

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 Alliance Medicare (HMO)
Cigna Preferred Medicare (HMO)
Cigna Preferred Medicare (PPO)
Cigna Preferred GA Medicare (HMO)
Cigna Preferred Savings Medicare (HMO)
Cigna Preferred Plus Medicare (HMO)
Cigna Premier Medicare (HMO-POS)
Cigna Primary Medicare (HMO)
Cigna TotalCare (HMO D-SNP)
Cigna True Choice Medicare (PPO)
Cigna True Choice Plus Medicare (PPO)



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_01_MAPD_01_S_V12
INT_21_87406_C_Final_1pS

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 Alliance Medicare (HMO), Cigna Preferred Medicare (HMO), Cigna Preferred Medicare (PPO), Cigna Preferred GA Medicare (HMO), Cigna Preferred Savings Medicare (HMO), Cigna Preferred Plus Medicare (HMO), Cigna Premier Medicare (HMO-POS), Cigna Primary Medicare (HMO), Cigna TotalCare (HMO D-SNP), Cigna True Choice Medicare (PPO) y Cigna True Choice Plus Medicare (PPO).

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 26. 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 26. 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 79. 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 opiáceo dentro de los últimos 108 días (conocidos como “pacientes sin tratamiento previo con opiáceos”) tienen un límite de un suministro máximo de 7 días de analgésicos opiáceos. Los clientes que han despachado recientemente un analgésico opiáceo (pacientes con tratamiento previo con opiáceos) 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 26. 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 ayudarle 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.
- Algunos planes pueden ofrecer un copago de \$0 para los medicamentos genéricos del Nivel 1 y el Nivel 2 que se despachen en una farmacia minorista preferida y/o en farmacias de pedido por correo. Consulte las Tablas de niveles de medicamentos y costos compartidos en la página 5 para averiguar si su plan ofrece estos ahorros.
- 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.
- Puede pedirnos que proporcionemos una excepción a la asignación de nivel para que un medicamento con un costo compartido mayor se cubra con un nivel de costo compartido más bajo en las siguientes circunstancias:
 - Si el medicamento que está tomando es un medicamento de marca, puede pedirnos que cubramos su medicamento por la cantidad de costo compartido que se aplica al nivel más bajo que contiene alternativas de marca para tratar su condición.
 - Si el medicamento que está tomando es un medicamento genérico, puede pedirnos que cubramos su medicamento por la cantidad de costo compartido que se aplica al nivel más bajo que contiene alternativas de marca o genéricas para tratar su condición.
 - Si el medicamento que está tomando es un producto biológico, puede pedirnos que cubramos su medicamento por la cantidad de costo compartido que se aplica al nivel más bajo que contiene alternativas del producto biológico para tratar su condición.

Estas excepciones reducirían la cantidad que debería pagar por su medicamento.

Tenga en cuenta que, si aprobamos su solicitud de cubrir un medicamento que no está incluido en nuestra lista de medicamentos, no podrá pedirnos que proporcionemos un nivel de cobertura más alto para el medicamento. Además, no podrá pedirnos que proporcionemos un nivel de cobertura más alto para los medicamentos que pertenezcan al nivel de medicamentos de especialidad.

Por lo general, Cigna solo aprobará su solicitud de excepción si los medicamentos alternativos incluidos en nuestra lista de medicamentos, el medicamento con un costo compartido menor 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, la asignación de nivel o las restricciones a la utilización. **Cuando usted solicite una excepción vinculada con la lista de medicamentos, la asignación de nivel o las restricciones a la utilización, debe presentar una declaración de su proveedor o 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 26 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 79.

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.

Algunos planes de Cigna ofrecen cobertura adicional de medicamentos con receta durante la interrupción de la cobertura. Consulte su Evidencia de cobertura para ver si su plan tiene esta cobertura y para obtener más información.

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 26, 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.



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>.

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. El Nivel 1 es para los medicamentos genéricos preferidos. El Nivel 2 es para los medicamentos genéricos. El Nivel 3 es para los medicamentos de marca preferida. El Nivel 4 es para los medicamentos no preferidos. El Nivel 5 es para los medicamentos de especialidad. Consulte la siguiente tabla. También puede consultar su documento de Evidencia de cobertura para conocer más detalles.

Cigna no siempre puede mantener todos los medicamentos genéricos en los niveles de medicamentos Genéricos preferidos y Genéricos, y algunos medicamentos genéricos pueden estar en el Nivel 3, Nivel 4 o Nivel 5. Recuerde que el nombre

“Nivel 3: Medicamentos de marca preferida” es simplemente una descripción de la mayoría de los medicamentos incluidos en el nivel. No significa que en ese nivel haya solamente medicamentos de marca.

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 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

H7849-012 – Cigna True Choice Medicare (PPO): Blount, Cherokee, Colbert, DeKalb, Etowah, Jackson, Lawrence, Limestone, Madison, Marshall, Morgan, St. Clair y Tuscaloosa, Alabama

H7849-013 – Cigna True Choice Medicare (PPO): Autauga, Bibb, Chilton, Cullman, Dallas, Elmore, Jefferson, Lowndes, Mobile, Montgomery, Shelby, Talladega y Walker, Alabama

Nivel del Medicamentos	Opción preferida de costo compartido minorista	Opción estándar de costo compartido minorista	Opción preferida de costo compartido de pedido por correo	Opción estándar de costo compartido de pedido por correo
	30 / 60 / 90 días	30 / 60 / 90 días	30 / 60 / 90 días	30 / 60 / 90 días
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos	\$2 / \$4 / \$5	\$7 / \$14 / \$21	\$2 / \$4 / \$0	\$7 / \$14 / \$21
Nivel 2: Medicamentos genéricos	\$4 / \$8 / \$10	\$9 / \$18 / \$27	\$4 / \$8 / \$0	\$9 / \$18 / \$27
Nivel 3: Medicamentos de marca preferida	\$40 / \$80 / \$120	\$45 / \$90 / \$135	\$40 / \$80 / \$120	\$45 / \$90 / \$135
Nivel 4: Medicamentos no preferidos	\$95 / \$190 / \$285	\$100 / \$200 / \$300	\$95 / \$190 / \$285	\$100 / \$200 / \$300
Nivel 5: Nivel de especialidad	33% (30 días)	33% (30 días)	33% (30 días)	33% (30 días)

Área de servicio: Arkansas

H4513-038 – Cigna Preferred Medicare (HMO): Craighead, Crittenden, Cross, Greene, Jackson, Lawrence, Mississippi, Poinsett, Randolph y White, Arkansas

H4513-050 – Cigna Preferred Medicare (HMO): Conway, Faulkner, Garland, Grant, Hot Spring, Lonoke, Perry, Pope, Pulaski y Saline, Arkansas

H4513-051 – Cigna Preferred Medicare (HMO): Crawford Franklin, Johnson, Logan, Scott y Sebastian, Arkansas

H4513-052 – Cigna Preferred Medicare (HMO): Benton, Carroll, Madison y Washington, Arkansas

Nivel del Medicamentos	Opción preferida de costo compartido minorista	Opción estándar de costo compartido minorista	Opción preferida de costo compartido de pedido por correo	Opción estándar de costo compartido de pedido por correo
	30 / 60 / 90 días	30 / 60 / 90 días	30 / 60 / 90 días	30 / 60 / 90 días
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos (GC)	\$3 / \$6 / \$6	\$10 / \$20 / \$30	\$3 / \$6 / \$0	\$10 / \$20 / \$30
Nivel 2: Medicamentos genéricos (GC)	\$15 / \$30 / \$30	\$20 / \$40 / \$60	\$15 / \$30 / \$0	\$20 / \$40 / \$60
Nivel 3: Medicamentos de marca preferida	\$42 / \$84 / \$126	\$47 / \$94 / \$141	\$42 / \$84 / \$126	\$47 / \$94 / \$141
Nivel 4: Medicamentos no preferidos	50%	50%	50%	50%
Nivel 5: Nivel de especialidad	33% (30 días)	33% (30 días)	33% (30 días)	33% (30 días)

Área de servicio: Colorado

H0672-001 – Cigna Preferred Medicare (HMO): Adams, Arapahoe, Broomfield, Denver, Douglas y Jefferson, Colorado

H0672-002 – Cigna Preferred Medicare (HMO): Boulder, Colorado

H0672-003 – Cigna Preferred Medicare (HMO): Larimer y Weld, Colorado

H0672-004 – Cigna Preferred Medicare (HMO): El Paso y Teller, Colorado

H7849-001 – Cigna True Choice Medicare (PPO): Adams, Arapahoe, Boulder, Broomfield, Denver, Douglas y Jefferson, Colorado

H7849-026 – Cigna True Choice Medicare (PPO): Larimer y Weld, Colorado

H7849-027 – Cigna True Choice Medicare (PPO): El Paso y Teller, Colorado

Nivel del Medicamentos	Opción preferida de costo compartido minorista	Opción estándar de costo compartido minorista	Opción preferida de costo compartido de pedido por correo	Opción estándar de costo compartido de pedido por correo
	30 / 60 / 90 días	30 / 60 / 90 días	30 / 60 / 90 días	30 / 60 / 90 días
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos	\$0 / \$0 / \$0	\$5 / \$10 / \$12.50	\$0 / \$0 / \$0	\$5 / \$10 / \$12.50
Nivel 2: Medicamentos genéricos	\$4 / \$8 / \$10	\$9 / \$18 / \$22.50	\$0 / \$0 / \$0	\$9 / \$18 / \$22.50
Nivel 3: Medicamentos de marca preferida	\$40 / \$80 / \$120	\$45 / \$90 / \$135	\$40 / \$80 / \$120	\$45 / \$90 / \$135
Nivel 4: Medicamentos no preferidos	\$80 / \$160 / \$240	\$85 / \$170 / \$255	\$80 / \$160 / \$240	\$85 / \$170 / \$255
Nivel 5: Nivel de especialidad	33% (30 días)	33% (30 días)	33% (30 días)	33% (30 días)

GC: Proporcionamos cobertura adicional de los medicamentos con receta incluidos en este nivel en la etapa de interrupción de cobertura. Consulte nuestra Evidencia de cobertura para obtener más información sobre esta cobertura.

La red de farmacias de Cigna incluye una cantidad limitada de farmacias preferidas de menor costo en el condado de White, en Arkansas. Los costos menores que se publicitan en los materiales de nuestro plan para estas farmacias pueden no estar disponibles en la farmacia que usted usa. Para obtener información actualizada sobre las farmacias de nuestra red, incluso para saber si hay alguna farmacia preferida de menor costo en su área, llame al 1-800-668-3813 (TTY 711) o consulte el directorio de farmacias en línea en CignaMedicare.com.

Área de servicio: Florida

H5410-018 – Cigna Preferred Medicare (HMO): Bay, Escambia, Okaloosa, Santa Rosa y Walton, Florida

Nivel del Medicamentos	Opción preferida de costo compartido minorista	Opción estándar de costo compartido minorista	Opción preferida de costo compartido de pedido por correo	Opción estándar de costo compartido de pedido por correo
	30 / 60 / 90 días	30 / 60 / 90 días	30 / 60 / 90 días	30 / 60 / 90 días
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos	\$4 / \$8 / \$8	\$9 / \$18 / \$27	\$4 / \$8 / \$0	\$9 / \$18 / \$27
Nivel 2: Medicamentos genéricos	\$12 / \$24 / \$24	\$17 / \$34 / \$51	\$12 / \$24 / \$0	\$17 / \$34 / \$51
Nivel 3: Medicamentos de marca preferida	\$42 / \$84 / \$126	\$47 / \$94 / \$141	\$42 / \$84 / \$126	\$47 / \$94 / \$141
Nivel 4: Medicamentos no preferidos	\$95 / \$190 / \$285	\$100 / \$200 / \$300	\$95 / \$190 / \$285	\$100 / \$200 / \$300
Nivel 5: Nivel de especialidad	33% (30 días)	33% (30 días)	33% (30 días)	33% (30 días)

Área de servicio: Florida

H5410-024 – Cigna Preferred Medicare (HMO): Lake, Orange, Osceola, Polk y Seminole, Florida

H5410-027 – Cigna Preferred Medicare (HMO): Brevard, Flagler y Volusia, Florida

H5410-036 – Cigna Preferred Medicare (HMO): Sumter, Florida

Nivel del Medicamentos	Opción preferida de costo compartido minorista	Opción estándar de costo compartido minorista	Opción preferida de costo compartido de pedido por correo	Opción estándar de costo compartido de pedido por correo
	30 / 60 / 90 días	30 / 60 / 90 días	30 / 60 / 90 días	30 / 60 / 90 días
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos	\$0 / \$0 / \$0	\$10 / \$20 / \$30	\$0 / \$0 / \$0	\$10 / \$20 / \$30
Nivel 2: Medicamentos genéricos	\$0 / \$0 / \$0	\$20 / \$40 / \$60	\$0 / \$0 / \$0	\$20 / \$40 / \$60
Nivel 3: Medicamentos de marca preferida	\$35 / \$70 / \$105	\$47 / \$94 / \$141	\$35 / \$70 / \$105	\$47 / \$94 / \$141
Nivel 4: Medicamentos no preferidos	\$95 / \$190 / \$285	\$100 / \$200 / \$300	\$95 / \$190 / \$285	\$100 / \$200 / \$300
Nivel 5: Nivel de especialidad	33% (30 días)	33% (30 días)	33% (30 días)	33% (30 días)

Área de servicio: Florida

H5410-026 – Cigna Preferred Savings Medicare (HMO): Lake, Orange, Osceola, Polk y Seminole, Florida

H5410-028 – Cigna Preferred Savings Medicare (HMO): Brevard, Flagler y Volusia, Florida

Nivel del Medicamentos	Opción preferida de costo compartido minorista	Opción estándar de costo compartido minorista	Opción preferida de costo compartido de pedido por correo	Opción estándar de costo compartido de pedido por correo
	30 / 60 / 90 días	30 / 60 / 90 días	30 / 60 / 90 días	30 / 60 / 90 días
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos	\$0 / \$0 / \$0	\$7 / \$14 / \$21	\$0 / \$0 / \$0	\$7 / \$14 / \$21
Nivel 2: Medicamentos genéricos	\$4 / \$8 / \$8	\$9 / \$18 / \$27	\$4 / \$8 / \$0	\$9 / \$18 / \$27
Nivel 3: Medicamentos de marca preferida	\$42 / \$84 / \$126	\$47 / \$94 / \$141	\$42 / \$84 / \$126	\$47 / \$94 / \$141
Nivel 4: Medicamentos no preferidos	\$95 / \$190 / \$285	\$100 / \$200 / \$300	\$95 / \$190 / \$285	\$100 / \$200 / \$300
Nivel 5: Nivel de especialidad	33% (30 días)	33% (30 días)	33% (30 días)	33% (30 días)

Área de servicio: Florida

H5410-025 – Cigna TotalCare (HMO D-SNP): Lake, Orange, Osceola, Polk y Seminole, Florida

Nivel del Medicamentos	Opción preferida de costo compartido minorista*	Opción estándar de costo compartido minorista*	Opción preferida de costo compartido de pedido por correo*	Opción estándar de costo compartido de pedido por correo*
	30 / 60 / 90 días	30 / 60 / 90 días	30 / 60 / 90 días	30 / 60 / 90 días
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos**	\$1 / \$2 / \$2	\$17 / \$34 / \$51	\$0 / \$0 / \$0	\$17 / \$34 / \$51
Nivel 2: Medicamentos genéricos**	\$15 / \$30 / \$30	\$20 / 40 / \$60	\$15 / \$30 / \$30	\$20 / 40 / \$60
Nivel 3: Medicamentos de marca preferida**	17%	17%	17%	17%
Nivel 4: Medicamentos no preferidos**	44%	44%	44%	44%
Nivel 5: Nivel de especialidad**	25% (30 días)	25% (30 días)	25% (30 días)	25% (30 días)

Si recibe Ayuda Adicional, estos pueden ser sus costos:

Opción estándar de costo compartido minorista o de pedido por correo*

\$0 / \$1.30 / \$3.70 (genéricos)

\$0 / \$4.00 / \$9.20 (todos los demás medicamentos)

Área de servicio: Florida

H5410-031 – Cigna TotalCare (HMO D-SNP): Brevard, Flagler y Volusia, Florida

H5410-032 – Cigna TotalCare (HMO D-SNP): Hernando, Hillsborough, Manatee, Pasco y Pinellas, Florida

Nivel del Medicamentos	Opción preferida de costo compartido minorista*	Opción estándar de costo compartido minorista*	Opción preferida de costo compartido de pedido por correo*	Opción estándar de costo compartido de pedido por correo*
	30 / 60 / 90 días	30 / 60 / 90 días	30 / 60 / 90 días	30 / 60 / 90 días
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos**	\$2 / \$4 / \$4	\$18 / \$36 / \$54	\$0 / \$0 / \$0	\$18 / \$36 / \$54
Nivel 2: Medicamentos genéricos**	\$15 / \$30 / \$30	\$20 / \$40 / \$60	\$15 / \$30 / \$30	\$20 / \$40 / \$60
Nivel 3: Medicamentos de marca preferida**	18%	19%	18%	19%
Nivel 4: Medicamentos no preferidos**	39%	39%	39%	39%
Nivel 5: Nivel de especialidad**	25% (30 días)	25% (30 días)	25% (30 días)	25% (30 días)

Si recibe Ayuda Adicional, estos pueden ser sus costos:

Opción estándar de costo compartido minorista o de pedido por correo*

\$0 / \$1.30 / \$3.70 (genéricos)

\$0 / \$4.00 / \$9.20 (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: Florida

H5410-033 – Cigna Primary Medicare (HMO): Lake, Orange, Osceola, Polk y Seminole, Florida

H5410-034 – Cigna Primary Medicare (HMO): Brevard, Flagler y Volusia, Florida

H5410-035 – Cigna Primary Medicare (HMO): Hernando, Hillsborough, Manatee, Pasco y Pinellas, Florida

Nivel del Medicamentos	Opción preferida de costo compartido minorista	Opción estándar de costo compartido minorista	Opción preferida de costo compartido de pedido por correo	Opción estándar de costo compartido de pedido por correo
	30 / 60 / 90 días	30 / 60 / 90 días	30 / 60 / 90 días	30 / 60 / 90 días
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos	\$2 / \$4 / \$4	\$18 / \$36 / \$54	\$0 / \$0 / \$0	\$18 / \$36 / \$54
Nivel 2: Medicamentos genéricos	\$15 / \$30 / \$30	\$20 / \$40 / \$60	\$15 / \$30 / \$30	\$20 / \$40 / \$60
Nivel 3: Medicamentos de marca preferida	18%	19%	18%	19%
Nivel 4: Medicamentos no preferidos	39%	39%	39%	39%
Nivel 5: Nivel de especialidad	25% (30 días)	25% (30 días)	25% (30 días)	25% (30 días)

Área de servicio: Florida

H7849-017 – Cigna True Choice Medicare (PPO): Lake, Orange, Osceola y Seminole, Florida

Nivel del Medicamentos	Opción preferida de costo compartido minorista	Opción estándar de costo compartido minorista	Opción preferida de costo compartido de pedido por correo	Opción estándar de costo compartido de pedido por correo
	30 / 60 / 90 días	30 / 60 / 90 días	30 / 60 / 90 días	30 / 60 / 90 días
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos	\$2 / \$4 / \$4	\$7 / \$14 / \$21	\$2 / \$4 / \$0	\$7 / \$14 / \$21
Nivel 2: Medicamentos genéricos	\$4 / \$8 / \$8	\$9 / 18 / \$27	\$4 / \$8 / \$0	\$9 / 18 / \$27
Nivel 3: Medicamentos de marca preferida	\$40 / \$80 / \$120	\$45 / \$90 / \$135	\$40 / \$80 / \$120	\$45 / \$90 / \$135
Nivel 4: Medicamentos no preferidos	\$95 / \$190 / \$285	\$100 / \$200 / \$300	\$95 / \$190 / \$285	\$100 / \$200 / \$300
Nivel 5: Nivel de especialidad	33% (30 días)	33% (30 días)	33% (30 días)	33% (30 días)

Área de servicio: Georgia

H0439-003-001 – Cigna Preferred GA Medicare (HMO): Barrow, Butts, Clarke, Clayton, DeKalb, Douglas, Franklin, Fulton, Greene, Gwinnett, Henry, Madison, Morgan, Newton, Oconee, Oglethorpe, Rockdale, Spalding y Walton, Georgia

H0439-003-002 – Cigna Preferred GA Medicare (HMO): Banks, Bartow, Chattooga, Cherokee, Cobb, Coweta, Dawson, Fayette, Floyd, Forsyth, Gordon, Habersham, Hall, Jackson, Lumpkin, Paulding, Pickens, Polk, Stephens y White, Georgia

