61		<i>zafirlukast</i> 61	
<i>warfarina</i> 39		XOPENEX..... 61		<i>zaleplon, cápsulas orales, 5 mg</i> 35	
WELIREG..... 25		XOPENEX CONCENTRADO..... 61		<i>zaleplon, cápsulas orales, 10 mg</i> ... 35	
<i>wera</i> (28) 57		XOSPATA..... 25		ZALTRAP 25	
<i>wixela inhub</i> 61		XPOVIO, COMPRIMIDOS ORALES, 100 MG/SEMANA (50 MG X 2), 40 MG/SEMANA (40 MG X 1), 40 MG DOS VECES POR SEMANA (40 MG X 2), 60 MG/SEMANA (60 MG X 1), 60 MG DOS VECES POR SEMANA (120 MG/SEMANA), 80 MG/SEMANA (40 MG X 2), 80 MG DOS VECES POR SEMANA (160 MG/SEMANA)..... 25		ZANOSAR 25	
<i>wymzya fe</i> 57		XTAMPZA ER..... 30		<i>zarah</i> 57	
X		XTANDI, CÁPSULAS ORALES..... 25		ZARXIO 52	
XALKORI 25		XTANDI, COMPRIMIDOS ORALES, 40 MG..... 25		ZEJULA 25	
XARELTO..... 39		XTANDI, COMPRIMIDOS ORALES, 80 MG..... 25		ZELBORAF 25	
XARELTO, TRATAMIENTO INICIAL PARA TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA/EMBOLIA PULMONAR, 30 DÍAS 39		XULTOPHY 100/3.6 48		ZEMAIRA..... 44	
XATMEP..... 25		XYREM..... 35		<i>zenatane</i> 41	
XCOPRI 27				ZENPEP, CÁPSULAS ORALES, LIBERACIÓN RETARDADA (DR/EC) 10,000-32,000-42,000 UNIDADES, 15,000-47,000-63,000 UNIDADES, 20,000-63,000-84,000 UNIDADES, 25,000-79,000-105,000 UNIDADES, 3,000-10,000-14,000- UNIDADES, 40,000-126,000-168,000 UNIDADES, 5,000-17,000-24,000 UNIDADES ... 51	
XCOPRI, PAQUETE DE AJUSTE DE DOSIS 27				ZEPZELCA 25	
XCOPRI, PAQUETE DE MANTENIMIENTO, COMPRIMIDOS ORALES, 250 MG/DÍA (150 MG X 1-100 MG X 1), 350 MG/DÍA (200 MG X 1-150 MG X 1) 27				<i>zidovudina, cápsulas orales</i> 13	
XELJANZ, COMPRIMIDOS ORALES 54				<i>zidovudina, comprimidos orales</i> 13	
XELJANZ, SOLUCIÓN ORAL 54				<i>zidovudina, jarabe oral</i> 13	
XELJANZ XR 54				ZIEXTENZO 52	
XGEVA 18				ZIRABEV 25	
XHANCE..... 61				ZIRGAN 58	
XIAFLEX..... 44				ZOLADEX 25	
				ZOLEDRONIC AC-MANNITOL-0.9NACL..... 49	
				ZOLINZA 25	
				<i>zolpidem, comprimidos orales</i> 35	

Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
<i>zonisamida</i>	27				
ZORTRESS, COMPRIMIDOS ORALES, 1 MG	25				
ZOSTAVAX (PF).....	53				
ZOSYN EN DEXTROSA, ISO-OSM.....	17				
<i>zovia 1-35 (28)</i>	57				
<i>zovia 1/35e (28)</i>	57				
ZTLIDO	41				
ZUBSOLV, COMPRIMIDOS SUBLINGUALES, 0.7-0.18 MG, 1.4-0.36 MG, 11.4-2.9 MG, 2.9-0.71 MG, 5.7-1.4 MG.....	31				
ZUBSOLV, COMPRIMIDOS SUBLINGUALES, 8.6-2.1 MG	31				
<i>zumandimine (28)</i>	57				
ZYDELIG	25				
ZYKADIA, COMPRIMIDOS ORALES	25				
ZYLET	59				
ZYNLONTA	25				
ZYPREXA RELPREVV	35				

Notas

[illegible]



Notificación Contra la Discriminación: La Discriminación es Contra la Ley

Cigna cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Cigna no excluye a las personas ni las trata de forma diferente debido a su origen étnico, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

Cigna:

- Proporciona asistencia y servicios gratuitos a las personas con discapacidades para que se comuniquen de manera eficaz con nosotros, como los siguientes:
 - Intérpretes de lenguaje de señas capacitados.
 - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos).
- Proporciona servicios lingüísticos gratuitos a personas cuya lengua materna no es el inglés, como los siguientes:
 - Intérpretes capacitados.
 - Información escrita en otros idiomas.

Si necesita recibir estos servicios, comuníquese con Servicio al Cliente al 1-800-668-3813, 8 a.m. a 8 p.m., 7 días de la semana.