Nivel del Medicamentos	Opción preferida de costo compartido minorista	Opción estándar de costo compartido minorista	Opción preferida de costo compartido de pedido por correo	Opción estándar de costo compartido de pedido por correo
	30 / 60 / 90 días	30 / 60 / 90 días	30 / 60 / 90 días	30 / 60 / 90 días
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos	\$3 / \$6 / \$6	\$10 / \$20 / \$30	\$3 / \$6 / \$0	\$10 / \$20 / \$30
Nivel 2: Medicamentos genéricos	\$12 / \$24 / \$24	\$20 / \$40 / \$60	\$12 / \$24 / \$0	\$20 / \$40 / \$60
Nivel 3: Medicamentos de marca preferida	\$42 / \$84 / \$126	\$47 / \$94 / \$141	\$42 / \$84 / \$126	\$47 / \$94 / \$141
Nivel 4: Medicamentos no preferidos	36%	36%	36%	36%
Nivel 5: Nivel de especialidad	27% (30 días)	27% (30 días)	27% (30 días)	27% (30 días)

Área de servicio: Georgia

H0439-006 – Cigna Premier Medicare (HMO-POS): Barrow, Butts, Clarke, Clayton, DeKalb, Douglas, Franklin, Fulton, Greene, Gwinnett, Henry, Madison, Morgan, Newton, Oconee, Oglethorpe, Rockdale, Spalding y Walton, Georgia

Nivel del Medicamentos	Opción preferida de costo compartido minorista	Opción estándar de costo compartido minorista	Opción preferida de costo compartido de pedido por correo	Opción estándar de costo compartido de pedido por correo
	30 / 60 / 90 días	30 / 60 / 90 días	30 / 60 / 90 días	30 / 60 / 90 días
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos	\$0 / \$0 / \$0	\$5 / \$10 / \$15	\$0 / \$0 / \$0	\$5 / \$10 / \$15
Nivel 2: Medicamentos genéricos	\$4 / \$8 / \$8	\$9 / \$18 / \$27	\$4 / \$8 / \$0	\$9 / \$18 / \$27
Nivel 3: Medicamentos de marca preferida	\$42 / \$84 / \$126	\$47 / \$94 / \$141	\$42 / \$84 / \$126	\$47 / \$94 / \$141
Nivel 4: Medicamentos no preferidos	\$95 / \$190 / \$285	\$100 / \$200 / \$300	\$95 / \$190 / \$285	\$100 / \$200 / \$300
Nivel 5: Nivel de especialidad	33% (30 días)	33% (30 días)	33% (30 días)	33% (30 días)

Área de servicio: Georgia

H0439-007 – Cigna Preferred Medicare (HMO): Barrow, Butts, Cherokee, Clayton, Coweta, DeKalb, Fayette, Forsyth, Fulton, Gwinnett, Henry, Newton, Pickens, Rockdale y Spalding, Georgia

H0439-009 – Cigna Preferred Medicare (HMO): Clarke, Franklin, Greene, Madison, Morgan, Oconee, Oglethorpe y Walton, Georgia

Nivel del Medicamentos	Opción preferida de costo compartido minorista	Opción estándar de costo compartido minorista	Opción preferida de costo compartido de pedido por correo	Opción estándar de costo compartido de pedido por correo
	30 / 60 / 90 días	30 / 60 / 90 días	30 / 60 / 90 días	30 / 60 / 90 días
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos	\$0 / \$0 / \$0	\$10 / \$20 / \$30	\$0 / \$0 / \$0	\$10 / \$20 / \$30
Nivel 2: Medicamentos genéricos	\$12 / \$24 / \$24	\$20 / \$40 / \$60	\$12 / \$24 / \$0	\$20 / \$40 / \$60
Nivel 3: Medicamentos de marca preferida	\$42 / \$84 / \$126	\$47 / \$94 / \$141	\$42 / \$84 / \$126	\$47 / \$94 / \$141
Nivel 4: Medicamentos no preferidos	\$95 / \$190 / \$285	\$100 / \$200 / \$300	\$95 / \$190 / \$285	\$100 / \$200 / \$300
Nivel 5: Nivel de especialidad	33% (30 días)	33% (30 días)	33% (30 días)	33% (30 días)

Área de servicio: Georgia

H0439-008 – Cigna Preferred Medicare (HMO): Cobb, Douglas y Paulding, Georgia

Nivel del Medicamentos	Opción preferida de costo compartido minorista	Opción estándar de costo compartido minorista	Opción preferida de costo compartido de pedido por correo	Opción estándar de costo compartido de pedido por correo
	30 / 60 / 90 días	30 / 60 / 90 días	30 / 60 / 90 días	30 / 60 / 90 días
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos	\$3 / \$6 / \$6	\$8 / \$16 / \$24	\$3 / \$6 / \$0	\$8 / \$16 / \$24
Nivel 2: Medicamentos genéricos	\$12 / \$24 / \$24	\$17 / \$34 / \$51	\$12 / \$24 / \$0	\$17 / \$34 / \$51
Nivel 3: Medicamentos de marca preferida	\$42 / \$84 / \$126	\$47 / \$94 / \$141	\$42 / \$84 / \$126	\$47 / \$94 / \$141
Nivel 4: Medicamentos no preferidos	\$95 / \$190 / \$285	\$100 / \$200 / \$300	\$95 / \$190 / \$285	\$100 / \$200 / \$300
Nivel 5: Nivel de especialidad	31% (30 días)	31% (30 días)	31% (30 días)	31% (30 días)

Área de servicio: Georgia

H0439-010 – Cigna Preferred Medicare (HMO): Banks, Dawson, Habersham, Hall, Jackson, Lumpkin, Stephens y White, Georgia

Nivel del Medicamentos	Opción preferida de costo compartido minorista	Opción estándar de costo compartido minorista	Opción preferida de costo compartido de pedido por correo	Opción estándar de costo compartido de pedido por correo
	30 / 60 / 90 días	30 / 60 / 90 días	30 / 60 / 90 días	30 / 60 / 90 días
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos	\$0 / \$0 / \$0	\$7 / \$14 / \$21	\$0 / \$0 / \$0	\$7 / \$14 / \$21
Nivel 2: Medicamentos genéricos	\$4 / \$8 / \$8	\$9 / \$18 / \$27	\$4 / \$8 / \$0	\$9 / \$18 / \$27
Nivel 3: Medicamentos de marca preferida	\$42 / \$84 / \$126	\$47 / \$94 / \$141	\$42 / \$84 / \$126	\$47 / \$94 / \$141
Nivel 4: Medicamentos no preferidos	\$95 / \$190 / \$285	\$100 / \$200 / \$300	\$95 / \$190 / \$285	\$100 / \$200 / \$300
Nivel 5: Nivel de especialidad	31% (30 días)	31% (30 días)	31% (30 días)	31% (30 días)

Área de servicio: Georgia

H0439-011 – Cigna Preferred Medicare (HMO): Bartow, Chattooga, Floyd, Gordon y Polk, Georgia

Nivel del Medicamentos	Opción preferida de costo compartido minorista	Opción estándar de costo compartido minorista	Opción preferida de costo compartido de pedido por correo	Opción estándar de costo compartido de pedido por correo
	30 / 60 / 90 días	30 / 60 / 90 días	30 / 60 / 90 días	30 / 60 / 90 días
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos	\$0 / \$0 / \$0	\$8 / \$16 / \$24	\$0 / \$0 / \$0	\$8 / \$16 / \$24
Nivel 2: Medicamentos genéricos	\$12 / \$24 / \$24	\$17 / \$34 / \$51	\$12 / \$24 / \$0	\$17 / \$34 / \$51
Nivel 3: Medicamentos de marca preferida	\$42 / \$84 / \$126	\$47 / \$94 / \$141	\$42 / \$84 / \$126	\$47 / \$94 / \$141
Nivel 4: Medicamentos no preferidos	\$95 / \$190 / \$285	\$100 / \$200 / \$300	\$95 / \$190 / \$285	\$100 / \$200 / \$300
Nivel 5: Nivel de especialidad	33% (30 días)	33% (30 días)	33% (30 días)	33% (30 días)

Área de servicio: Georgia

H7849-003 – Cigna True Choice Medicare (PPO): Barrow, Butts, Cherokee, Clayton, Coweta, Fayette, Forsyth, Fulton, Gwinnett, Henry, Newton, Pickens, Rockdale y Spalding, Georgia

Nivel del Medicamentos	Opción preferida de costo compartido minorista	Opción estándar de costo compartido minorista	Opción preferida de costo compartido de pedido por correo	Opción estándar de costo compartido de pedido por correo
	30 / 60 / 90 días	30 / 60 / 90 días	30 / 60 / 90 días	30 / 60 / 90 días
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos	\$0 / \$0 / \$0	\$10 / \$20 / \$30	\$0 / \$0 / \$0	\$10 / \$20 / \$30
Nivel 2: Medicamentos genéricos	\$12 / 24 / \$30	\$20 / \$40 / \$60	\$12 / 24 / \$0	\$20 / \$40 / \$60
Nivel 3: Medicamentos de marca preferida	\$42 / \$84 / \$126	\$47 / \$94 / \$141	\$42 / \$84 / \$126	\$47 / \$94 / \$141
Nivel 4: Medicamentos no preferidos	\$95 / \$190 / \$285	\$100 / \$200 / \$300	\$95 / \$190 / \$285	\$100 / \$200 / \$300
Nivel 5: Nivel de especialidad	31% (30 días)	31% (30 días)	31% (30 días)	31% (30 días)

La red de farmacias de Cigna incluye una cantidad limitada de farmacias preferidas de menor costo en el condado de Bartow, en Georgia. Los costos menores que se publicitan en los materiales de nuestro plan para estas farmacias pueden no estar disponibles en la farmacia que usted usa. Para obtener información actualizada sobre las farmacias de nuestra red, incluso para saber si hay alguna farmacia preferida de menor costo en su área, llame al 1-800-668-3813 (TTY 711) o consulte el directorio de farmacias en línea en CignaMedicare.com.

Área de servicio: Georgia

H7849-020 – Cigna True Choice Medicare (PPO): Cobb, Douglas y Paulding, Georgia

H7849-022 – Cigna True Choice Medicare (PPO): Dawson, Hall, Jackson y Lumpkin, Georgia

Nivel del Medicamentos	Opción preferida de costo compartido minorista	Opción estándar de costo compartido minorista	Opción preferida de costo compartido de pedido por correo	Opción estándar de costo compartido de pedido por correo
	30 / 60 / 90 días	30 / 60 / 90 días	30 / 60 / 90 días	30 / 60 / 90 días
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos	\$3 / \$6 / \$7.50	\$8 / \$16 / \$24	\$3 / \$6 / \$0	\$8 / \$16 / \$24
Nivel 2: Medicamentos genéricos	\$12 / \$24 / \$30	\$17 / \$34 / \$51	\$12 / \$24 / \$0	\$17 / \$34 / \$51
Nivel 3: Medicamentos de marca preferida	\$42 / \$84 / \$126	\$47 / \$94 / \$141	\$42 / \$84 / \$126	\$47 / \$94 / \$141
Nivel 4: Medicamentos no preferidos	\$95 / \$190 / \$285	\$100 / \$200 / \$300	\$95 / \$190 / \$285	\$100 / \$200 / \$300
Nivel 5: Nivel de especialidad	29% (30 días)	29% (30 días)	29% (30 días)	29% (30 días)

Área de servicio: Georgia

H7849-021 – Cigna True Choice Medicare (PPO): Oconee y Walton, Georgia

Nivel del Medicamentos	Opción preferida de costo compartido minorista	Opción estándar de costo compartido minorista	Opción preferida de costo compartido de pedido por correo	Opción estándar de costo compartido de pedido por correo
	30 / 60 / 90 días	30 / 60 / 90 días	30 / 60 / 90 días	30 / 60 / 90 días
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos	\$3 / \$6 / \$7.50	\$8 / \$16 / \$24	\$3 / \$6 / \$0	\$8 / \$16 / \$24
Nivel 2: Medicamentos genéricos	\$12 / \$24 / \$30	\$17 / \$34 / \$51	\$12 / \$24 / \$0	\$17 / \$34 / \$51
Nivel 3: Medicamentos de marca preferida	\$42 / \$84 / \$126	\$47 / \$94 / \$141	\$42 / \$84 / \$126	\$47 / \$94 / \$141
Nivel 4: Medicamentos no preferidos	\$95 / \$190 / \$285	\$100 / \$200 / \$300	\$95 / \$190 / \$285	\$100 / \$200 / \$300
Nivel 5: Nivel de especialidad	31% (30 días)	31% (30 días)	31% (30 días)	31% (30 días)

Área de servicio: Georgia

H7849-023 – Cigna True Choice Medicare (PPO): Bartow, Chattooga, Floyd, Gordon y Polk, Georgia

Nivel del Medicamentos	Opción preferida de costo compartido minorista	Opción estándar de costo compartido minorista	Opción preferida de costo compartido de pedido por correo	Opción estándar de costo compartido de pedido por correo
	30 / 60 / 90 días	30 / 60 / 90 días	30 / 60 / 90 días	30 / 60 / 90 días
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos	\$0 / \$0 / \$0	\$8 / \$16 / \$24	\$0 / \$0 / \$0	\$8 / \$16 / \$24
Nivel 2: Medicamentos genéricos	\$12 / 24 / \$30	\$17 / \$34 / \$51	\$12 / 24 / \$0	\$17 / \$34 / \$51
Nivel 3: Medicamentos de marca preferida	\$42 / \$84 / \$126	\$47 / \$94 / \$141	\$42 / \$84 / \$126	\$47 / \$94 / \$141
Nivel 4: Medicamentos no preferidos	\$95 / \$190 / \$285	\$100 / \$200 / \$300	\$95 / \$190 / \$285	\$100 / \$200 / \$300
Nivel 5: Nivel de especialidad	31% (30 días)	31% (30 días)	31% (30 días)	31% (30 días)

La red de farmacias de Cigna incluye una cantidad limitada de farmacias preferidas de menor costo en el condado de Bartow, en Georgia. Los costos menores que se publicitan en los materiales de nuestro plan para estas farmacias pueden no estar disponibles en la farmacia que usted usa. Para obtener información actualizada sobre las farmacias de nuestra red, incluso para saber si hay alguna farmacia preferida de menor costo en su área, llame al 1-800-668-3813 (TTY 711) o consulte el directorio de farmacias en línea en CignaMedicare.com.

Área de servicio: Georgia

H4513-030 – Cigna Preferred Medicare (HMO): Catoosa, Dade y Walker, Georgia

Nivel del Medicamentos	Opción preferida de costo compartido minorista	Opción estándar de costo compartido minorista	Opción preferida de costo compartido de pedido por correo	Opción estándar de costo compartido de pedido por correo
	30 / 60 / 90 días	30 / 60 / 90 días	30 / 60 / 90 días	30 / 60 / 90 días
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos (GC)	\$3 / \$6 / \$6	\$10 / \$20 / \$20	\$3 / \$6 / \$0	\$10 / \$20 / \$20
Nivel 2: Medicamentos genéricos (GC)	\$12 / \$24 / \$24	\$20 / \$40 / \$40	\$12 / \$24 / \$0	\$20 / \$40 / \$40
Nivel 3: Medicamentos de marca preferida	\$42 / \$84 / \$126	\$47 / \$94 / \$141	\$42 / \$84 / \$126	\$47 / \$94 / \$141
Nivel 4: Medicamentos no preferidos	38%	38%	38%	38%
Nivel 5: Nivel de especialidad	29% (30 días)	29% (30 días)	29% (30 días)	29% (30 días)

Área de servicio: Georgia

H7849-035 – Cigna True Choice Medicare (PPO): Catoosa y Dade, Georgia

Nivel del Medicamentos	Opción preferida de costo compartido minorista	Opción estándar de costo compartido minorista	Opción preferida de costo compartido de pedido por correo	Opción estándar de costo compartido de pedido por correo
	30 / 60 / 90 días	30 / 60 / 90 días	30 / 60 / 90 días	30 / 60 / 90 días
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos	\$0 / \$0 / \$0	\$5 / \$10 / \$12.50	\$0 / \$0 / \$0	\$5 / \$10 / \$12.50
Nivel 2: Medicamentos genéricos	\$4 / \$8 / \$10	\$9 / \$18 / \$22.50	\$0 / \$0 / \$0	\$9 / \$18 / \$22.50
Nivel 3: Medicamentos de marca preferida	\$40 / \$80 / \$120	\$45 / \$90 / \$135	\$40 / \$80 / \$120	\$45 / \$90 / \$135
Nivel 4: Medicamentos no preferidos	\$80 / \$160 / \$240	\$85 / \$170 / \$255	\$80 / \$160 / \$240	\$85 / \$170 / \$255
Nivel 5: Nivel de especialidad	33% (30 días)	33% (30 días)	33% (30 días)	33% (30 días)

Área de servicio: Illinois

H1415-021 – Cigna Premier Medicare (HMO-POS): Cook, DuPage, Kane, Kankakee, Lake y Will, Illinois

H1415-024 – Cigna Preferred Medicare (HMO): Cook, DuPage, Kane, Kankakee, Lake y Will, Illinois

H7849-002 – Cigna True Choice Medicare (PPO): Cook, DuPage, Kane, Kankakee, Lake y Will, Illinois

Nivel del Medicamentos	Opción preferida de costo compartido minorista	Opción estándar de costo compartido minorista	Opción preferida de costo compartido de pedido por correo	Opción estándar de costo compartido de pedido por correo
	30 / 60 / 90 días	30 / 60 / 90 días	30 / 60 / 90 días	30 / 60 / 90 días
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos	\$0 / \$0 / \$0	\$9 / \$18 / \$18	\$0 / \$0 / \$0	\$9 / \$18 / \$18
Nivel 2: Medicamentos genéricos	\$4 / \$8 / \$8	\$12 / \$24 / \$24	\$4 / \$8 / \$8	\$12 / \$24 / \$24
Nivel 3: Medicamentos de marca preferida	\$42 / \$84 / \$126	\$47 / \$94 / \$141	\$42 / \$84 / \$126	\$47 / \$94 / \$141
Nivel 4: Medicamentos no preferidos	48%	48%	48%	48%
Nivel 5: Nivel de especialidad	33% (30 días)	33% (30 días)	33% (30 días)	33% (30 días)

GC: Proporcionamos cobertura adicional de los medicamentos con receta incluidos en este nivel en la etapa de interrupción de cobertura. Consulte nuestra Evidencia de cobertura para obtener más información sobre esta cobertura.

Área de servicio: Kansas/Missouri

H9460-001 – Cigna Preferred Medicare (HMO): Cass, Clay, Jackson, Platte and Ray, Missouri; Johnson, Miami y Wyandotte, Kansas

H7849-024 – Cigna True Choice Medicare (PPO): Cass, Clay, Jackson, Platte and Ray, Missouri; Johnson, Miami y Wyandotte, Kansas

Nivel del Medicamentos	Opción preferida de costo compartido minorista	Opción estándar de costo compartido minorista	Opción preferida de costo compartido de pedido por correo	Opción estándar de costo compartido de pedido por correo
	30 / 60 / 90 días	30 / 60 / 90 días	30 / 60 / 90 días	30 / 60 / 90 días
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos	\$0 / \$0 / \$0	\$9 / \$18 / \$18	\$0 / \$0 / \$0	\$9 / \$18 / \$18
Nivel 2: Medicamentos genéricos	\$10 / \$20 / \$20	\$20 / \$40 / \$40	\$10 / \$20 / \$20	\$20 / \$40 / \$40
Nivel 3: Medicamentos de marca preferida	\$45 / \$90 / \$135	\$47 / \$94 / \$141	\$45 / \$90 / \$135	\$47 / \$94 / \$141
Nivel 4: Medicamentos no preferidos	46%	46%	46%	46%
Nivel 5: Nivel de especialidad	33% (30 días)	33% (30 días)	33% (30 días)	33% (30 días)

Área de servicio: Atlántico central

H2108-022 – Cigna Preferred Medicare (HMO): Anne Arundel, Baltimore, Baltimore City y Harford, Maryland

H2108-028 – Cigna Preferred Medicare (HMO): District of Columbia; Kent, New Castle y Sussex, Delaware

H2108-036 – Cigna Alliance Medicare (HMO): Anne Arundel, Baltimore y Baltimore City, Maryland

H7849-008 – Cigna True Choice Medicare (PPO): District of Columbia; New Castle, Delaware

H7849-009 – Cigna True Choice Plus Medicare (PPO): District of Columbia; New Castle, Delaware

Nivel del Medicamentos	Opción preferida de costo compartido minorista	Opción estándar de costo compartido minorista	Opción preferida de costo compartido de pedido por correo	Opción estándar de costo compartido de pedido por correo
	30 / 60 / 90 días	30 / 60 / 90 días	30 / 60 / 90 días	30 / 60 / 90 días
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos (GC)	\$0 / \$0 / \$0	\$9 / \$18 / \$18	\$0 / \$0 / \$0	\$9 / \$18 / \$18
Nivel 2: Medicamentos genéricos	\$5 / \$10 / \$10	\$20 / \$40 / \$40	\$5 / \$10 / \$0	\$20 / \$40 / \$40
Nivel 3: Medicamentos de marca preferida	\$42 / \$84 / \$126	\$47 / \$94 / \$141	\$42 / \$84 / \$126	\$47 / \$94 / \$141
Nivel 4: Medicamentos no preferidos	\$95 / \$190 / \$285	\$100 / \$200 / \$300	\$95 / \$190 / \$285	\$100 / \$200 / \$300
Nivel 5: Nivel de especialidad	33% (30 días)	33% (30 días)	33% (30 días)	33% (30 días)

GC: Proporcionamos cobertura adicional de los medicamentos con receta incluidos en este nivel en la etapa de interrupción de cobertura. Consulte nuestra Evidencia de cobertura para obtener más información sobre esta cobertura.

Área de servicio: Atlántico central

H2108-034 – Cigna Preferred Medicare (HMO): Montgomery y Prince George's, Maryland

Nivel del Medicamentos	Opción preferida de costo compartido minorista	Opción estándar de costo compartido minorista	Opción preferida de costo compartido de pedido por correo	Opción estándar de costo compartido de pedido por correo
	30 / 60 / 90 días	30 / 60 / 90 días	30 / 60 / 90 días	30 / 60 / 90 días
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos	\$0 / \$0 / \$0	\$9 / \$18 / \$18	\$0 / \$0 / \$0	\$9 / \$18 / \$18
Nivel 2: Medicamentos genéricos	\$5 / \$5 / \$5	\$20 / \$40 / \$40	\$0 / \$0 / \$0	\$20 / \$40 / \$40
Nivel 3: Medicamentos de marca preferida	\$42 / \$84 / \$126	\$47 / \$94 / \$141	\$42 / \$84 / \$126	\$47 / \$94 / \$141
Nivel 4: Medicamentos no preferidos	\$95 / \$190 / \$285	\$100 / \$200 / \$300	\$95 / \$190 / \$285	\$100 / \$200 / \$300
Nivel 5: Nivel de especialidad	28% (30 días)	28% (30 días)	28% (30 días)	28% (30 días)

Área de servicio: Mississippi

H7849-016 – Cigna True Choice Medicare (PPO): Hancock, Harrison, Jackson y Jones, Mississippi

Nivel del Medicamentos	Opción preferida de costo compartido minorista	Opción estándar de costo compartido minorista	Opción preferida de costo compartido de pedido por correo	Opción estándar de costo compartido de pedido por correo
	30 / 60 / 90 días	30 / 60 / 90 días	30 / 60 / 90 días	30 / 60 / 90 días
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos	\$2 / \$4 / \$4	\$7 / \$14 / \$21	\$2 / \$4 / \$0	\$7 / \$14 / \$21
Nivel 2: Medicamentos genéricos	\$10 / \$20 / \$20	\$15 / \$30 / \$45	\$10 / \$20 / \$0	\$15 / \$30 / \$45
Nivel 3: Medicamentos de marca preferida	\$42 / \$84 / \$126	\$47 / \$94 / \$141	\$42 / \$84 / \$126	\$47 / \$94 / \$141
Nivel 4: Medicamentos no preferidos	\$95 / \$190 / \$285	\$100 / \$200 / \$300	\$95 / \$190 / \$285	\$100 / \$200 / \$300
Nivel 5: Nivel de especialidad	31% (30 días)	31% (30 días)	31% (30 días)	31% (30 días)

Área de servicio: Mississippi

H4407-026 – Cigna Preferred Medicare (HMO): Covington, Forrest, George, Hancock, Harrison, Hinds, Jackson, Jones, Lamar, Madison, Marion, Pearl River, Perry, Rankin y Stone, Mississippi

Nivel del Medicamentos	Opción preferida de costo compartido minorista	Opción estándar de costo compartido minorista	Opción preferida de costo compartido de pedido por correo	Opción estándar de costo compartido de pedido por correo
	30 / 60 / 90 días	30 / 60 / 90 días	30 / 60 / 90 días	30 / 60 / 90 días
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos	\$2 / \$4 / \$4	\$7 / \$14 / \$21	\$2 / \$4 / \$0	\$7 / \$14 / \$21
Nivel 2: Medicamentos genéricos	\$10 / \$20 / \$20	\$15 / \$30 / \$45	\$10 / \$20 / \$0	\$15 / \$30 / \$45
Nivel 3: Medicamentos de marca preferida	\$42 / \$84 / \$126	\$47 / \$94 / \$141	\$42 / \$84 / \$126	\$47 / \$94 / \$141
Nivel 4: Medicamentos no preferidos	\$95 / \$190 / \$285	\$100 / \$200 / \$300	\$95 / \$190 / \$285	\$100 / \$200 / \$300
Nivel 5: Nivel de especialidad	33% (30 días)	33% (30 días)	33% (30 días)	33% (30 días)

Área de servicio: Mississippi

H4407-027 – Cigna Preferred Plus Medicare (HMO): Covington, Forrest, George, Hancock, Harrison, Hinds, Jackson, Jones, Lamar, Madison, Marion, Pearl River, Perry, Rankin y Stone, Mississippi

Nivel del Medicamentos	Opción preferida de costo compartido minorista	Opción estándar de costo compartido minorista	Opción preferida de costo compartido de pedido por correo	Opción estándar de costo compartido de pedido por correo
	30 / 60 / 90 días	30 / 60 / 90 días	30 / 60 / 90 días	30 / 60 / 90 días
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos	\$0 / \$0 / \$0	\$5 / \$10 / \$15	\$0 / \$0 / \$0	\$5 / \$10 / \$15
Nivel 2: Medicamentos genéricos	\$4 / \$8 / \$8	\$9 / \$18 / \$27	\$4 / \$8 / \$0	\$9 / \$18 / \$27
Nivel 3: Medicamentos de marca preferida	\$42 / \$84 / \$126	\$47 / \$94 / \$141	\$42 / \$84 / \$126	\$47 / \$94 / \$141
Nivel 4: Medicamentos no preferidos	\$95 / \$190 / \$285	\$100 / \$200 / \$300	\$95 / \$190 / \$285	\$100 / \$200 / \$300
Nivel 5: Nivel de especialidad	33% (30 días)	33% (30 días)	33% (30 días)	33% (30 días)

Área de servicio: New Jersey

H3949-032 – Cigna Preferred Medicare (HMO): Atlantic, Burlington, Camden, Cumberland, Gloucester y Mercer, New Jersey

H3949-033 – Cigna Preferred Plus Medicare (HMO): Atlantic, Burlington, Camden, Cumberland, Gloucester y Mercer, New Jersey

H3949-034 – Cigna Preferred Medicare (HMO): Monmouth y Ocean, New Jersey

H7849-030 – Cigna True Choice Plus Medicare (PPO): Monmouth y Ocean, New Jersey

H7849-033 – Cigna True Choice Plus Medicare (PPO): Atlantic, Burlington, Camden, Cumberland, Gloucester y Mercer, New Jersey

Nivel del Medicamentos	Opción preferida de costo compartido minorista	Opción estándar de costo compartido minorista	Opción preferida de costo compartido de pedido por correo	Opción estándar de costo compartido de pedido por correo
	30 / 60 / 90 días	30 / 60 / 90 días	30 / 60 / 90 días	30 / 60 / 90 días
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos (GC)	\$0 / \$0 / \$0	\$9 / \$18 / \$18	\$0 / \$0 / \$0	\$9 / \$18 / \$18
Nivel 2: Medicamentos genéricos	\$5 / \$10 / \$10	\$15 / \$30 / \$30	\$5 / \$10 / \$0	\$15 / \$30 / \$30
Nivel 3: Medicamentos de marca preferida	\$42 / \$84 / \$126	\$47 / \$94 / \$141	\$42 / \$84 / \$126	\$47 / \$94 / \$141
Nivel 4: Medicamentos no preferidos	\$95 / \$190 / \$285	\$100 / \$200 / \$300	\$95 / \$190 / \$285	\$100 / \$200 / \$300
Nivel 5: Nivel de especialidad	33% (30 días)	33% (30 días)	33% (30 días)	33% (30 días)

GC: Proporcionamos cobertura adicional de los medicamentos con receta incluidos en este nivel en la etapa de interrupción de cobertura. Consulte nuestra Evidencia de cobertura para obtener más información sobre esta cobertura.

Área de servicio: New Mexico

H0672-005 – Cigna Preferred Medicare (HMO): Bernalillo, Sandoval, Torrance y Valencia, New Mexico

H7849-028 – Cigna True Choice Medicare (PPO): Bernalillo, Sandoval, Torrance y Valencia, New Mexico

Nivel del Medicamentos	Opción preferida de costo compartido minorista	Opción estándar de costo compartido minorista	Opción preferida de costo compartido de pedido por correo	Opción estándar de costo compartido de pedido por correo
	30 / 60 / 90 días	30 / 60 / 90 días	30 / 60 / 90 días	30 / 60 / 90 días
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos	\$0 / \$0 / \$0	\$10 / \$20 / \$30	\$0 / \$0 / \$0	\$10 / \$20 / \$30
Nivel 2: Medicamentos genéricos	\$5 / \$10 / \$10	\$20 / \$40 / \$60	\$0 / \$0 / \$0	\$20 / \$40 / \$60
Nivel 3: Medicamentos de marca preferida	\$47 / \$94 / \$141	\$47 / \$94 / \$141	\$47 / \$94 / \$141	\$47 / \$94 / \$141
Nivel 4: Medicamentos no preferidos	\$100 / \$200 / \$300	\$100 / \$200 / \$300	\$100 / \$200 / \$300	\$100 / \$200 / \$300
Nivel 5: Nivel de especialidad	33% (30 días)	33% (30 días)	33% (30 días)	33% (30 días)

Área de servicio: North Carolina

H7849-011 – Cigna True Choice Medicare (PPO): Davidson, Davie, Forsyth y Guilford, North Carolina

H7849-019 – Cigna True Choice Medicare (PPO): Alexander, Cabarrus, Catawba, Gaston, Iredell, Lincoln, Mecklenburg, Rowan, Stokes, Union y Yadkin, North Carolina

Nivel del Medicamentos	Opción preferida de costo compartido minorista	Opción estándar de costo compartido minorista	Opción preferida de costo compartido de pedido por correo	Opción estándar de costo compartido de pedido por correo
	30 / 60 / 90 días	30 / 60 / 90 días	30 / 60 / 90 días	30 / 60 / 90 días
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos	\$0 / \$0 / \$0	\$5 / \$10 / \$15	\$0 / \$0 / \$0	\$5 / \$10 / \$15
Nivel 2: Medicamentos genéricos	\$10 / \$20 / \$25	\$15 / \$30 / \$45	\$10 / \$20 / \$0	\$15 / \$30 / \$45
Nivel 3: Medicamentos de marca preferida	\$42 / \$84 / \$126	\$47 / \$94 / \$141	\$42 / \$84 / \$126	\$47 / \$94 / \$141
Nivel 4: Medicamentos no preferidos	\$95 / \$190 / \$285	\$100 / \$200 / \$300	\$95 / \$190 / \$285	\$100 / \$200 / \$300
Nivel 5: Nivel de especialidad	33% (30 días)	33% (30 días)	33% (30 días)	33% (30 días)

Área de servicio: Ohio

H0672-006 – Cigna Preferred Medicare (HMO): Cuyahoga, Geauga, Lake, Lorain, Medina y Summit, Ohio

H7849-015 – Cigna True Choice Medicare (PPO): Cuyahoga, Geauga, Lake, Lorain, Medina y Summit, Ohio

Nivel del Medicamentos	Opción preferida de costo compartido minorista	Opción estándar de costo compartido minorista	Opción preferida de costo compartido de pedido por correo	Opción estándar de costo compartido de pedido por correo
	30 / 60 / 90 días	30 / 60 / 90 días	30 / 60 / 90 días	30 / 60 / 90 días
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos (GC)	\$0 / \$0 / \$0	\$9 / \$18 / \$18	\$0 / \$0 / \$0	\$9 / \$18 / \$18
Nivel 2: Medicamentos genéricos	\$5 / \$10 / \$10	\$20 / \$40 / \$40	\$5 / \$10 / \$0	\$20 / \$40 / \$40
Nivel 3: Medicamentos de marca preferida	\$42 / \$84 / \$126	\$47 / \$94 / \$141	\$42 / \$84 / \$126	\$47 / \$94 / \$141
Nivel 4: Medicamentos no preferidos	\$95 / \$190 / \$285	\$100 / \$200 / \$300	\$95 / \$190 / \$285	\$100 / \$200 / \$300
Nivel 5: Nivel de especialidad	33% (30 días)	33% (30 días)	33% (30 días)	33% (30 días)

GC: Proporcionamos cobertura adicional de los medicamentos con receta incluidos en este nivel en la etapa de interrupción de cobertura. Consulte nuestra Evidencia de cobertura para obtener más información sobre esta cobertura.

Área de servicio: Oklahoma

H7849-042 – Cigna True Choice Medicare (PPO): Canadian, Cleveland, Lincoln, Logan, McClain y Oklahoma, Oklahoma

Nivel del Medicamentos	Opción preferida de costo compartido minorista	Opción estándar de costo compartido minorista	Opción preferida de costo compartido de pedido por correo	Opción estándar de costo compartido de pedido por correo
	30 / 60 / 90 días	30 / 60 / 90 días	30 / 60 / 90 días	30 / 60 / 90 días
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos (GC)	\$0 / \$0 / \$0	\$10 / \$20 / \$30	\$0 / \$0 / \$0	\$10 / \$20 / \$30
Nivel 2: Medicamentos genéricos	\$4 / \$8 / \$8	\$20 / \$40 / \$60	\$4 / \$8 / \$0	\$20 / \$40 / \$60
Nivel 3: Medicamentos de marca preferida	\$42 / \$84 / \$126	\$47 / \$94 / \$141	\$42 / \$84 / \$126	\$47 / \$94 / \$141
Nivel 4: Medicamentos no preferidos	\$95 / \$190 / \$285	\$100 / \$200 / \$300	\$95 / \$190 / \$285	\$100 / \$200 / \$300
Nivel 5: Nivel de especialidad	29% (30 días)	29% (30 días)	29% (30 días)	29% (30 días)

Área de servicio: Pennsylvania

H3949-013 – Cigna Preferred Plus Medicare (HMO): Bucks, Chester, Delaware, Montgomery y Philadelphia, Pennsylvania

H3949-030 – Cigna Preferred Medicare (HMO): Bucks, Chester, Delaware, Montgomery y Philadelphia, Pennsylvania

H3949-031 – Cigna Alliance Medicare (HMO): Bucks, Chester, Delaware, Montgomery y Philadelphia, Pennsylvania

H3949-035 – Cigna Preferred Medicare (HMO): Berks, Cumberland, Dauphin, Lancaster, Lebanon y York, Pennsylvania

H7849-006 – Cigna True Choice Medicare (PPO): Bucks, Chester, Delaware, Montgomery y Philadelphia, Pennsylvania

H7849-007 – Cigna True Choice Plus Medicare (PPO): Bucks, Chester, Delaware, Montgomery y Philadelphia, Pennsylvania

H7849-031 – Cigna True Choice Medicare (PPO): Berks, Cumberland, Dauphin, Lancaster, Lebanon y York, Pennsylvania

H7849-032 – Cigna True Choice Plus Medicare (PPO): Berks, Cumberland, Dauphin, Lancaster, Lebanon y York, Pennsylvania

Nivel del Medicamentos	Opción preferida de costo compartido minorista	Opción estándar de costo compartido minorista	Opción preferida de costo compartido de pedido por correo	Opción estándar de costo compartido de pedido por correo
	30 / 60 / 90 días	30 / 60 / 90 días	30 / 60 / 90 días	30 / 60 / 90 días
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos (GC)	\$0 / \$0 / \$0	\$9 / \$18 / \$18	\$0 / \$0 / \$0	\$9 / \$18 / \$18
Nivel 2: Medicamentos genéricos	\$5 / \$10 / \$10	\$15 / \$30 / \$30	\$5 / \$10 / \$0	\$15 / \$30 / \$30
Nivel 3: Medicamentos de marca preferida	\$42 / \$84 / \$126	\$47 / \$94 / \$141	\$42 / \$84 / \$126	\$47 / \$94 / \$141
Nivel 4: Medicamentos no preferidos	\$95 / \$190 / \$285	\$100 / \$200 / \$300	\$95 / \$190 / \$285	\$100 / \$200 / \$300
Nivel 5: Nivel de especialidad	33% (30 días)	33% (30 días)	33% (30 días)	33% (30 días)

GC: Proporcionamos cobertura adicional de los medicamentos con receta incluidos en este nivel en la etapa de interrupción de cobertura. Consulte nuestra Evidencia de cobertura para obtener más información sobre esta cobertura.

Área de servicio: South Carolina

H7020-004 – Cigna Preferred Medicare (HMO): Anderson, Cherokee, Chester, Greenville, Lancaster, Pickens, Spartanburg, Union y York, South Carolina

H7020-008 – Cigna Preferred Medicare (HMO): Charleston, South Carolina

H7849-018 – Cigna True Choice Medicare (PPO): Chester, Lancaster y York, South Carolina

Nivel del Medicamentos	Opción preferida de costo compartido minorista	Opción estándar de costo compartido minorista	Opción preferida de costo compartido de pedido por correo	Opción estándar de costo compartido de pedido por correo
	30 / 60 / 90 días	30 / 60 / 90 días	30 / 60 / 90 días	30 / 60 / 90 días
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos	\$0 / \$0 / \$0	\$5 / \$10 / \$15	\$0 / \$0 / \$0	\$5 / \$10 / \$15
Nivel 2: Medicamentos genéricos	\$10 / \$20 / \$20	\$15 / \$30 / \$45	\$10 / \$20 / \$0	\$15 / \$30 / \$45
Nivel 3: Medicamentos de marca preferida	\$42 / \$84 / \$126	\$47 / \$94 / \$141	\$42 / \$84 / \$126	\$47 / \$94 / \$141
Nivel 4: Medicamentos no preferidos	\$95 / \$190 / \$285	\$100 / \$200 / \$300	\$95 / \$190 / \$285	\$100 / \$200 / \$300
Nivel 5: Nivel de especialidad	33% (30 días)	33% (30 días)	33% (30 días)	33% (30 días)

Área de servicio: South Carolina

H7020-006 – Cigna Preferred Plus Medicare (HMO): Anderson, Cherokee, Chester, Greenville, Lancaster, Pickens, Spartanburg, Union y York, South Carolina

Nivel del Medicamentos	Opción preferida de costo compartido minorista	Opción estándar de costo compartido minorista	Opción preferida de costo compartido de pedido por correo	Opción estándar de costo compartido de pedido por correo
	30 / 60 / 90 días	30 / 60 / 90 días	30 / 60 / 90 días	30 / 60 / 90 días
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos	\$0 / \$0 / \$0	\$5 / \$10 / \$15	\$0 / \$0 / \$0	\$5 / \$10 / \$15
Nivel 2: Medicamentos genéricos	\$4 / \$8 / \$8	\$9 / \$18 / \$27	\$4 / \$8 / \$0	\$9 / \$18 / \$27
Nivel 3: Medicamentos de marca preferida	\$35 / \$70 / \$105	\$40 / \$80 / \$120	\$35 / \$70 / \$105	\$40 / \$80 / \$120
Nivel 4: Medicamentos no preferidos	\$95 / \$190 / \$285	\$100 / \$200 / \$300	\$95 / \$190 / \$285	\$100 / \$200 / \$300
Nivel 5: Nivel de especialidad	33% (30 días)	33% (30 días)	33% (30 días)	33% (30 días)

Área de servicio: South Carolina

H7020-007 – Cigna Preferred Savings Medicare (HMO): Greenville, Spartanburg y York, South Carolina

Nivel del Medicamentos	Opción preferida de costo compartido minorista	Opción estándar de costo compartido minorista	Opción preferida de costo compartido de pedido por correo	Opción estándar de costo compartido de pedido por correo
	30 / 60 / 90 días	30 / 60 / 90 días	30 / 60 / 90 días	30 / 60 / 90 días
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos	\$2 / \$4 / \$4	\$7 / \$14 / \$21	\$2 / \$4 / \$0	\$7 / \$14 / \$21
Nivel 2: Medicamentos genéricos	\$10 / \$20 / \$20	\$15 / \$30 / \$45	\$10 / \$20 / \$0	\$15 / \$30 / \$45
Nivel 3: Medicamentos de marca preferida	\$42 / \$84 / \$126	\$47 / \$94 / \$141	\$42 / \$84 / \$126	\$47 / \$94 / \$141
Nivel 4: Medicamentos no preferidos	\$95 / \$190 / \$285	\$100 / \$200 / \$300	\$95 / \$190 / \$285	\$100 / \$200 / \$300
Nivel 5: Nivel de especialidad	33% (30 días)	33% (30 días)	33% (30 días)	33% (30 días)