Si considera que Cigna no le proporcionó estos servicios o lo discriminó de otra manera por motivos de origen étnico, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar un reclamo a la siguiente persona:

Cigna
Attn: Grievance Department
PO Box 188080, Chattanooga, TN 37422
Phone: 1-800-668-3813 (TTY 711) Fax: 1-888-586-9946.

Puede presentar el reclamo escrito por correo postal o fax. Si necesita ayuda para hacerlo, Servicio al Cliente está a su disposición para brindársela.

También puede presentar un reclamo de derechos civiles ante la Office for Civil Rights (Oficina de Derechos Civiles) del Department of Health and Human Services (Departamento de Salud y Servicios Humanos) de EE. UU. de manera electrónica a través de Office for Civil Rights Complaint Portal (Oficina de Derechos Civiles portal de quejas), disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o bien, por correo postal a la siguiente dirección o por teléfono a los números que figuran a continuación:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW, Room 509F, HHH Building, Washington, D.C. 20201
1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

Puede obtener los formularios de reclamo en el sitio web <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

Todos los productos y servicios de Cigna se brindan exclusivamente por o a través de subsidiarias operativas de Cigna Corporation. El nombre de Cigna, los logotipos, y otras marcas de Cigna son propiedad de Cigna Intellectual Property, Inc. ATTENTION: If you speak languages other than English, language assistance services, free of charge are available to you. Call 1-800-668-3813 (TTY 711), 8 a.m. to 8 p.m., 7 days a week. ATENCIÓN: si usted habla un idioma que no sea inglés, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-800-668-3813 (TTY 711), 8 a.m. a 8 p.m., 7 días de la semana. Cigna tiene contrato con Medicare para planes PDP, planes HMO y PPO en ciertos estados, y con ciertos programas estatales de Medicaid. La inscripción en Cigna depende de la renovación de contrato. © 2017 Cigna

Multi-language Interpreter Services

English – ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge are available to you. Call **1-800-668-3813** (TTY 711).

Spanish – ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al **1-800-668-3813** (TTY 711).

Chinese – 注意: 如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 **1-800-668-3813** (TTY 711)。

Vietnamese – CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số **1-800-668-3813** (TTY 711).

French Creole – ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele **1-800-668-3813** (TTY 711).

Korean – 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. **1-800-668-3813** (TTY 711)번으로 전화해 주십시오.

Polish – UWAGA: Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer **1-800-668-3813** (TTY 711).

French – ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le **1-800-668-3813** (ATS 711).

Arabic – ملحوظة: إذا كنت تتحدث اللغة العربية، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم **1-800-668-3813** (TTY 711).

Russian – ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните **1-800-668-3813** (телетайп 711).

Tagalog – PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa **1-800-668-3813** (TTY 711).

Farsi/Persian – توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می باشد. **1-800-668-3813** (TTY: 711) تماس بگیرید.

German – ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: **1-800-668-3813** (TTY 711).

Portuguese – ATENÇÃO: Se fala português, encontram-se disponíveis serviços linguísticos, grátis. Ligue para **1-800-668-3813** (TTY 711).

Italian – ATTENZIONE: In caso la lingua parlata sia l'italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamare il numero **1-800-668-3813** (TTY 711).

Japanese – 注意事項: 日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。**1-800-668-3813** (TTY 711)まで、お電話にてご連絡ください。

Navajo – Díí baa akó nínízin: Díí saad bee yánílti'go Diné Bizaad, saad bee áká'ánída'áwo'déé', t'áá jiik'eh, éí ná hólq, kojí' hódíilnih **1-800-668-3813** (TTY 711).

Gujarati – ધ્યાન આપો: જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો તો નિ:શુલ્ક ભાષા સહાય સેવાઓ તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે. ફોન કરો **1-800-668-3813** (TTY 711).

Urdu – توجہ دیں: اگر آپ اردو زبان بولتے ہیں تو آپ کے لئے زبان معاون خدمات مفت میں دستیاب ہیں۔ کال کریں **1-800-668-3813** (TTY 711)



1-800-668-3813 (TTY 711)



Del 1 de octubre al 31 de abril, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local. Se usa un servicio de mensajes los fines de semana, fuera del horario de atención y en los días festivos federales.



CignaMedicare.com

Este formulario se actualizó el 1 de diciembre de 2021. Para obtener información más reciente o si tiene otras preguntas, comuníquese con Servicio al Cliente de Cigna al 1-800-668-3813 o, para los usuarios de TTY, al 711, los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, o visite CignaMedicare.com. Todos los productos y servicios de Cigna se brindan exclusivamente por o a través de subsidiarias operativas de Cigna Corporation, incluyendo Cigna Health and Life Insurance Company, Cigna HealthCare of South Carolina, Inc., Cigna HealthCare of North Carolina, Inc., Cigna HealthCare of Georgia, Inc., Cigna HealthCare of Arizona, Inc., Cigna HealthCare of St. Louis, Inc., HealthSpring Life & Health Insurance Company, Inc., HealthSpring of Florida, Inc., Bravo Health Mid-Atlantic, Inc. y Bravo Health Pennsylvania, Inc. © 2020 Cigna
Diciembre de 2021

946453SP p