Área de servicio: Tennessee

H4513-049-001 – Cigna Preferred Medicare (HMO): Bedford, Benton, Bledsoe, Bradley, Cannon, Carroll, Chester, Clay, Coffee, Crockett, Cumberland, Davidson, Decatur, DeKalb, Fayette, Fentress, Gibson, Giles, Grundy, Hamilton, Hardeman, Hardin, Haywood, Henderson, Henry, Houston, Humphreys, Jackson, Lake, Lauderdale, Lawrence, Lewis, Lincoln, Macon, Madison, Marion, Marshall, Maury, McNairy, Moore, Overton, Perry, Pickett, Polk, Putnam, Rutherford, Sequatchie, Shelby, Smith, Stewart, Sumner, Tipton, Trousdale, Van Buren, Warren, Wayne, Weakley, White, Williamson y Wilson, Tennessee

H4513-049-002 – Cigna Preferred Medicare (HMO): Cheatham, Dickson, Hickman, Montgomery y Robertson, Tennessee

Nivel del Medicamentos	Opción preferida de costo compartido minorista	Opción estándar de costo compartido minorista	Opción preferida de costo compartido de pedido por correo	Opción estándar de costo compartido de pedido por correo
	30 / 60 / 90 días	30 / 60 / 90 días	30 / 60 / 90 días	30 / 60 / 90 días
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos (GC)	\$0 / \$0 / \$0	\$10 / \$20 / \$30	\$0 / \$0 / \$0	\$10 / \$20 / \$30
Nivel 2: Medicamentos genéricos (GC)	\$12 / \$24 / \$24	\$20 / \$40 / \$60	\$12 / \$24 / \$0	\$20 / \$40 / \$60
Nivel 3: Medicamentos de marca preferida	\$42 / \$84 / \$126	\$47 / \$94 / \$141	\$42 / \$84 / \$126	\$47 / \$94 / \$141
Nivel 4: Medicamentos no preferidos	50%	50%	50%	50%
Nivel 5: Nivel de especialidad	33% (30 días)	33% (30 días)	33% (30 días)	33% (30 días)

Área de servicio: Tennessee

H4513-036 – Cigna Premier Medicare (HMO-POS): Bedford, Benton, Bledsoe, Bradley, Cannon, Carroll, Cheatham, Chester, Clay, Coffee, Crockett, Cumberland, Davidson, Decatur, DeKalb, Dickson, Fayette, Fentress, Gibson, Giles, Grundy, Hamilton, Hardeman, Hardin, Haywood, Henderson, Hickman, Houston, Humphreys, Jackson, Lauderdale, Lawrence, Lewis, Lincoln, Macon, Madison, Marion, Marshall, Maury, McNairy, Montgomery, Moore, Overton, Perry, Pickett, Polk, Putnam, Robertson, Rutherford, Sequatchie, Shelby, Smith, Stewart, Sumner, Tipton, Trousdale, Van Buren, Warren, Wayne, White, Williamson y Wilson, Tennessee

Nivel del Medicamentos	Opción preferida de costo compartido minorista	Opción estándar de costo compartido minorista	Opción preferida de costo compartido de pedido por correo	Opción estándar de costo compartido de pedido por correo
	30 / 60 / 90 días	30 / 60 / 90 días	30 / 60 / 90 días	30 / 60 / 90 días
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos (GC)	\$3 / \$6 / \$6	\$10 / \$20 / \$30	\$3 / \$6 / \$0	\$10 / \$20 / \$30
Nivel 2: Medicamentos genéricos (GC)	\$12 / \$24 / \$24	\$20 / \$40 / \$60	\$12 / \$24 / \$0	\$20 / \$40 / \$60
Nivel 3: Medicamentos de marca preferida	\$42 / \$84 / \$126	\$47 / \$94 / \$141	\$42 / \$84 / \$126	\$47 / \$94 / \$141
Nivel 4: Medicamentos no preferidos	40%	40%	40%	40%
Nivel 5: Nivel de especialidad	29% (30 días)	29% (30 días)	29% (30 días)	29% (30 días)

GC: Proporcionamos cobertura adicional de los medicamentos con receta incluidos en este nivel en la etapa de interrupción de cobertura. Consulte nuestra Evidencia de cobertura para obtener más información sobre esta cobertura.

Área de servicio: Tennessee

H4513-043 – Cigna Preferred Plus Medicare (HMO): Davidson, Rutherford, Sumner, Williamson y Wilson, Tennessee

Nivel del Medicamentos	Opción preferida de costo compartido minorista	Opción estándar de costo compartido minorista	Opción preferida de costo compartido de pedido por correo	Opción estándar de costo compartido de pedido por correo
	30 / 60 / 90 días	30 / 60 / 90 días	30 / 60 / 90 días	30 / 60 / 90 días
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos (GC)	\$3 / \$6 / \$6	\$10 / \$20 / \$30	\$3 / \$6 / \$0	\$10 / \$20 / \$30
Nivel 2: Medicamentos genéricos (GC)	\$12 / \$24 / \$24	\$20 / \$40 / \$60	\$12 / \$24 / \$0	\$20 / \$40 / \$60
Nivel 3: Medicamentos de marca preferida	\$42 / \$84 / \$126	\$47 / \$94 / \$141	\$42 / \$84 / \$126	\$47 / \$94 / \$141
Nivel 4: Medicamentos no preferidos	50%	50%	50%	50%
Nivel 5: Nivel de especialidad	33% (30 días)	33% (30 días)	33% (30 días)	33% (30 días)

Área de servicio: Tennessee

H4513-037 – Cigna Preferred Medicare (HMO): Anderson, Blount, Cocke, Grainger, Hamblen, Jefferson, Knox, Loudon, Morgan, Sevier y Union, Tennessee

Nivel del Medicamentos	Opción preferida de costo compartido minorista	Opción estándar de costo compartido minorista	Opción preferida de costo compartido de pedido por correo	Opción estándar de costo compartido de pedido por correo
	30 / 60 / 90 días	30 / 60 / 90 días	30 / 60 / 90 días	30 / 60 / 90 días
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos (GC)	\$0 / \$0 / \$0	\$10 / \$20 / \$20	\$0 / \$0 / \$0	\$10 / \$20 / \$20
Nivel 2: Medicamentos genéricos (GC)	\$10 / \$20 / \$20	\$20 / \$40 / \$40	\$10 / \$20 / \$0	\$20 / \$40 / \$40
Nivel 3: Medicamentos de marca preferida	\$42 / \$84 / \$126	\$47 / \$94 / \$141	\$42 / \$84 / \$126	\$47 / \$94 / \$141
Nivel 4: Medicamentos no preferidos	43%	43%	43%	43%
Nivel 5: Nivel de especialidad	33% (30 días)	33% (30 días)	33% (30 días)	33% (30 días)

Área de servicio: Tennessee

H4513-059 – Cigna Preferred Medicare (HMO): Johnson, Sullivan, Unicoi y Washington, Tennessee

Nivel del Medicamentos	Opción preferida de costo compartido minorista	Opción estándar de costo compartido minorista	Opción preferida de costo compartido de pedido por correo	Opción estándar de costo compartido de pedido por correo
	30 / 60 / 90 días	30 / 60 / 90 días	30 / 60 / 90 días	30 / 60 / 90 días
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos (GC)	\$0 / \$0 / \$0	\$10 / \$20 / \$20	\$0 / \$0 / \$0	\$10 / \$20 / \$20
Nivel 2: Medicamentos genéricos (GC)	\$10 / \$20 / \$20	\$20 / \$40 / \$40	\$10 / \$20 / \$0	\$20 / \$40 / \$40
Nivel 3: Medicamentos de marca preferida	\$42 / \$84 / \$126	\$47 / \$94 / \$141	\$42 / \$84 / \$126	\$47 / \$94 / \$141
Nivel 4: Medicamentos no preferidos	49%	49%	49%	49%
Nivel 5: Nivel de especialidad	33% (30 días)	33% (30 días)	33% (30 días)	33% (30 días)

GC: Proporcionamos cobertura adicional de los medicamentos con receta incluidos en este nivel en la etapa de interrupción de cobertura. Consulte nuestra Evidencia de cobertura para obtener más información sobre esta cobertura.

Área de servicio: Tennessee

H7849-010 – Cigna True Choice Medicare (PPO): Bedford, Cannon, Cheatham, Clay, Davidson, DeKalb, Giles, Hickman, Houston, Humphreys, Lawrence, Lewis, Lincoln, Macon, Marshall, Moore, Perry, Pickett, Robertson, Rutherford, Smith, Stewart, Sumner, Trousdale, Warren, Wayne, Williamson y Wilson, Tennessee

H7849-036 – Cigna True Choice Medicare (PPO): Bledsoe, Bradley, Cumberland, Grundy, Hamilton, Marion, Sequatchie, Van Buren y White, Tennessee

H7849-037 – Cigna True Choice Medicare (PPO): Benton, Carroll, Decatur, Fayette, Hardeman, Haywood, Lauderdale, McNairy, Madison, Shelby y Tipton, Tennessee

H7849-043 – Cigna True Choice Medicare (PPO): Anderson, Blount, Cocke, Fentress, Grainger, Hamblen, Jackson, Jefferson Knox, Loudon, Morgan, Sevier y Union, Tennessee

Nivel del Medicamentos	Opción preferida de costo compartido minorista	Opción estándar de costo compartido minorista	Opción preferida de costo compartido de pedido por correo	Opción estándar de costo compartido de pedido por correo
	30 / 60 / 90 días	30 / 60 / 90 días	30 / 60 / 90 días	30 / 60 / 90 días
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos	\$0 / \$0 / \$0	\$5 / \$10 / \$12.50	\$0 / \$0 / \$0	\$5 / \$10 / \$12.50
Nivel 2: Medicamentos genéricos	\$4 / \$8 / \$10	\$9 / \$18 / \$22.50	\$0 / \$0 / \$0	\$9 / \$18 / \$22.50
Nivel 3: Medicamentos de marca preferida	\$40 / \$80 / \$120	\$45 / \$90 / \$135	\$40 / \$80 / \$120	\$45 / \$90 / \$135
Nivel 4: Medicamentos no preferidos	\$80 / \$160 / \$240	\$85 / \$170 / \$255	\$80 / \$160 / \$240	\$85 / \$170 / \$255
Nivel 5: Nivel de especialidad	33% (30 días)	33% (30 días)	33% (30 días)	33% (30 días)

Área de servicio: Tri-cities: Tennessee and Virginia

H7849-034 – Cigna True Choice Medicare (PPO): Johnson, Sullivan, Unicoi y Washington, Tennessee; Russell, Scott, Washington y Wise, Virginia

Nivel del Medicamentos	Opción preferida de costo compartido minorista	Opción estándar de costo compartido minorista	Opción preferida de costo compartido de pedido por correo	Opción estándar de costo compartido de pedido por correo
	30 / 60 / 90 días	30 / 60 / 90 días	30 / 60 / 90 días	30 / 60 / 90 días
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos	\$0 / \$0 / \$0	\$5 / \$10 / \$12.50	\$0 / \$0 / \$0	\$5 / \$10 / \$12.50
Nivel 2: Medicamentos genéricos	\$4 / \$8 / \$10	\$9 / \$18 / \$22.50	\$0 / \$0 / \$0	\$9 / \$18 / \$22.50
Nivel 3: Medicamentos de marca preferida	\$40 / \$80 / \$120	\$45 / \$90 / \$135	\$40 / \$80 / \$120	\$45 / \$90 / \$135
Nivel 4: Medicamentos no preferidos	\$80 / \$160 / \$240	\$85 / \$170 / \$255	\$80 / \$160 / \$240	\$85 / \$170 / \$255
Nivel 5: Nivel de especialidad	33% (30 días)	33% (30 días)	33% (30 días)	33% (30 días)

Área de servicio: Texas

H4513-026 – Cigna Preferred Medicare (HMO): Henderson, Rusk, Smith, Upshur y Van Zandt, Texas

H4513-028 – Cigna Preferred Medicare (HMO): Bexar, Collin, Dallas, Denton, Hood, Johnson, Parker, Tarrant y Wise, Texas

H4513-061-001 – Cigna Preferred Medicare (HMO): Angelina, Atascosa, Bandera, Bexar, Brazoria, Chambers, Fort Bend, Galveston, Guadalupe, Hardin, Harris, Jasper, Jefferson, Kendall, Liberty, Montgomery, Nacogdoches, Newton, Orange, Polk, San Jacinto, Tyler, Walker, Waller y Wilson, Texas

H4513-061-002 – Cigna Preferred Medicare (HMO): Cameron, Hidalgo, Webb y Willacy, Texas

H4513-061-003 – Cigna Preferred Medicare (HMO): El Paso, Texas

H7787-001 – Cigna Preferred Medicare (PPO): Collin, Dallas, Denton, Johnson y Tarrant, Texas

H7849-038 – Cigna True Choice Medicare (PPO): Fort Bend, Galveston, Harris, Liberty, Montgomery y Walker, Texas

H7849-039 – Cigna True Choice Medicare (PPO): Cameron, Hidalgo y Willacy, Texas

H7849-040 – Cigna True Choice Medicare (PPO): Dallas, Denton, Johnson, Parker, Rusk, Smith, Tarrant, Upshur, Van Zandt y Wise, Texas

H7849-041 – Cigna True Choice Medicare (PPO): El Paso, Texas

Nivel del Medicamentos	Opción preferida de costo compartido minorista	Opción estándar de costo compartido minorista	Opción preferida de costo compartido de pedido por correo	Opción estándar de costo compartido de pedido por correo
	30 / 60 / 90 días	30 / 60 / 90 días	30 / 60 / 90 días	30 / 60 / 90 días
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos (GC)	\$0 / \$0 / \$0	\$10 / \$20 / \$30	\$0 / \$0 / \$0	\$10 / \$20 / \$30
Nivel 2: Medicamentos genéricos	\$4 / \$8 / \$8	\$20 / \$40 / \$60	\$4 / \$8 / \$0	\$20 / \$40 / \$60
Nivel 3: Medicamentos de marca preferida	\$42 / \$84 / \$126	\$47 / \$94 / \$141	\$42 / \$84 / \$126	\$47 / \$94 / \$141
Nivel 4: Medicamentos no preferidos	\$95 / \$190 / \$285	\$100 / \$200 / \$300	\$95 / \$190 / \$285	\$100 / \$200 / \$300
Nivel 5: Nivel de especialidad	29% (30 días)	29% (30 días)	29% (30 días)	29% (30 días)

Área de servicio: Utah

H7849-029 – Cigna True Choice Medicare (PPO): Davis, Salt Lake, Utah y Weber, Utah

Nivel del Medicamentos	Opción preferida de costo compartido minorista	Opción estándar de costo compartido minorista	Opción preferida de costo compartido de pedido por correo	Opción estándar de costo compartido de pedido por correo
	30 / 60 / 90 días	30 / 60 / 90 días	30 / 60 / 90 días	30 / 60 / 90 días
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos	\$0 / \$0 / \$0	\$10 / \$20 / \$30	\$0 / \$0 / \$0	\$10 / \$20 / \$30
Nivel 2: Medicamentos genéricos	\$5 / \$10 / \$10	\$20 / \$40 / \$60	\$0 / \$0 / \$0	\$20 / \$40 / \$60
Nivel 3: Medicamentos de marca preferida	\$47 / \$94 / \$141	\$47 / \$94 / \$141	\$47 / \$94 / \$141	\$47 / \$94 / \$141
Nivel 4: Medicamentos no preferidos	\$100 / \$200 / \$300	\$100 / \$200 / \$300	\$100 / \$200 / \$300	\$100 / \$200 / \$300
Nivel 5: Nivel de especialidad	33% (30 días)	33% (30 días)	33% (30 días)	33% (30 días)

GC: Proporcionamos cobertura adicional de los medicamentos con receta incluidos en este nivel en la etapa de interrupción de cobertura. Consulte nuestra Evidencia de cobertura para obtener más información sobre esta cobertura.

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]

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.

GC: Proporcionamos cobertura adicional de los medicamentos con receta incluidos en este nivel en la etapa de interrupción de cobertura. Consulte nuestra Evidencia de cobertura para obtener más información sobre esta cobertura.

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.

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	26
MEDICAMENTOS ANTINEOPLÁSICOS/INMUNODEPRESORES	33
MEDICAMENTOS PARA EL SISTEMA NERVIOSO AUTÓNOMO/CENTRAL, NEUROLOGÍA/PSIC.....	41
CARDIOVASCULARES, HIPERTENSIÓN/LÍPIDOS	51
PRODUCTOS DERMATOLÓGICOS/TRATAMIENTO TÓPICO	55
PRODUCTOS DE DIAGNÓSTICO/AGENTES VARIOS	58
MEDICAMENTOS PARA NARIZ, GARGANTA Y OÍDO	59
SISTEMA ENDOCRINO/DIABETES.....	60
GASTROENTEROLOGÍA.....	65
INMUNOLOGÍA, VACUNAS/BIOTECNOLOGÍA.....	67
SISTEMA LOCOMOTOR/REUMATOLOGÍA.....	68
OBSTETRICIA/GINECOLOGÍA.....	70
OFTALMOLOGÍA.....	73
SISTEMA RESPIRATORIO Y ALERGIA	74
UROLÓGICOS	76
VITAMINAS, HEMATÍNICOS/ELECTROLITOS	77

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
ANTIINFECCIOSOS		
AGENTES ANTIMICÓTICOS		
ABELCET	4	PA
AMBIOME	5	PA; NDS
<i>anfotericina b</i>	4	PA
<i>caspofungina</i>	5	PA; NDS
<i>clotrimazol, membrana mucosa</i>	2	
CRESEMBA ORAL	5	NDS
<i>fluconazol</i>	2	
<i>fluconazol en nacl (iso-osm.)</i>	4	PA
<i>flucitosina</i>	5	NDS
<i>griseofulvina micronizada</i>	4	
<i>griseofulvina ultramicronizada</i>	4	
<i>itraconazol, cápsulas orales</i>	4	QL (120/30)
<i>itraconazol, solución oral</i>	5	NDS
<i>ketoconazol oral</i>	2	
<i>miconazole</i>	5	NDS
<i>nistatina, oral</i>	2	
<i>posaconazol, comprimidos orales, liberación retardada (dr/ec)</i>	5	QL (96/30); NDS
<i>clorhidrato de terbinafina oral</i>	2	
<i>voriconazol intravenoso</i>	5	PA; NDS
<i>voriconazol, suspensión oral para reconstitución</i>	5	NDS
<i>voriconazol, comprimidos orales, 200 mg</i>	5	NDS
<i>voriconazol, comprimidos orales, 50 mg</i>	4	
ANTIVÍRICOS		
<i>abacavir, solución oral</i>	3	QL (960/30)
<i>abacavir, comprimidos orales</i>	4	QL (60/30)
<i>abacavir-lamivudina</i>	3	QL (30/30)
<i>abacavir-lamivudina-zidovudina</i>	5	QL (60/30); NDS
<i>aciclovir, cápsulas orales</i>	2	
<i>aciclovir, suspensión oral, 200 mg/5 ml</i>	4	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>aciclovir, comprimidos orales</i>	2	
<i>aciclovir sódico, solución intravenosa</i>	4	B/D PA
<i>adefovir</i>	5	NDS
<i>clorhidrato de amantadina</i>	3	
APTIVUS	5	QL (120/30); NDS
<i>atazanavir, cápsulas orales, 150 mg, 300 mg</i>	4	QL (30/30)
<i>atazanavir, cápsulas orales, 200 mg</i>	4	QL (60/30)
ATRIPLA	5	QL (30/30); NDS
BARACLUDE, SOLUCIÓN ORAL	4	QL (630/30)
BIKTARVY	5	NDS
CABENUVA	5	NDS
CIMDUO	5	NDS
COMPLERA	5	QL (30/30); NDS
DELSTRIGO	5	NDS
DESCOVY	5	QL (30/30); NDS
<i>didanosina, cápsulas orales, liberación retardada (dr/ec), 250 mg, 400 mg</i>	4	QL (30/30)
DOVATO	5	NDS
EDURANT	5	QL (30/30); NDS
<i>efavirenz, cápsulas orales, 200 mg</i>	5	QL (120/30); NDS
<i>efavirenz, cápsulas orales, 50 mg</i>	3	QL (180/30)
<i>efavirenz, comprimidos orales</i>	5	QL (30/30); NDS
<i>efavirenz-emtricitabina-tenofovir</i>	5	QL (30/30); NDS
<i>disoproxilo de efavirenz-lamivudina-tenofovir, comprimidos orales, 400-300-300 mg</i>	5	QL (30/30); NDS
<i>disoproxilo de efavirenz-lamivudina-tenofovir, comprimidos orales, 600-300-300 mg</i>	5	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 24.

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>emtricitabina</i>	3	QL (30/30)
<i>emtricitabina-tenofovir (tdf)</i>	5	QL (30/30); NDS
EMTRIVA, CÁPSULAS ORALES	4	QL (30/30)
EMTRIVA, SOLUCIÓN ORAL	4	QL (680/28)
<i>entecavir</i>	4	QL (30/30)
EPCLUSA, COMPRIMIDOS ORALES	5	PA; QL (28/28); NDS
EPIVIR HBV, SOLUCIÓN ORAL	4	
<i>etravirina</i>	5	QL (60/30); NDS
EVOTAZ	5	QL (30/30); NDS
<i>famciclovir</i>	3	QL (60/30)
<i>fosamprenavir</i>	5	QL (120/30); NDS
FUZEON, SOL. PARA RECONST. SUBCUTÁNEA	5	QL (60/30); NDS
GENVOYA	5	QL (30/30); NDS
HARVONI, PÍLDORAS DE ADMINISTRACIÓN ORAL EN PAQUETES, 33.75-150 MG	5	PA; QL (28/28); NDS
HARVONI, PÍLDORAS DE ADMINISTRACIÓN ORAL EN PAQUETES, 45-200 MG	5	PA; QL (56/28); NDS
HARVONI, COMPRIMIDOS ORALES, 45-200 MG	5	PA; QL (60/30); NDS
HARVONI, COMPRIMIDOS ORALES, 90-400 MG	5	PA; QL (28/28); NDS
INTELENCE, COMPRIMIDOS ORALES, 100 MG, 200 MG	5	QL (60/30); NDS
INTELENCE, COMPRIMIDOS ORALES, 25 MG	4	QL (120/30)
INVIRASE, COMPRIMIDOS ORALES	5	QL (120/30); NDS
ISENTRESS, DE DOSIS ALTA	5	NDS
ISENTRESS, PAQUETE DE POLVO ORAL	4	QL (60/30)
ISENTRESS, COMPRIMIDOS ORALES	5	QL (120/30); NDS

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
ISENTRESS, COMPRIMIDOS ORALES MASTICABLES, 100 MG	5	QL (180/30); NDS
ISENTRESS, COMPRIMIDOS ORALES MASTICABLES, 25 MG	3	QL (180/30)
JULUCA	5	NDS
KALETRA, COMPRIMIDOS ORALES, 100-25 MG	4	QL (300/30)
KALETRA, COMPRIMIDOS ORALES, 200-50 MG	5	QL (120/30); NDS
<i>lamivudina, solución oral</i>	3	QL (900/30)
<i>lamivudina, comprimidos orales, 100 mg, 300 mg</i>	3	QL (30/30)
<i>lamivudina, comprimidos orales, 150 mg</i>	3	QL (60/30)
<i>lamivudina-zidovudina</i>	3	QL (60/30)
LEXIVA, SUSPENSIÓN ORAL	4	QL (1575/28)
<i>lopinavir-ritonavir, solución oral</i>	3	
<i>lopinavir-ritonavir, comprimidos orales, 100-25 mg</i>	4	QL (300/30)
<i>lopinavir-ritonavir, comprimidos orales, 200-50 mg</i>	4	QL (120/30)
MAVYRET, COMPRIMIDOS ORALES	5	PA; QL (84/28); NDS
<i>nevirapina, suspensión oral</i>	4	QL (1200/30)
<i>nevirapina, comprimidos orales</i>	3	QL (60/30)
<i>nevirapina, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas, 100 mg</i>	4	QL (90/30)
<i>nevirapina, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas, 400 mg</i>	4	QL (30/30)
NORVIR, PAQUETE DE POLVO ORAL	4	
NORVIR, SOLUCIÓN ORAL	3	QL (480/30)
ODEFSEY	5	QL (30/30); NDS
<i>oseltamivir</i>	3	
PIFELTRO	5	NDS
PREVYMIS, ORAL	5	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 24.

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
PREZCOBIX	5	QL (30/30); NDS
PREZISTA, SUSPENSIÓN ORAL	5	QL (400/30); NDS
PREZISTA, COMPRIMIDOS ORALES, 150 MG	4	QL (240/30)
PREZISTA, COMPRIMIDOS ORALES, 600 MG	5	QL (60/30); NDS
PREZISTA, COMPRIMIDOS ORALES, 75 MG	3	QL (480/30)
PREZISTA, COMPRIMIDOS ORALES, 800 MG	5	QL (30/30); NDS
RETROVIR INTRAVENOSO	4	
REYATAZ, PAQUETE DE POLVO ORAL	5	QL (240/30); NDS
<i>ribavirina, cápsulas orales</i>	3	
<i>ribavirina, comprimidos orales, 200 mg</i>	3	
<i>rimantadina</i>	2	
<i>ritonavir</i>	3	QL (360/30)
RUKOBIA	5	NDS
SELZENTRY, SOLUCIÓN ORAL	5	NDS
SELZENTRY, COMPRIMIDOS ORALES, 150 MG, 75 MG	5	QL (60/30); NDS
SELZENTRY, COMPRIMIDOS ORALES, 25 MG	3	QL (120/30)
SELZENTRY, COMPRIMIDOS ORALES, 300 MG	5	QL (120/30); NDS
<i>estavudina, cápsulas orales</i>	3	QL (60/30)
STRIBILD	5	QL (30/30); NDS
SYMFI	5	NDS
SYMFI LO	5	QL (30/30); NDS
SYMTUZA	5	NDS
TEMIXYS	5	NDS
<i>fumarato de disoproxilo de tenofovir</i>	4	QL (30/30)
TIVICAY, COMPRIMIDOS ORALES, 10 MG	4	QL (60/30)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
TIVICAY, COMPRIMIDOS ORALES, 25 MG, 50 MG	5	QL (60/30); NDS
TIVICAY PD	5	QL (180/30); NDS
TRIUMEQ	5	QL (30/30); NDS
TROGARZO	5	NDS
TRUVADA	5	QL (30/30); NDS
TYBOST	3	
<i>valaciclovir, comprimidos orales, 1 gramo</i>	2	QL (120/30)
<i>valaciclovir, comprimidos orales, 500 mg</i>	2	QL (60/30)
<i>valganciclovir</i>	5	NDS
VEMLIDY	5	NDS
VIRACEPT, COMPRIMIDOS ORALES, 250 MG	5	QL (270/30); NDS
VIRACEPT, COMPRIMIDOS ORALES, 625 MG	5	QL (120/30); NDS
VIREAD, POLVO ORAL	5	QL (240/30); NDS
VIREAD, COMPRIMIDOS ORALES, 150 MG, 200 MG, 250 MG	5	QL (30/30); NDS
VOSEVI	5	PA; QL (28/28); NDS
XOFLUZA	4	
<i>zidovudina, cápsulas orales</i>	4	QL (180/30)
<i>zidovudina, jarabe oral</i>	3	QL (1680/28)
<i>zidovudina, comprimidos orales</i>	3	QL (60/30)
CEFALOSPORINAS		
<i>cefaclor, cápsulas orales</i>	2	
<i>cefaclor, suspensión oral para reconstitución, 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml, 375 mg/5 ml</i>	3	
<i>ceftaclor, comprimidos orales, liberación prolongada, 12 horas</i>	3	
<i>cefadroxilo, cápsulas orales</i>	3	
<i>cefadroxilo, suspensión oral para reconstitución, 250 mg/5 ml, 500 mg/5 ml</i>	3	
<i>cefadroxilo, comprimidos orales</i>	3	

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 24.

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>	4	
CEFAZOLIN EN DEXTROSA (ISO-OSM.), INFUSIÓN SECUNDARIA INTRAVENOSA, 2 GRAMOS/100 ML	4	
<i>cefazolina, sol. para reconst. inyect., 1 g, 10 g, 100 g, 300 g, 500 mg</i>	4	
<i>cefazolina intravenosa</i>	4	
<i>cefdinir, cápsulas orales</i>	2	
<i>cefdinir, suspensión oral para reconstitución</i>	3	
CEFEPIME EN DEXTROSA 5%	4	
<i>cefepima en dextrosa, iso-osm.</i>	4	
<i>cefepima inyectable</i>	4	
CEFEPIME, INTRAVENOSO	4	PA
<i>cefixima</i>	4	
CEFOTETAN EN DEXTROSA, ISO-OSM.	4	PA
<i>cefotetan inyectable</i>	4	PA
<i>cefoxitina</i>	4	PA
<i>cefoxitina en dextrosa, iso-osm.</i>	4	PA
<i>cefpodoxima</i>	2	
<i>cefprozilo</i>	2	
<i>ceftazidima</i>	4	PA
CEFTAZIDIME IN D5W	4	PA
<i>ceftriaxona en dextrosa, iso-osm.</i>	4	
<i>ceftriaxona, sol. para reconst. inyect., 1 gramo, 10 gramos, 2 gramos, 250 mg, 500 mg</i>	4	
CEFTRIAZONE, SOL. PARA RECONST. INYECT., 100 GRAMOS	4	
<i>ceftriaxona intravenosa</i>	4	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>cefuroxima axetilo, comprimidos orales</i>	2	
<i>cefuroxima sódica, sol. para reconst. inyect., 750 mg</i>	4	PA
<i>cefuroxima sódica intravenosa</i>	4	PA
<i>cefalexina, cápsulas orales, 250 mg, 500 mg</i>	1	
<i>cefalexina, suspensión oral para reconstitución</i>	2	
SUPRAX, SUSPENSIÓN ORAL PARA RECONSTITUCIÓN, 500 MG/5 ML	4	
<i>tazicef</i>	4	PA
TEFLARO	5	PA; NDS
ERITROMICINAS/OTROS MACRÓLIDOS		
<i>azitromicina intravenosa</i>	4	PA
<i>azitromicina, paquete oral</i>	3	
<i>azitromicina, suspensión oral para reconstitución</i>	2	
<i>azitromicina, comprimidos orales</i>	2	
<i>claritromicina, suspensión oral para reconstitución</i>	3	
<i>claritromicina, comprimidos orales</i>	2	
<i>claritromicina, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas</i>	2	
DIFICID, SUSPENSIÓN ORAL PARA RECONSTITUCIÓN	5	QL (136/10); NDS
DIFICID, COMPRIMIDOS ORALES	5	QL (20/10); NDS
<i>e.e.s. 400, comprimidos orales</i>	3	
ERYPED 400	5	NDS
<i>ery-tab, comprimidos orales, liberación retardada (dr/ec), 250 mg</i>	3	

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 24.

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
ERY-TAB, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN RETARDADA (DR/EC) 333 MG, 500 MG	3	
<i>eritrocina (como estearato), comprimidos orales, 250 mg</i>	3	
ERYTHROCIN, SOL. PARA RECONST. INTRAVENOSA, 500 MG	4	PA
<i>etilsuccinato de eritromicina, suspensión oral para reconstitución, 200 mg/5 ml</i>	3	
<i>etilsuccinato de eritromicina, suspensión oral para reconstitución, 400 mg/5 ml</i>	5	NDS
<i>etilsuccinato de eritromicina, comprimidos orales</i>	3	
<i>eritromicina, comprimidos orales</i>	4	
<i>eritromicina, comprimidos orales, liberación retardada (dr/ec)</i>	3	
ANTIINFECCIOSOS VARIOS		
<i>albendazol</i>	5	NDS
<i>amikacina, solución inyectable, 1,000 mg/4 ml, 500 mg/2 ml</i>	4	PA
ARIKAYCE	5	PA; LA; NDS
<i>atovacuna</i>	5	NDS
<i>atovacuna-proguanil</i>	2	
<i>aztreonam, sol. para reconst. inyect., 1 gramo</i>	3	PA
<i>aztreonam, sol. para reconst. inyect., 2 gramos</i>	4	PA
<i>bacitracina intramuscular</i>	4	
CAYSTON	5	PA; LA; QL (84/28); NDS
<i>succinato sódico de cloranfenicol</i>	4	
<i>fosfato de cloroquina</i>	2	
<i>clorhidrato de clindamicina</i>	2	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
CLINDAMYCIN EN CLORURO DE SODIO AL 0.9%	4	PA
<i>clindamicina en dextrosa al 5%</i>	4	PA
<i>clindamicina pediátrica</i>	4	
<i>fosfato de clindamicina inyectable</i>	4	PA
<i>fosfato de clindamicina, solución intravenosa, 600 mg/4 ml</i>	4	PA
COARTEM	4	QL (24/30)
<i>colistina (colistimetato sódico)</i>	5	PA; NDS
CYCLOSERINE	2	
<i>dapsone oral</i>	3	
DAPTOMYCIN, SOL. PARA RECONST. INTRAVENOSA, 350 MG	5	NDS
<i>daptomicina, sol. para reconst. intravenosa, 500 mg</i>	5	NDS
EMVERM	5	NDS
<i>ertapenem</i>	4	
<i>etambutol</i>	3	
FIRVANQ, SOL. PARA RECONST. INTRAVENOSA, 25 MG/ML	4	QL (300/10)
FIRVANQ, SOL. PARA RECONST. INTRAVENOSA, 50 MG/ML	4	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>	4	PA
GENTAMICIN IN NACL (ISO-OSM.), INFUSIÓN SECUNDARIA INTRAVENOSA, 100 MG/50 ML, 120 MG/100 ML	4	PA
<i>gentamicina, solución inyectable, 40 mg/ml</i>	4	PA
<i>sulfato de gentamicina (pediátrico) (pf)</i>	4	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 24.

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
HYDROXYCHLOROQUINE, COMPRIMIDOS ORALES, 100 MG, 300 MG, 400 MG	2	
hidroxicloroquina, comprimidos orales, 200 mg	2	
imipenem-cilastatina	4	
isoniazida, solución oral	3	
isoniazida, comprimidos orales	2	
ivermectina oral	3	
lincomicina	4	PA
linezolidina en dextrosa al 5%	4	PA
linezolidina, suspensión oral para reconstitución	5	QL (1800/30); NDS
linezolidina, comprimidos orales	3	QL (60/30)
linezolidina-cloruro de sodio al 0.9%	4	PA
mefloquina	2	
meropenem	4	
MEROPENEM-0.9% SODIUM CHLORIDE	4	
metro intravenoso	4	PA
metronidazol en nacl (iso-osm.)	4	PA
metronidazol, comprimidos orales	1	
neomicina	2	
nitazoxanida	5	QL (20/10); NDS
ORBACTIV	5	PA; QL (3/30); NDS
paramomicina	4	
PASER	4	
PENTAM	3	
pentamidina para inhalar	3	B/D PA; QL (1/28)
pentamidina inyectable	3	
sulfato de polimixina b	4	PA
praziquantel	4	
PRIFTIN	4	
PRIMAQUINE	3	
pirazinamida	3	
pirimetamina	5	PA; NDS

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
sulfato de quinina	4	PA; QL (42/7)
rifabutina	3	
rifampina intravenosa	4	
rifampina oral	2	
SIRTURO	4	PA; LA
SIVEXTRO INTRAVENOSO	5	PA; QL (6/28); NDS
SIVEXTRO ORAL	5	QL (6/28); NDS
estreptomina	5	PA; NDS
SYNERCID	5	PA; NDS
tigeciclina	5	PA; NDS
TOBI PODHALER, CÁPSULA DE INHALACIÓN CON DISPOSITIVO DE INHALACIÓN	5	QL (224/28); NDS
tobramicina en nacl al 0.225%	5	B/D PA; QL (280/28); NDS
sulfato de tobramicina	4	PA
TRECTOR	3	
VANCOMYCIN EN CLORURO DE SODIO AL 0.9%, INFUSIÓN SECUNDARIA INTRAVENOSA	4	
VANCOMYCIN EN DEXTROSA AL 5%, INFUSIÓN SECUNDARIA INTRAVENOSA	4	
VANCOMYCIN INYECTABLE	4	
vancomicina, sol. para reconst. intravenosa, 1,000 mg, 10 gramos, 250 mg, 5 gramos, 500 mg, 750 mg	4	
VANCOMYCIN, SOL. PARA RECONST. INTRAVENOSA, 1.25 GRAMOS, 1.5 GRAMOS	4	
vancomicina, cápsulas orales, 125 mg	3	PA; QL (40/10)
vancomicina, cápsulas orales, 250 mg	3	PA; QL (80/10)
vancomicina, sol. para reconst. oral	2	QL (450/10)

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 24.

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
VANCOMYCIN-WATER, INYECTABLE (PEG)	4	
XIFAXAN, COMPRIMIDOS ORALES, 550 MG	5	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>	2	
<i>amoxicilina, comprimidos orales masticables, 125 mg, 250 mg</i>	2	
<i>amoxicilina-clavulanato de pot., suspensión oral para reconstitución</i>	2	
<i>amoxicilina-clavulanato de pot., comprimidos orales</i>	2	
<i>amoxicilina-clavulanato de pot., comprimidos orales, liberación prolongada, 12 horas</i>	4	
<i>amoxicilina-clavulanato de pot., comprimidos orales masticables</i>	2	
<i>ampicilina, cápsulas orales, 500 mg</i>	2	
<i>ampicilina sódica</i>	4	PA
<i>ampicilina-sulbactam</i>	4	PA
BICILLIN L-A	4	PA
<i>dicloxacilina</i>	2	
<i>naftilina</i>	4	PA
<i>naftilina en dextrosa, iso-osm.</i>	4	PA
<i>oxacilina inyectable</i>	4	PA
<i>penicilina g potásica</i>	4	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>	2	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>pfizerpen-g</i>	4	PA
PIPERACILLIN-TAZOBACTAM, SOL. PARA RECONST. INTRAVENOSA, 13.5 GRAMOS	4	
<i>piperacilina-tazobactam, sol. para reconst. intravenosa, 2.25 gramos, 3.375 gramos, 4.5 gramos, 40.5 gramos</i>	4	
ZOSYN EN DEXTROSA, ISO-OSM.	4	
QUINOLONAS		
CIPRO, RECONST. DE MICROCÁPSULAS PARA SUSPENSIÓN ORAL	4	
<i>clorhidrato de ciprofloxacina, comprimidos orales, 100 mg</i>	3	
<i>clorhidrato de ciprofloxacina, comprimidos orales, 250 mg, 500 mg, 750 mg</i>	2	
<i>ciprofloxacina en dextrosa al 5%</i>	4	PA
<i>levofloxacina en d5w</i>	4	PA
<i>levofloxacina intravenosa</i>	4	PA
<i>levofloxacina, solución oral</i>	4	
<i>levofloxacina, comprimidos orales</i>	2	
<i>moxifloxacina oral</i>	4	
MOXIFLOXACIN-SOD. ACE, SUL-WATER	4	PA
<i>moxifloxacina-cloruro de sodio (iso)</i>	4	PA
SULFAMIDAS/AGENTES RELACIONADOS		
<i>sulfadiazina</i>	3	
<i>sulfametoxazol/trimetoprima, intravenoso</i>	4	PA
<i>sulfametoxazol-trimetoprima, suspensión oral</i>	4	
<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 24.

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
TETRACICLINAS		
<i>demeclociclina</i>	3	
<i>doxiciclina-100</i>	4	PA
<i>hiclato de doxiciclina intravenoso</i>	4	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>	2	
<i>monohidrato de doxiciclina, cápsulas orales, 100 mg, 50 mg</i>	2	
DOXYCYCLINE MONOHYDRATE, CÁPSULAS ORALES, LIB. INMEDIATA-LIB. RETARDADA, BIFÁSICA	4	
<i>monohidrato de doxiciclina, suspensión oral para reconstitución</i>	2	
<i>monohidrato de doxiciclina, comprimidos orales</i>	3	
<i>minociclina, cápsulas orales</i>	2	
<i>minociclina, comprimidos orales</i>	2	
<i>mondoxyne nl, cápsulas orales, 100 mg, 75 mg</i>	3	
NUZYRA INTRAVENOSO	5	PA; NDS
NUZYRA ORAL	5	NDS
<i>tetraciclina</i>	2	
AGENTES DE LAS VÍAS URINARIAS		
<i>fosfomicina trometamina</i>	4	
<i>hipurato de metenamina</i>	2	
MONUROL	4	
<i>nitrofurantoína</i>	4	
<i>nitrofurantoína, macrocristales</i>	2	
<i>monohidrato de nitrofurantoína/ macrocrist.</i>	2	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>trimetoprima</i>	2	
MEDICAMENTOS ANTINEOPLÁSICOS/ INMUNODEPRESORES		
AGENTES COADYUVANTES		
<i>leucovorina cálcica, inyectable</i>	4	
<i>leucovorina cálcica oral</i>	3	
<i>mesna</i>	4	B/D PA
MESNEX ORAL	5	NDS
XGEVA	5	PA; QL (1.7/28); NDS
MEDICAMENTOS ANTINEOPLÁSICOS/ INMUNODEPRESORES		
<i>abiraterona, comprimidos orales, 250 mg</i>	5	PA; QL (120/30); NDS
<i>abiraterona, comprimidos orales, 500 mg</i>	5	PA; QL (60/30); NDS
ABRAXANE	5	PA; NDS
ADCETRIS	5	PA; NDS
<i>adriamicina, sol. para reconst. intravenosa, 10 mg</i>	4	B/D PA
<i>adriamicina, solución intravenosa</i>	4	B/D PA
<i>adrucil, solución intravenosa, 2.5 gramos/50 ml</i>	4	B/D PA
AFINITOR DISPERZ, COMPRIMIDOS ORALES PARA SUSPENSIÓN, 2 MG	5	PA; QL (150/30); NDS
AFINITOR DISPERZ, COMPRIMIDOS ORALES PARA SUSPENSIÓN, 3 MG, 5 MG	5	PA; QL (56/28); NDS
AFINITOR, COMPRIMIDOS ORALES, 10 MG	5	PA; QL (30/30); NDS
ALECENSA	5	PA; QL (240/30); NDS
ALIMTA	5	PA; NDS
ALIQOPA	5	PA; NDS
ALUNBRIG, COMPRIMIDOS ORALES, 180 MG, 90 MG	5	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 24.

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
ALUNBRIG, COMPRIMIDOS ORALES, 30 MG	5	PA; QL (60/30); NDS
ALUNBRIG, COMPRIMIDOS ORALES, PAQUETE DOSIFICADO	5	PA; QL (30/30); NDS
<i>anastrozol</i>	2	
ARRANON	4	B/D PA
<i>tríóxido de arsénico</i>	5	B/D PA; NDS
ARZERRA	5	B/D PA; NDS
ASTAGRAF XL, CÁPSULAS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA, 24 HORAS, 0.5 MG, 1 MG	4	B/D PA
ASTAGRAF XL, CÁPSULAS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA, 24 HORAS, 5 MG	5	B/D PA; NDS
AYVAKIT	5	PA; LA; QL (30/30); NDS
<i>azacitidina</i>	5	B/D PA; NDS
AZASAN	3	B/D PA
<i>azatioprina, comprimidos orales, 100 mg, 75 mg</i>	3	B/D PA
<i>azatioprina, comprimidos orales, 50 mg</i>	2	B/D PA
<i>azatioprina sódica</i>	4	B/D PA
BALVERSA	5	PA; LA; NDS
BAVENCIO	5	PA; NDS
BELEODAQ	5	B/D PA; NDS
BENDEKA	5	B/D PA; NDS
BESPONS	5	PA; NDS
<i>bexaroteno</i>	5	PA; NDS
<i>bicalutamida</i>	2	
BLNREP	5	PA; NDS
<i>bleomicina</i>	4	B/D PA
BLINCYTO, KIT INTRAVENOSO	5	B/D PA; NDS
BORTEZOMIB	5	PA; NDS

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
BOSULIF, COMPRIMIDOS ORALES, 100 MG	5	PA; QL (90/30); NDS
BOSULIF, COMPRIMIDOS ORALES, 400 MG, 500 MG	5	PA; QL (30/30); NDS
BRAFTOVI, CÁPSULAS ORALES, 75 MG	5	PA; LA; QL (180/30); NDS
BRUKINSA	5	PA; LA; NDS
<i>busulfán</i>	5	B/D PA; NDS
CABOMETYX, COMPRIMIDOS ORALES, 20 MG, 60 MG	5	PA; LA; QL (30/30); NDS
CABOMETYX, COMPRIMIDOS ORALES, 40 MG	5	PA; LA; QL (60/30); NDS
CALQUENCE	5	PA; LA; QL (60/30); NDS
CAPRELSA, COMPRIMIDOS ORALES, 100 MG	5	PA; LA; QL (60/30); NDS
CAPRELSA, COMPRIMIDOS ORALES, 300 MG	5	PA; LA; QL (30/30); NDS
<i>carboplatino, solución intravenosa</i>	4	B/D PA
<i>carmustina</i>	4	B/D PA
<i>cisplatino, solución intravenosa</i>	4	B/D PA
<i>cladribina</i>	4	B/D PA
<i>clofarabina</i>	4	B/D PA
COMETRIQ, CÁPSULAS ORALES, 100 MG/DÍA (80 MG X 1-20 MG X 1)	5	PA; QL (56/28); NDS
COMETRIQ, CÁPSULAS ORALES, 140 MG/DÍA (80 MG X 1-20 MG X 3)	5	PA; QL (112/28); NDS
COMETRIQ, CÁPSULAS ORALES, 60 MG/DÍA (20 MG X 3/DÍA)	5	PA; QL (84/28); NDS
COPIKTRA	5	PA; LA; QL (60/30); NDS
COSMEGEN	5	B/D PA; NDS
COTELLIC	5	PA; LA; QL (63/28); NDS
<i>ciclofosfamida, sol. para reconst. intravenosa</i>	5	B/D 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 24.

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
CYCLOPHOSPHAMIDE, SOLUCIÓN INTRAVENOSA	5	B/D PA; NDS
<i>ciclofosfamida oral</i>	3	B/D PA
<i>ciclosporina intravenosa</i>	4	B/D PA
<i>ciclosporina modificada</i>	4	B/D PA
<i>ciclosporina, cápsulas orales</i>	4	B/D PA
CYRAMZA	5	PA; NDS
<i>citarabina</i>	4	B/D PA
<i>citarabina (pf)</i>	4	B/D PA
<i>dacarbazina</i>	4	B/D PA
<i>dactinomycin</i>	4	B/D PA
DANYELZA	5	PA; NDS
DARZALEX	5	PA; NDS
DARZALEX FASPRO	5	PA; NDS
<i>daunorrubicina, solución intravenosa</i>	4	B/D PA
DAURISMO, COMPRIMIDOS ORALES, 100 MG	5	PA; QL (30/30); NDS
DAURISMO, COMPRIMIDOS ORALES, 25 MG	5	PA; QL (60/30); NDS
<i>decitabina</i>	5	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>	4	B/D PA
<i>doxorubicin</i>	4	B/D PA
<i>doxorubicina, solución intravenosa</i>	4	B/D PA
<i>doxorubicina, liposomal pegilada</i>	5	B/D PA; NDS
DROXIA	3	
ELIGARD	4	PA
ELIGARD (3 MESES)	4	PA
ELIGARD (4 MESES)	4	PA
ELIGARD (6 MESES)	4	PA
ELLENCÉ	4	B/D PA
ELZONRIS	5	B/D PA; NDS

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
EMCYT	5	NDS
EMPLICITI	4	PA
ENHERTU	5	PA; NDS
ENVARUSUS XR	4	B/D PA
<i>epirubicina, solución intravenosa</i>	4	B/D PA
ERBITUX	5	B/D PA; NDS
ERIVEDGE	5	PA; QL (30/30); NDS
ERLEADA	5	PA; QL (120/30); NDS
<i>erlotinib, comprimidos orales, 100 mg, 150 mg</i>	5	PA; QL (30/30); NDS
<i>erlotinib, comprimidos orales, 25 mg</i>	5	PA; QL (60/30); NDS
ETOPOPHOS	4	B/D PA
<i>etopósido intravenoso</i>	3	B/D PA
<i>everolimus (antineoplásico), comprimidos orales</i>	5	PA; QL (30/30); NDS
<i>everolimus (inmunodepresor), comprimidos orales, 0.25 mg, 0.75 mg</i>	5	B/D PA; QL (60/30); NDS
<i>everolimus (inmunodepresor), comprimidos orales, 0.5 mg</i>	5	B/D PA; QL (120/30); NDS
EVOMELA	5	PA; NDS
<i>exemestano</i>	2	
EXKIVITY	5	PA; NDS
FARYDAK	5	PA; QL (6/21); NDS
FIRMAGON, KIT CON JERINGA DILUYENTE, SOL. PARA RECONST. SUBCUTÁNEA, 120 MG	5	B/D PA; NDS
FIRMAGON, KIT CON JERINGA DILUYENTE, SOL. PARA RECONST. SUBCUTÁNEA, 80 MG	4	B/D PA
<i>floxuridina</i>	4	B/D PA
<i>fludarabina</i>	4	B/D PA
<i>fluorouracilo intravenoso</i>	4	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 24.

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>flutamida</i>	2	
FOLOTYN	5	B/D PA; NDS
FOTIVDA	5	PA; LA; QL (21/28); NDS
<i>fulvestrant</i>	5	B/D PA; NDS
GAVRETO	5	PA; LA; QL (120/30); NDS
GAZYVA	5	PA; NDS
<i>gemcitabina, sol. para reconst. intravenosa</i>	4	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>	4	B/D PA
GEMCITABINE, SOLUCIÓN INTRAVENOSA, 100 MG/ML	5	B/D PA; NDS
<i>gengraf</i>	4	B/D PA
GILOTRIF	5	PA; QL (30/30); NDS
HALAVEN	5	PA; NDS
<i>hidroxiurea</i>	2	
IBRANCE	5	PA; QL (21/28); NDS
ICLUSIG, COMPRIMIDOS ORALES, 10 MG, 30 MG, 45 MG	5	PA; QL (30/30); NDS
ICLUSIG, COMPRIMIDOS ORALES, 15 MG	5	PA; QL (60/30); NDS
<i>idarrubicina</i>	4	B/D PA
IDHIFA	5	PA; LA; QL (30/30); NDS
<i>ifosfamida</i>	4	B/D PA
<i>imatinib, comprimidos orales, 100 mg</i>	5	PA; QL (180/30); NDS
<i>imatinib, comprimidos orales, 400 mg</i>	5	PA; QL (60/30); NDS
IMBRUVICA, CÁPSULAS ORALES, 140 MG	5	PA; QL (120/30); NDS

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
IMBRUVICA, CÁPSULAS ORALES, 70 MG	5	PA; QL (30/30); NDS
IMBRUVICA, COMPRIMIDOS ORALES	5	PA; QL (30/30); NDS
IMFINZI	5	PA; NDS
INFUGEM	5	B/D PA; NDS
INLYTA, COMPRIMIDOS ORALES, 1 MG	5	PA; QL (180/30); NDS
INLYTA, COMPRIMIDOS ORALES, 5 MG	5	PA; QL (120/30); NDS
INQOVI	5	PA; QL (5/28); NDS
INREBIC	5	PA; LA; QL (120/30); NDS
IRESSA	5	PA; QL (30/30); NDS
<i>irinotecán</i>	4	B/D PA
IXEMPRA	5	B/D PA; NDS
JAKAFI	5	PA; QL (60/30); NDS
JEMPERLI	5	PA; NDS
JEVTANA	4	B/D PA
KADCYLA	5	PA; NDS
KANJINTI	5	PA; NDS
KEYTRUDA	5	PA; NDS
KISQALI FEMARA CO-PACK, COMPRIMIDOS ORALES, 200 MG/DÍA (200 MG X 1), 2.5 MG	5	PA; QL (49/28); NDS
KISQALI FEMARA CO-PACK, COMPRIMIDOS ORALES, 400 MG/DÍA (200 MG X 2), 2.5 MG	5	PA; QL (70/28); NDS
KISQALI FEMARA CO-PACK, COMPRIMIDOS ORALES, 600 MG/DÍA (200 MG X 3), 2.5 MG	5	PA; QL (91/28); NDS
KISQALI, COMPRIMIDOS ORALES, 200 MG/DÍA (200 MG X 1)	5	PA; QL (21/28); NDS
KISQALI, COMPRIMIDOS ORALES, 400 MG/DÍA (200 MG X 2)	5	PA; QL (42/28); 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 24.

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
KISQALI, COMPRIMIDOS ORALES, 600 MG/DÍA (200 MG X 3)	5	PA; QL (63/28); NDS
KYPROLIS	5	B/D PA; NDS
<i>lapatinib</i>	5	PA; QL (180/30); NDS
LENVIMA, CÁPSULAS ORALES, 10 MG/DÍA (10 MG X 1), 4 MG	5	PA; QL (30/30); NDS
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)	5	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)	5	PA; QL (60/30); NDS
<i>letrozol</i>	2	
LEUKERAN	4	
<i>leuprolida subcutánea, kit</i>	5	PA; NDS
LIBTAYO	5	PA; NDS
LONSURF, COMPRIMIDOS ORALES, 15-6.14 MG	5	PA; QL (100/28); NDS
LONSURF, COMPRIMIDOS ORALES, 20-8.19 MG	5	PA; QL (80/28); NDS
LORBRENA, COMPRIMIDOS ORALES, 100 MG	5	PA; QL (30/30); NDS
LORBRENA, COMPRIMIDOS ORALES, 25 MG	5	PA; QL (90/30); NDS
LUMAKRAS	5	PA; QL (240/30); NDS
LUMOXITI	5	PA; NDS
LUPRON DEPOT	5	PA; NDS
LUPRON DEPOT (3 MESES)	5	PA; NDS
LUPRON DEPOT (4 MESES)	5	PA; NDS
LUPRON DEPOT (6 MESES)	5	PA; NDS
LUPRON DEPOT-PED	5	PA; NDS
LUPRON DEPOT-PED (3 MESES)	5	PA; NDS

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
LYNPARZA	5	PA; QL (120/30); NDS
LYSODREN	5	NDS
MARQIBO	5	B/D PA; NDS
MATULANE	5	NDS
<i>megestrol, suspensión oral, 400 mg/10 ml (10 ml), 400 mg/10 ml (40 mg/ml)</i>	3	PA
<i>megestrol, comprimidos orales</i>	3	PA
MEKINIST, COMPRIMIDOS ORALES, 0.5 MG	5	PA; QL (90/30); NDS
MEKINIST, COMPRIMIDOS ORALES, 2 MG	5	PA; QL (30/30); NDS
MEKTOVI	5	PA; LA; QL (180/30); NDS
<i>melfalán</i>	4	B/D PA
<i>clorhidrato de melfalán</i>	5	B/D PA; NDS
<i>mercaptopurina</i>	2	
<i>metotrexato sódico (pf)</i>	4	B/D PA
<i>metotrexato sódico inyectable</i>	4	B/D PA
<i>metotrexato sódico oral</i>	2	
<i>mitomicina intravenosa</i>	4	B/D PA
<i>mitoxantrona</i>	4	B/D PA
MONJUVI	5	PA; NDS
MVASI	5	PA; NDS
<i>mofetil micofenolato (clorhidrato)</i>	4	B/D PA
<i>mofetil micofenolato, cápsulas orales</i>	2	B/D PA
<i>mofetil micofenolato, suspensión oral para reconstitución</i>	5	B/D PA; NDS
<i>mofetil micofenolato, comprimidos orales</i>	2	B/D PA
<i>micofenolato sódico</i>	2	B/D PA
MYLOTARG	5	PA; NDS
NERLYNX	5	PA; LA; NDS
NEXAVAR	5	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 24.

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>nilutamida</i>	5	NDS
NINLARO	5	PA; QL (3/28); NDS
NIPENT	4	B/D PA
NUBEQA	5	PA; LA; QL (120/30); NDS
NULOJIX	5	B/D PA; QL (26/28); NDS
<i>acetato de octreotida, solución inyectable, 1,000 mcg/ml, 500 mcg/ml</i>	5	PA; NDS
<i>acetato de octreotida, solución inyectable, 100 mcg/ml, 200 mcg/ml</i>	4	PA
<i>acetato de octreotida, solución inyectable, 50 mcg/ml</i>	3	PA
ODOMZO	5	PA; LA; QL (30/30); NDS
OGIVRI	5	PA; NDS
ONCASPAR	5	B/D PA; NDS
ONIVYDE	5	PA; NDS
ONUREG	5	PA; QL (14/28); NDS
OPDIVO	5	PA; QL (80/28); NDS
ORGOVYX	5	PA; LA; QL (30/30); NDS
<i>oxaliplatino</i>	4	B/D PA
<i>paclitaxel</i>	4	B/D PA
PADCEV	5	PA; NDS
PEMAZYRE	5	PA; LA; QL (14/21); NDS
PERJETA	5	PA; NDS
PHESGO	5	PA; NDS
PIQRAY	5	PA; NDS
POLIVY	5	PA; NDS
POMALYST	5	PA; LA; QL (21/28); NDS
PORTRAZZA	4	B/D PA
POTELIGEO	5	PA; NDS

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
PROGRAF INTRAVENOSO	4	B/D PA
PROGRAF, PAQUETE DE GRÁNULOS ORALES	4	B/D PA
PURIXAN	5	NDS
QINLOCK	5	PA; LA; NDS
RETEVMO	5	PA; LA; NDS
REVLIMID	5	PA; LA; QL (28/28); NDS
ROMIDEPSIN, SOLUCIÓN INTRAVENOSA	5	PA; NDS
ROZLYTREK, CÁPSULAS ORALES, 100 MG	5	PA; QL (150/30); NDS
ROZLYTREK, CÁPSULAS ORALES, 200 MG	5	PA; QL (90/30); NDS
RUBRACA	5	PA; LA; QL (120/30); NDS
RUXIENCE	5	PA; NDS
RYBREVA	5	PA; NDS
RYDAPT	5	PA; QL (240/30); NDS
RYLAZE	5	B/D PA; NDS
SANDIMMUNE, SOLUCIÓN ORAL	4	B/D PA
SANDOSTATIN LAR DEPOT, SUSPENSIÓN INTRAMUSCULAR, RECONST. DE LIB. PROLONGADA	5	PA; NDS
SARCLISA	5	PA; NDS
SIGNIFOR	5	PA; NDS
SIMULECT	5	NDS
<i>sirolimus, solución oral</i>	5	B/D PA; NDS
<i>sirolimus, comprimidos orales</i>	4	B/D PA
SOLTAMOX	5	NDS
SOMATULINE DEPOT	5	PA; NDS
SPRYCEL, COMPRIMIDOS ORALES, 100 MG, 140 MG, 50 MG, 80 MG	5	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 24.

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
SPRYCEL, COMPRIMIDOS ORALES, 20 MG, 70 MG	5	PA; QL (60/30); NDS
STIVARGA	5	PA; QL (84/28); NDS
<i>sunitinib</i>	5	PA; QL (30/30); NDS
SUTENT	5	PA; QL (30/30); NDS
SYNRIBO	5	PA; NDS
TABLOID	4	
TABRECTA	5	PA; NDS
<i>tacrolimus oral</i>	2	B/D PA
TAFINLAR	5	PA; QL (120/30); NDS
TAGRISSO	5	PA; LA; QL (30/30); NDS
TALZENNA, CÁPSULAS ORALES, 0.25 MG	5	PA; QL (90/30); NDS
TALZENNA, CÁPSULAS ORALES, 1 MG	5	PA; QL (30/30); NDS
<i>tamoxifeno</i>	2	
TARGRETIN TÓPICO	5	PA; NDS
TASIGNA, CÁPSULAS ORALES, 150 MG, 200 MG	5	PA; QL (112/28); NDS
TASIGNA, CÁPSULAS ORALES, 50 MG	5	PA; QL (120/30); NDS
TAZVERIK	5	PA; LA; NDS
TECENTRIQ	5	PA; NDS
TEMODAR INTRAVENOSO	5	B/D PA; NDS
<i>temsirolimus</i>	5	B/D PA; NDS
TEPMETKO	5	PA; LA; QL (60/30); NDS
THALOMID, CÁPSULAS ORALES, 100 MG, 150 MG, 50 MG	5	PA; QL (28/28); NDS
THALOMID, CÁPSULAS ORALES, 200 MG	5	PA; QL (56/28); NDS
<i>tiotepa</i>	4	PA
TIBSOVO	5	PA; NDS

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
TIVDAK	5	PA; NDS
<i>toposar</i>	3	B/D PA
<i>topotecán, sol. para reconst. intravenosa</i>	5	B/D PA; NDS
<i>topotecán, solución intravenosa, 4 mg/4 ml (1 mg/ml)</i>	4	B/D PA
<i>toremifeno</i>	5	NDS
TRAZIMERA	5	PA; NDS
TREANDA	5	B/D PA; NDS
TRELSTAR, SUSPENSIÓN INTRAMUSCULAR PARA RECONSTITUCIÓN	5	PA; NDS
<i>tretinoína (antineoplásico)</i>	5	NDS
TRIPTODUR	5	PA; QL (1/168); NDS
TRODELVY	5	PA; NDS
TRUSELTIQ, CÁPSULAS ORALES, 100 MG/DÍA (100 MG X 1)	5	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)	5	PA; LA; QL (42/28); NDS
TRUSELTIQ, CÁPSULAS ORALES, 75 MG/DÍA (25 MG X 3)	5	PA; LA; QL (63/28); NDS
TRUXIMA	5	PA; NDS
TUKYSA, COMPRIMIDOS ORALES, 150 MG	5	PA; LA; QL (120/30); NDS
TUKYSA, COMPRIMIDOS ORALES, 50 MG	5	PA; LA; QL (300/30); NDS
TURALIO	5	PA; LA; NDS
TYKERB	5	PA; LA; QL (180/30); NDS
UKONIQ	5	PA; LA; QL (120/30); NDS
UNITUXIN	5	PA; NDS
<i>valrubicina</i>	4	B/D PA
VECTIBIX	5	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 24.

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
VELCADE	5	PA; NDS
VENCLEXTA, COMPRIMIDOS ORALES, 10 MG	4	PA; LA; QL (60/30)
VENCLEXTA, COMPRIMIDOS ORALES, 100 MG	5	PA; LA; QL (120/30); NDS
VENCLEXTA, COMPRIMIDOS ORALES, 50 MG	5	PA; LA; QL (30/30); NDS
VENCLEXTA, PAQUETE INICIAL	5	PA; LA; QL (42/30); NDS
VERZENIO	5	PA; LA; QL (60/30); NDS
<i>vinblastine</i>	4	B/D PA
<i>vincasar pfs</i>	4	B/D PA
<i>vincristina</i>	4	B/D PA
<i>vinorelbina</i>	4	B/D PA
VITRAKVI, CÁPSULAS ORALES, 100 MG	5	PA; LA; QL (60/30); NDS
VITRAKVI, CÁPSULAS ORALES, 25 MG	5	PA; LA; QL (180/30); NDS
VITRAKVI, SOLUCIÓN ORAL	5	PA; LA; QL (300/30); NDS
VIZIMPRO	5	PA; QL (30/30); NDS
VOTRIENT	5	PA; QL (120/30); NDS
VYXEOS	5	B/D PA; NDS
WELIREG	5	PA; LA; QL (90/30); NDS
XALKORI	5	PA; QL (60/30); NDS
XATMEP	4	PA
XOSPATA	5	PA; LA; NDS

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
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)	5	PA; LA; NDS
XTANDI, CÁPSULAS ORALES	5	PA; QL (120/30); NDS
XTANDI, COMPRIMIDOS ORALES, 40 MG	5	PA; QL (120/30); NDS
XTANDI, COMPRIMIDOS ORALES, 80 MG	5	PA; QL (60/30); NDS
YERVOY	5	PA; NDS
YONDELIS	5	PA; NDS
ZALTRAP	4	B/D PA
ZANOSAR	4	B/D PA
ZEJULA	5	PA; LA; QL (90/30); NDS
ZELBORAF	5	PA; QL (240/30); NDS
ZEPZELCA	5	PA; NDS
ZIRABEV	5	PA; NDS
ZOLADEX	4	B/D PA
ZOLINZA	5	PA; QL (120/30); NDS
ZORTRESS, COMPRIMIDOS ORALES, 1 MG	5	B/D PA; NDS
ZYDELIG	5	PA; QL (60/30); NDS
ZYKADIA, COMPRIMIDOS ORALES	5	PA; QL (90/30); NDS
ZYNLONTA	5	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 24.

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
MEDICAMENTOS PARA EL SISTEMA NERVIOSO AUTÓNOMO/CENTRAL, NEUROLOGÍA/PSIC.		
ANTICONVULSIVANTES		
APTOM, COMPRIMIDOS ORALES, 200 MG	5	QL (180/30); NDS
APTOM, COMPRIMIDOS ORALES, 400 MG	5	QL (90/30); NDS
APTOM, COMPRIMIDOS ORALES, 600 MG, 800 MG	5	QL (60/30); NDS
BANZEL	5	PA; NDS
BRIVIACT INTRAVENOSO	5	NDS
BRIVIACT, SOLUCIÓN ORAL	5	QL (600/30); NDS
BRIVIACT, COMPRIMIDOS ORALES	5	QL (60/30); NDS
<i>carbamazepina, cápsulas orales, liberación prolongada, multifásica, 12 horas</i>	2	
<i>carbamazepina, suspensión oral, 100 mg/5 ml, 200 mg/10 ml</i>	2	
<i>carbamazepina, comprimidos orales</i>	2	
<i>carbamazepina, comprimidos orales, liberación prolongada, 12 horas</i>	2	
<i>carbamazepina, comprimidos orales masticables</i>	2	
CELONTIN, CÁPSULAS ORALES, 300 MG	3	
<i>clobazam, suspensión oral</i>	4	PA; QL (480/30)
<i>clobazam, comprimidos orales</i>	4	PA; QL (60/30)
<i>clonazepam, comprimidos orales, 0.5 mg, 1 mg</i>	2	QL (90/30)
<i>clonazepam, comprimidos orales, 2 mg</i>	2	QL (300/30)
<i>clonazepam, comprimidos de desintegración oral, 0.125 mg, 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg</i>	2	QL (90/30)
<i>clonazepam, comprimidos de desintegración oral, 2 mg</i>	2	QL (300/30)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
DIACOMIT, CÁPSULAS ORALES, 250 MG	4	PA; LA; QL (360/30)
DIACOMIT, CÁPSULAS ORALES, 500 MG	4	PA; LA; QL (180/30)
DIACOMIT, PAQUETE DE POLVO ORAL, 250 MG	4	PA; LA; QL (360/30)
DIACOMIT, PAQUETE DE POLVO ORAL, 500 MG	4	PA; LA; QL (180/30)
DIASTAT	4	
DIASTAT ACUDIAL	4	
<i>diazepam rectal</i>	4	
DILANTIN, 30 MG	3	
<i>divalproex</i>	2	
EPIDIOLEX	5	PA; LA; NDS
<i>epitol</i>	2	
<i>etosuximida</i>	3	
<i>felbamato, suspensión oral</i>	5	NDS
<i>felbamato, comprimidos orales</i>	4	
FINTEPLA	5	PA; LA; NDS
<i>fosfenitoína</i>	3	
FYCOMPA, SUSPENSIÓN ORAL	4	QL (720/30)
FYCOMPA, COMPRIMIDOS ORALES, 10 MG, 12 MG, 8 MG	4	QL (30/30)
FYCOMPA, COMPRIMIDOS ORALES, 2 MG, 4 MG, 6 MG	4	QL (60/30)
<i>gabapentina, cápsulas orales, 100 mg, 400 mg</i>	2	QL (270/30)
<i>gabapentina, cápsulas orales, 300 mg</i>	2	QL (360/30)
<i>gabapentina, solución oral</i>	4	QL (2160/30)
<i>gabapentina, comprimidos orales, 600 mg</i>	2	QL (180/30)
<i>gabapentina, comprimidos orales, 800 mg</i>	2	QL (120/30)
<i>lamotrigina, comprimidos orales</i>	2	

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 24.

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>lamotrigina, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas</i>	2	
<i>lamotrigina, comprimidos orales masticables dispersables</i>	2	
<i>lamotrigina, comprimidos de desintegración oral</i>	2	
<i>levetiracetam en nacl (iso-osm.)</i>	4	
<i>levetiracetam intravenoso</i>	3	
<i>levetiracetam oral</i>	2	
LYRICA CR, COMPRIMIDOS ORALES DE LIBERACIÓN PROLONGADA, 24 HORAS, 165 MG, 82.5 MG	3	QL (30/30)
LYRICA CR, COMPRIMIDOS ORALES DE LIBERACIÓN PROLONGADA, 24 HORAS, 330 MG	3	QL (60/30)
NAYZILAM	5	PA; QL (10/30); NDS
<i>oxcarbazepina</i>	2	
<i>fenobarbital, elixir oral</i>	3	PA; QL (1500/30)
<i>fenobarbital, comprimidos orales</i>	3	PA; QL (120/30)
<i>fenobarbital sódico, solución inyectable</i>	3	
<i>fenitoína, suspensión oral</i>	2	
<i>fenitoína, comprimidos orales masticables</i>	2	
<i>fenitoína sódica, liberación prolongada</i>	2	
<i>fenitoína sódica, solución intravenosa</i>	3	
<i>pregabalina, cápsulas orales, 100 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	2	QL (90/30)
<i>pregabalina, cápsulas orales, 225 mg, 300 mg</i>	2	QL (60/30)
<i>pregabalina, solución oral</i>	3	QL (900/30)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>pregabalina, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas, 165 mg, 82.5 mg</i>	3	QL (30/30)
<i>pregabalina, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas, 330 mg</i>	3	QL (60/30)
<i>primidona</i>	2	
<i>roweepra</i>	2	
<i>rufinamida</i>	5	PA; NDS
SPRITAM	4	
<i>subvenite</i>	3	
<i>subvenite, paquete inicial (azul)</i>	3	
<i>subvenite, paquete inicial (verde)</i>	3	
<i>subvenite, paquete inicial (naranja)</i>	3	
SYMPAZAN	5	PA; QL (60/30); NDS
<i>tiagabina</i>	4	
<i>topiramato, cápsulas orales, con gránulos</i>	2	PA
<i>topimarato, comprimidos orales</i>	2	PA
TROKENDI XR, CÁPSULAS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA, 24 HORAS, 100 MG, 25 MG, 50 MG	4	
TROKENDI XR, CÁPSULAS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA, 24 HORAS, 200 MG	5	NDS
<i>valproato sódico</i>	3	
<i>ácido valproico</i>	2	
<i>ácido valproico (como sal sódica)</i>	2	
VALTOCO	5	PA; QL (10/30); NDS
<i>vigabatrina</i>	5	PA; LA; QL (180/30); NDS
<i>vigadrone</i>	5	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 24.

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
VIMPAT INTRAVENOSO	5	QL (1200/30); NDS
VIMPAT, SOLUCIÓN ORAL	5	QL (1200/30); NDS
VIMPAT, COMPRIMIDOS ORALES, 100 MG, 150 MG, 200 MG	5	QL (60/30); NDS
VIMPAT, COMPRIMIDOS ORALES, 50 MG	4	QL (120/30)
XCOPRI	5	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)	5	PA; NDS
XCOPRI, PAQUETE DE AJUSTE DE DOSIS	4	PA
<i>zonisamida</i>	2	PA
AGENTES ANTIPARKINSONIANOS		
APOKYN	5	PA; LA; QL (60/30); NDS
<i>benzatropina inyectable</i>	4	
<i>benzatropina oral</i>	2	PA
<i>bromocriptina</i>	4	
<i>carbidopa</i>	4	
<i>carbidopa-levodopa, comprimidos orales</i>	2	
<i>carbidopa-levodopa, comprimidos orales, liberación prolongada</i>	3	
<i>carbidopa-levodopa, comprimidos de desintegración oral</i>	2	
<i>carbidopa-levodopa-entacapona</i>	3	
<i>entacapona</i>	4	
KYNMOBI, PELÍCULA SUBLINGUAL, 10 MG, 15 MG, 20 MG, 25 MG, 30 MG	5	PA; QL (150/30); NDS
NEUPRO	4	
<i>pramipexol, comprimidos orales</i>	2	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>pramipexol, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas</i>	4	
<i>rasagilina</i>	3	
<i>ropinirol, comprimidos orales</i>	2	
RYTARY	4	ST
<i>clorhidrato de selegilina</i>	3	
<i>tolcapona</i>	5	NDS
<i>trihexifenidilo</i>	2	PA
TRATAMIENTO DE LA MIGRAÑA/CEFALEA EN RACIMOS		
AIMOVIG, AUTOINYECTOR	3	PA; QL (1/30)
<i>dihidroergotamina nasal</i>	5	PA; QL (8/28); NDS
<i>ergotamina-cafeína</i>	3	
<i>migergot</i>	5	NDS
<i>naratriptán</i>	3	QL (18/28)
<i>rizatriptán</i>	3	QL (36/28)
<i>sumatriptán, rociador nasal no aerosol, 20 mg/activación</i>	4	QL (18/28)
<i>sumatriptán, rociador nasal no aerosol, 5 mg/activación</i>	4	QL (36/28)
<i>succinato de sumatriptán oral</i>	2	QL (18/28)
<i>succinato de sumatriptán, subcutáneo en cartucho</i>	4	QL (8/28)
<i>succinato de sumatriptán, subcutáneo en lapicera</i>	4	QL (8/28)
<i>succinato de sumatriptán, solución subcutánea</i>	4	QL (8/28)
TRATAMIENTOS NEUROLÓGICOS VARIOS		
AUSTEDO, COMPRIMIDOS ORALES, 12 MG, 9 MG	5	PA; LA; QL (120/30); NDS
AUSTEDO, COMPRIMIDOS ORALES, 6 MG	5	PA; LA; QL (60/30); NDS
COPAXONE, JERINGA SUBCUTÁNEA, 20 MG/ML	5	PA; QL (30/30); NDS
COPAXONE, JERINGA SUBCUTÁNEA, 40 MG/ML	5	PA; QL (12/28); NDS
<i>dalfampridina</i>	3	PA; 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 24.

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>dimetilt fumarato, cápsulas orales, liberación retardada (dr/ec), 120 mg</i>	5	PA; QL (14/30); NDS
<i>dimetilt fumarato, cápsulas orales, liberación retardada (dr/ec), 120 mg (14)-240 mg (46)</i>	5	PA; QL (120/180); NDS
<i>dimetilt fumarato, cápsulas orales, liberación retardada (dr/ec), 240 mg</i>	5	PA; QL (60/30); NDS
<i>donepezilo, comprimidos orales, 10 mg</i>	2	QL (60/30)
<i>donepezilo, comprimidos orales, 23 mg</i>	4	
<i>donepezilo, comprimidos orales, 5 mg</i>	2	QL (30/30)
<i>donepezilo, comprimidos de desintegración oral, 10 mg</i>	2	QL (60/30)
<i>donepezilo, comprimidos de desintegración oral, 5 mg</i>	2	QL (30/30)
FIRDAPSE	5	PA; LA; NDS
<i>galantamina, cápsulas orales, píldoras de lib. prol., 24 horas</i>	4	QL (30/30)
<i>galantamina, solución oral</i>	4	QL (200/30)
<i>galantamina, comprimidos orales</i>	4	QL (60/30)
GILENYA, CÁPSULAS ORALES, 0.5 MG	5	PA; QL (30/30); NDS
<i>memantina, cápsulas orales con gránulos, lib. prolongada, 24 horas</i>	4	PA
<i>memantina, solución oral</i>	2	PA; QL (300/30)
<i>memantina, comprimidos orales, 10 mg</i>	2	PA; QL (60/30)
<i>memantina, comprimidos orales, 5 mg</i>	2	PA; QL (90/30)
<i>memantina, comprimidos orales, paquete dosificado</i>	3	PA; QL (98/28)
NAMZARIC	3	PA
NUDEXTA	5	PA; NDS
OCREVUS	5	PA; NDS

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>rivastigmina</i>	4	
<i>tartrato de rivastigmina</i>	4	QL (60/30)
TECFIDERA, CÁPSULAS ORALES, LIBERACIÓN RETARDADA (DR/EC), 120 MG	5	PA; LA; QL (14/30); NDS
TECFIDERA, CÁPSULAS ORALES, LIBERACIÓN RETARDADA (DR/EC), 120 MG (14), 240 MG (46)	5	PA; LA; QL (120/180); NDS
TECFIDERA, CÁPSULAS ORALES, LIBERACIÓN RETARDADA (DR/EC), 240 MG	5	PA; LA; QL (60/30); NDS
<i>tetrabenazina, comprimidos orales, 12.5 mg</i>	5	PA; QL (240/30); NDS
<i>tetrabenazina, comprimidos orales, 25 mg</i>	5	PA; QL (120/30); NDS
TYSABRI	5	PA; NDS
RELAJANTES MUSCULARES/ TERAPIA ANTIESPASMÓDICA		
<i>baclofeno, comprimidos orales, 10 mg, 5 mg</i>	1	
<i>baclofeno, comprimidos orales, 20 mg</i>	2	
<i>ciclobenzaprina, comprimidos orales, 10 mg, 5 mg</i>	3	PA
<i>dantroleno oral</i>	3	
<i>metocarbamol oral</i>	2	PA
<i>bromuro de piridostigmina, jarabe oral</i>	5	NDS
<i>bromuro de piridostigmina, comprimidos orales, 60 mg</i>	3	
<i>bromuro de piridostigmina, comprimidos orales, liberación prolongada</i>	3	
<i>regonol</i>	4	
<i>tizanidina, cápsulas orales</i>	4	
<i>tizanidina, comprimidos orales</i>	2	

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 24.

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
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>	2	QL (4500/30); NDS
<i>acetaminofeno-codeína, comprimidos orales, 300-15 mg, 300-30 mg</i>	2	QL (360/30); NDS
<i>acetaminofeno-codeína, comprimidos orales, 300-60 mg</i>	2	QL (180/30); NDS
<i>clorhidrato de buprenorfina, inyectable</i>	4	NDS
<i>clorhidrato de buprenorfina sublingual</i>	4	PA
BUPRENORPHINE, PARCHE TRANSDÉRMICO SEMANAL, 10 MCG/HORA, 15 MCG/HORA, 20 MCG/HORA, 5 MCG/HORA	4	QL (4/28); NDS
<i>buprenorfina, parche transdérmico semanal, 7.5 mcg/hora</i>	4	QL (4/28); NDS
<i>endocet</i>	3	QL (360/30); NDS
<i>fentanilo</i>	4	QL (10/30); NDS
<i>citrato de fentanilo (pf), solución inyectable</i>	4	NDS
<i>citrato de fentanilo (pf), jeringa inyectable, 50 mcg/ml</i>	4	NDS
<i>citrato de fentanilo (pf), jeringa intravenosa, 100 mcg/2 ml (50 mcg/ml)</i>	4	NDS
<i>citrato de fentanilo, pastilla bucal con aplicador</i>	5	PA; QL (120/30); NDS
<i>hidrocodona-acetaminofeno, solución oral, 7.5-325 mg/15 ml</i>	3	QL (5550/30); NDS
HYDROCODONE-ACETAMINOPHEN, COMPRIMIDOS ORALES, 10-300 MG, 7.5-300 MG	3	QL (390/30); NDS
<i>hidrocodona-acetaminofeno, comprimidos orales, 10-325 mg, 5-325 mg, 7.5-325 mg</i>	3	QL (360/30); NDS

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>hidrocodona-ibuprofeno</i>	3	QL (50/30); NDS
<i>hidromorfona, líquido oral</i>	4	QL (2400/30); NDS
<i>hidromorfona, comprimidos orales</i>	3	QL (180/30); NDS
INFUMORPH P/F	5	B/D PA; NDS
<i>metadona, solución inyectable</i>	4	NDS
<i>metadona, intenosol</i>	4	QL (90/30); NDS
<i>metadona, concentrado oral</i>	4	QL (90/30); NDS
<i>metadona, solución oral, 10 mg/5 ml</i>	4	QL (600/30); NDS
<i>metadona, solución oral, 5 mg/5 ml</i>	4	QL (1200/30); NDS
<i>metadona, comprimidos orales, 10 mg</i>	3	QL (120/30); NDS
<i>metadona, comprimidos orales, 5 mg</i>	3	QL (240/30); NDS
<i>morfina (pf), solución inyectable, 0.5 mg/ml, 1 mg/ml</i>	4	NDS
<i>morfina, solución oral concentrada</i>	3	QL (900/30); NDS
MORPHINE, SOLUCIÓN INYECTABLE, 10 MG/ML, 2 MG/ML, 4 MG/ML, 5 MG/ML	4	NDS
<i>morfina, solución inyectable, 8 mg/ml</i>	4	NDS
MORPHINE, JERINGA INYECTABLE, 2 MG/ML	4	NDS
<i>morfina, jeringa inyectable, 4 mg/ml</i>	4	NDS
<i>morfina, solución inyectable, 10 mg/ml</i>	4	NDS
MORPHINE, SOLUCIÓN INTRAVENOSA, 4 MG/ML, 8 MG/ML	4	NDS
MORPHINE, JERINGA INTRAVENOSA, 10 MG/ML, 8 MG/ML	4	NDS
<i>morfina, jeringa intravenosa, 2 mg/ml, 4 mg/ml</i>	4	NDS
<i>morfina, solución oral</i>	3	QL (900/30); 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 24.

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
MORPHINE, COMPRIMIDOS ORALES	3	QL (180/30); NDS
<i>morfina, comprimidos orales, liberación prolongada</i>	3	QL (120/30); NDS
<i>oxicodona, concentrado oral</i>	3	QL (180/30); NDS
<i>oxicodona, solución oral</i>	3	QL (1200/30); NDS
<i>oxicodona, comprimidos orales, 10 mg, 15 mg, 20 mg, 30 mg</i>	3	QL (180/30); NDS
<i>oxicodona, comprimidos orales, 5 mg</i>	3	QL (360/30); NDS
<i>oxicodona-acetaminofeno, comprimidos orales, 10-325 mg, 2.5-325 mg, 5-325 mg, 7.5-325 mg</i>	3	QL (360/30); NDS
<i>oximorfona, comprimidos orales, liberación prolongada, 12 horas</i>	3	QL (90/30); NDS
XTAMPZA ER	3	QL (90/30); NDS
ANALGÉSICOS NO NARCÓTICOS		
<i>buprenorfina-naloxona, película sublingual, 12-3 mg</i>	4	QL (60/30)
<i>buprenorfina-naloxona, película sublingual, 2-0.5 mg</i>	4	QL (360/30)
<i>buprenorfina-naloxona, película sublingual, 4-1 mg, 8-2 mg</i>	4	QL (90/30)
<i>buprenorfina-naloxona, comprimidos sublinguales, 2-0.5 mg</i>	2	QL (360/30)
<i>buprenorfina-naloxona, comprimidos sublinguales, 8-2 mg</i>	2	QL (90/30)
<i>butorfanol nasal</i>	3	QL (10/28); NDS
<i>celecoxib</i>	2	QL (60/30)
<i>diclofenaco potásico, comprimidos orales, 50 mg</i>	2	
<i>diclofenaco sódico oral</i>	2	
<i>diclofenaco sódico, gotas tópicas</i>	4	QL (300/28)
<i>diclofenaco sódico, gel tópico al 1%</i>	3	QL (1000/28)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>diflunisal</i>	2	
<i>ec-naproxeno</i>	2	
<i>etodolaco</i>	4	
<i>flurbiprofeno, comprimidos orales, 100 mg</i>	2	
<i>ibu</i>	1	
<i>ibuprofeno, suspensión oral</i>	2	
<i>ibuprofeno, comprimidos orales, 400 mg, 600 mg, 800 mg</i>	1	
KLOXXADO	3	
<i>meloxicam, comprimidos orales, 15 mg</i>	1	
<i>meloxicam, comprimidos orales, 7.5 mg</i>	1	QL (60/30)
<i>nabumetona</i>	2	
<i>naloxona, solución inyectable</i>	2	
<i>naloxona, jeringa inyectable, 1 mg/ml</i>	2	
<i>naltrexona</i>	2	
<i>naproxeno, suspensión oral</i>	3	
<i>naproxeno, comprimidos orales</i>	1	
<i>naproxeno, comprimidos orales, liberación retardada (dr/ec)</i>	2	
<i>naproxeno sódico, comprimidos orales, 275 mg, 550 mg</i>	4	
NARCAN	3	
<i>oxaprozina</i>	4	
<i>salsalato</i>	2	
SUBOXONE, PELÍCULA SUBLINGUAL, 12-3 MG	3	QL (60/30)
SUBOXONE, PELÍCULA SUBLINGUAL, 2-0.5 MG	3	QL (360/30)
SUBOXONE, PELÍCULA SUBLINGUAL, 4-1 MG, 8-2 MG	3	QL (90/30)
<i>sulindaco</i>	2	
<i>tramadol, comprimidos orales, 50 mg</i>	2	QL (240/30); 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 24.

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>tramadol-acetaminofeno</i>	3	QL (240/30); NDS
VIVITROL	5	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	3	QL (30/30)
ZUBSOLV, COMPRIMIDOS SUBLINGUALES, 8.6-2.1 MG	3	QL (60/30)
MEDICAMENTOS PSICOTERAPÉUTICOS		
ABILIFY MAINTENA	5	NDS
ADASUVE	4	
<i>alprazolam, comprimidos orales, 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg</i>	2	QL (120/30)
<i>alprazolam, comprimidos orales, 2 mg</i>	2	QL (150/30)
<i>alprazolam, comprimidos de desintegración oral, 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg</i>	3	QL (90/30)
<i>alprazolam, comprimidos de desintegración oral, 2 mg</i>	3	QL (150/30)
<i>amitriptilina</i>	3	
<i>amoxapina</i>	3	
<i>aripiprazol, solución oral</i>	3	
<i>aripiprazol, comprimidos orales</i>	2	QL (30/30)
<i>aripiprazol, comprimidos de desintegración oral</i>	5	QL (60/30); NDS
ARISTADA	5	NDS
ARISTADA INITIO	5	NDS
<i>armodafinil</i>	3	PA; QL (30/30)
<i>maleato de asenapina</i>	4	QL (60/30)
<i>atomoxetina, cápsulas orales, 10 mg, 18 mg, 25 mg, 40 mg</i>	4	QL (60/30)
<i>atomoxetina, cápsulas orales, 100 mg, 60 mg, 80 mg</i>	4	QL (30/30)
<i>clorhidrato de bupropión, comprimidos orales, 100 mg</i>	3	QL (120/30)
<i>clorhidrato de bupropión, comprimidos orales, 75 mg</i>	3	QL (180/30)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>clorhidrato de bupropión, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas, 150 mg</i>	3	QL (90/30)
<i>clorhidrato de bupropión, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas, 300 mg</i>	3	QL (30/30)
<i>clorhidrato de bupropión, comprimidos orales, liberación sostenida, 12 horas</i>	3	QL (60/30)
<i>bupiriona</i>	2	
CAPLYTA	5	PA; QL (30/30); NDS
<i>clorpromazina inyectable</i>	4	
<i>clorpromazina, concentrado oral</i>	4	
<i>clorpromazina, comprimidos orales</i>	2	
<i>citalopram, solución oral</i>	3	
<i>citalopram, comprimidos orales</i>	1	
<i>clomipramina</i>	3	
<i>clorhidrato de clonidina, comprimidos orales, liberación prolongada, 12 horas</i>	4	
<i>clorazepato dipotásico, comprimidos orales, 15 mg</i>	3	QL (180/30)
<i>clorazepato dipotásico, comprimidos orales, 3.75 mg</i>	3	QL (90/30)
<i>clorazepato dipotásico, comprimidos orales, 7.5 mg</i>	3	QL (360/30)
<i>clozapina, comprimidos orales</i>	3	
<i>clozapina, comprimidos de desintegración oral</i>	4	
<i>desipramina</i>	3	
<i>succinato de desvenlafaxina</i>	4	QL (30/30)
<i>dexmetilfenidato, comprimidos orales</i>	3	
<i>dextroanfetamina, cápsulas orales, liberación prolongada</i>	4	
<i>dextroanfetamina, solución oral</i>	4	QL (1800/30)

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 24.

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>dextroanfetamina, comprimidos orales</i>	4	
<i>dextroanfetamina-anfetamina, cápsulas orales, liberación prolongada, 24 horas</i>	4	QL (60/30)
<i>dextroanfetamina-anfetamina, comprimidos orales, 10 mg</i>	3	QL (180/30)
<i>dextroanfetamina-anfetamina, comprimidos orales, 12.5 mg, 30 mg, 7.5 mg</i>	3	QL (60/30)
<i>dextroanfetamina-anfetamina, comprimidos orales, 15 mg</i>	3	QL (120/30)
<i>dextroanfetamina-anfetamina, comprimidos orales, 20 mg</i>	3	QL (90/30)
<i>dextroanfetamina-anfetamina, comprimidos orales, 5 mg</i>	3	QL (360/30)
<i>diazepam inyectable</i>	2	
<i>diazepam, intenosol</i>	2	QL (240/30)
<i>diazepam, concentrado oral</i>	2	QL (240/30)
<i>diazepam, solución oral, 5 mg/5 ml (1 mg/ml)</i>	2	QL (1200/30)
<i>diazepam, comprimidos orales</i>	2	QL (120/30)
<i>doxepina, cápsulas orales</i>	3	
<i>doxepina, concentrado oral</i>	3	
<i>doxepina, comprimidos orales</i>	3	QL (30/30)
DRIZALMA, CÁPSULAS ORALES CON GRÁNULOS, LIB. RETARDADA, 20 MG, 30 MG, 60 MG	4	QL (60/30)
DRIZALMA, CÁPSULAS ORALES CON GRÁNULOS, LIB. RETARDADA, 40 MG	4	QL (90/30)
<i>duloxetina, cápsulas orales, liberación retardada (dr/ec), 20 mg, 30 mg, 60 mg</i>	2	QL (60/30)
EMSAM	5	QL (30/30); NDS
<i>oxalato de escitalopram, solución oral</i>	3	QL (600/30)
<i>oxalato de escitalopram, comprimidos orales</i>	2	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
FANAPT, COMPRIMIDOS ORALES, 1 MG	4	PA; QL (60/30)
FANAPT, COMPRIMIDOS ORALES, 10 MG, 12 MG, 2 MG, 4 MG, 6 MG, 8 MG	5	PA; QL (60/30); NDS
FANAPT, COMPRIMIDOS ORALES, PAQUETE DOSIFICADO	4	PA; QL (8/28)
FETZIMA, CÁPSULAS ORALES, LIB. PROL., 24 HORAS, PAQUETE DOSIFICADO	4	ST; QL (28/28)
FETZIMA, CÁPSULAS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA, 24 HORAS	4	ST; QL (30/30)
<i>fluoxetina (trastorno disfórico premenstrual), comprimidos orales, 10 mg</i>	3	QL (30/30)
<i>fluoxetina (trastorno disfórico premenstrual), comprimidos orales, 20 mg</i>	3	
<i>fluoxetina, cápsulas orales, 10 mg</i>	2	QL (30/30)
<i>fluoxetina, cápsulas orales, 20 mg</i>	2	
<i>fluoxetina, cápsulas orales, 40 mg</i>	2	QL (60/30)
<i>fluoxetina, cápsulas orales, liberación retardada (dr/ec)</i>	3	QL (4/28)
<i>fluoxetina, solución oral</i>	2	
<i>fluoxetina, comprimidos orales, 10 mg</i>	3	QL (30/30)
<i>fluoxetina, comprimidos orales, 20 mg</i>	3	
<i>decanoato de flufenazina</i>	4	
<i>clorhidrato de flufenazina inyectable</i>	4	
<i>clorhidrato de flufenazina, concentrado oral</i>	4	
<i>clorhidrato de flufenazina, elixir oral</i>	4	

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 24.

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>clorhidrato de flufenazina, comprimidos orales</i>	2	
<i>fluvoxamina, comprimidos orales, 100 mg</i>	2	QL (90/30)
<i>fluvoxamina, comprimidos orales, 25 mg</i>	2	QL (30/30)
<i>fluvoxamina, comprimidos orales, 50 mg</i>	2	QL (60/30)
<i>decanoato de haloperidol</i>	4	
<i>lactato de haloperidol inyectable</i>	4	
<i>lactato de haloperidol oral</i>	2	
<i>haloperidol, comprimidos orales, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 5 mg</i>	1	
<i>haloperidol, comprimidos orales, 10 mg, 20 mg</i>	2	
HETLIOZ	5	PA; QL (30/30); NDS
<i>clorhidrato de imipramina</i>	3	
INVEGA SUSTENNA, JERINGA INTRAMUSCULAR, 117 MG/0.75 ML, 156 MG/ML, 234 MG/1.5 ML, 78 MG/0.5 ML	5	NDS
INVEGA SUSTENNA, JERINGA INTRAMUSCULAR, 39 MG/0.25 ML	4	
INVEGA TRINZA	5	NDS
LATUDA, COMPRIMIDOS ORALES, 120 MG, 20 MG, 40 MG, 60 MG	5	QL (30/30); NDS
LATUDA, COMPRIMIDOS ORALES, 80 MG	5	QL (60/30); NDS
<i>carbonato de litio</i>	2	
<i>lorazepam, solución inyectable</i>	4	
<i>lorazepam, jeringa inyectable, 2 mg/ml</i>	4	
<i>lorazepam, intensol</i>	3	QL (150/30)
<i>lorazepam, concentrado oral</i>	3	QL (150/30)
<i>lorazepam, comprimidos orales, 0.5 mg, 1 mg</i>	2	QL (90/30)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>lorazepam, comprimidos orales, 2 mg</i>	2	QL (150/30)
<i>succinato de loxapina</i>	2	
LYBALVI	5	PA; QL (30/30); NDS
<i>maprotilina</i>	4	
MARPLAN	4	QL (180/30)
<i>clorhidrato de metilfenidato, comprimidos orales</i>	3	QL (90/30)
<i>clorhidrato de metilfenidato, comprimidos orales, liberación prolongada</i>	3	
<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>	3	
<i>mirtazapina, comprimidos orales</i>	2	
<i>mirtazapina, comprimidos de desintegración oral</i>	2	QL (30/30)
<i>molindona</i>	2	
<i>nefazodona</i>	3	
<i>nortriptilina</i>	2	
NUPLAZID, CÁPSULAS ORALES	5	PA; QL (30/30); NDS
NUPLAZID, COMPRIMIDOS ORALES, 10 MG	5	PA; QL (30/30); NDS
<i>olanzapina intramuscular</i>	4	QL (30/30)
<i>olanzapina, comprimidos orales</i>	2	
<i>olanzapina, comprimidos de desintegración oral</i>	3	QL (30/30)
<i>olanzapina-fluoxetina</i>	4	
<i>oxazepam</i>	2	QL (120/30)
<i>paliperidona, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas, 1.5 mg, 3 mg, 9 mg</i>	4	PA; 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 24.

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>paliperidona, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas, 6 mg</i>	4	PA; QL (60/30)
<i>clorhidrato de paroxetina, suspensión oral</i>	4	ST; QL (900/30)
<i>clorhidrato de paroxetina, comprimidos orales</i>	2	
<i>clorhidrato de paroxetina, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas</i>	3	QL (60/30)
PAXIL, SUSPENSIÓN ORAL	4	ST; QL (900/30)
<i>perfenazina</i>	4	
<i>perfenazina-amitriptilina</i>	4	
PERSERIS	5	QL (1/30); NDS
<i>fenelzina</i>	3	
<i>pimozida</i>	3	
<i>protriptilina</i>	4	
<i>quetiapina, comprimidos orales, 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i>	2	QL (90/30)
<i>quetiapina, comprimidos orales, 300 mg, 400 mg</i>	2	QL (60/30)
<i>quetiapina, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas, 150 mg, 200 mg</i>	3	QL (30/30)
<i>quetiapina, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas, 300 mg, 400 mg, 50 mg</i>	3	QL (60/30)
<i>ramelteón</i>	3	QL (30/30)
REXULTI	5	QL (30/30); NDS
RISPERDAL CONSTA, SUSPENSIÓN INTRAMUSCULAR, RECONST. DE LIB. PROLONGADA, 12.5 MG/2 ML	4	
RISPERDAL CONSTA, SUSPENSIÓN INTRAMUSCULAR, RECONST. DE LIB. PROLONGADA, 25 MG/2 ML, 37.5 MG/2 ML, 50 MG/2 ML	5	NDS
<i>risperidona, solución oral</i>	2	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>risperidona, comprimidos orales, 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg</i>	2	QL (60/30)
<i>risperidona, comprimidos orales, 4 mg</i>	2	QL (120/30)
<i>risperidona, comprimidos de desintegración oral, 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg</i>	3	QL (60/30)
<i>risperidona, comprimidos de desintegración oral, 4 mg</i>	3	QL (120/30)
SAPHRIS	5	QL (60/30); NDS
SECUADO	4	QL (30/30)
<i>sertralina, concentrado oral</i>	4	
<i>sertralina, comprimidos orales</i>	1	
<i>temazepam</i>	4	QL (60/365)
<i>tioridazina</i>	3	
<i>tiotixeno</i>	4	
<i>tranilcipromina</i>	4	
<i>trazodona</i>	2	
<i>trifluoperazina</i>	3	
<i>trimipramina</i>	4	
TRINTELLIX	4	ST; QL (30/30)
<i>venlafaxina, cápsulas orales, liberación prolongada, 24 horas</i>	2	
<i>venlafaxina, comprimidos orales</i>	2	QL (90/30)
VERSACLOZ	5	NDS
VIIBRYD, COMPRIMIDOS ORALES	4	ST; QL (30/30)
VIIBRYD, COMPRIMIDOS ORALES, PAQUETE DOSIFICADO, 10 MG (7), 20 MG (23)	4	ST; QL (30/30)
VRAYLAR, CÁPSULAS ORALES	5	PA; QL (30/30); NDS
VRAYLAR, CÁPSULAS ORALES, PAQUETE DOSIFICADO	4	PA; QL (7/30)
XYREM	5	PA; LA; QL (540/30); 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 24.

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>zaleplon, cápsulas orales, 10 mg</i>	3	QL (60/30)
<i>zaleplon, cápsulas orales, 5 mg</i>	3	QL (30/30)
<i>clorhidrato de ziprasidona</i>	3	QL (60/30)
<i>mesilato de ziprasidona</i>	4	QL (6/30)
<i>zolpidem, comprimidos orales</i>	3	QL (30/30)
ZYPREXA RELPREVV	5	PA; NDS

CARDIOVASCULARES, HIPERTENSIÓN/LÍPIDOS

AGENTES ANTIARRÍTMICOS

<i>amiodarona, solución intravenosa</i>	4	B/D PA
<i>amiodarona oral</i>	2	
<i>dofetilida</i>	3	
<i>flecainida</i>	2	
<i>lidocaína (pf), jeringa intravenosa</i>	4	
<i>mexiletina</i>	2	
<i>pacerona, comprimidos orales, 100 mg, 200 mg, 400 mg</i>	2	
<i>propafenona, cápsulas orales, liberación prolongada, 12 horas</i>	4	
<i>propafenona, comprimidos orales</i>	2	
<i>sulfato de quinidina, comprimidos orales</i>	2	
<i>sorine</i>	2	
<i>sotalol af</i>	2	
<i>sotalol oral</i>	2	
SOTYLIZE	4	

TRATAMIENTO ANTIHIPERTENSIVO

<i>acebutolol</i>	2	
<i>aliskireno</i>	4	
<i>amilorida</i>	2	
<i>amilorida-hidroclorotiazida</i>	2	
<i>amlodipina</i>	1	
<i>amlodipina-benazepril</i>	1	
<i>amlodipina-valsartán</i>	1	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<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>	2	
BIDIL	3	
<i>fumarato de bisoprolol</i>	2	
<i>bisoprolol-hidroclorotiazida</i>	1	
<i>bumetanida inyectable</i>	4	
<i>bumetanida oral</i>	3	
BYSTOLIC	3	
<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>	2	
<i>carvedilol</i>	1	
<i>fosfato de carvedilol</i>	3	
<i>clorotiazida sódica</i>	4	
<i>clortalidona, comprimidos orales, 25 mg, 50 mg</i>	2	
<i>clonidina</i>	4	QL (4/28)
<i>clorhidrato de clonidina, comprimidos orales, 0.1 mg, 0.2 mg</i>	1	
<i>clorhidrato de clonidina, comprimidos orales, 0.3 mg</i>	2	
DEMSE	5	PA; NDS
<i>clorhidrato de diltiazem intravenoso</i>	4	
<i>clorhidrato de diltiazem, cápsulas orales, liberación prolongada, 24 horas, degradable</i>	2	
<i>clorhidrato de diltiazem, cápsulas orales, liberación prolongada, 12 horas</i>	2	

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 24.

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>clorhidrato de diltiazem, cápsulas orales, liberación prolongada, 24 horas, 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg, 420 mg</i>	2	
<i>clorhidrato de diltiazem, cápsulas orales, liberación prolongada, 24 horas, 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg</i>	2	
<i>clorhidrato de diltiazem, comprimidos orales</i>	2	
<i>clorhidrato de diltiazem, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas</i>	2	
<i>dilt-xr</i>	2	
<i>doxazosina, comprimidos orales, 1 mg, 2 mg, 4 mg</i>	2	QL (30/30)
<i>doxazosina, comprimidos orales, 8 mg</i>	2	QL (60/30)
<i>EDARBI</i>	4	
<i>EDARBYCLOR</i>	4	
<i>maleato de enalapril, comprimidos orales</i>	1	
<i>enalapril-hidroclorotiazida</i>	1	
<i>etacrinato sódico</i>	4	
<i>felodipina</i>	2	
<i>fosinopril</i>	1	
<i>fosinopril-hidroclorotiazida</i>	1	
<i>furosemida inyectable</i>	4	
<i>furosemida, solución oral, 10 mg/ml, 40 mg/5 ml (8 mg/ml)</i>	2	
<i>furosemida, comprimidos orales</i>	1	
<i>hidralazina inyectable</i>	4	
<i>hidralazina oral</i>	2	
<i>hidroclorotiazida</i>	1	
<i>indapamida</i>	1	
<i>irbesartán</i>	1	QL (30/30)
<i>irbesartán-hidroclorotiazida</i>	1	QL (30/30)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>isradipina</i>	3	
<i>labetalol oral</i>	2	
<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>	2	
<i>metildopa</i>	4	
<i>metolazona</i>	2	
<i>succinato de metoprolol</i>	1	
<i>tartrato de metoprolol-hidroclorotiazida</i>	2	
<i>tartrato de metoprolol oral</i>	1	
<i>metirosina</i>	5	PA; NDS
<i>minoxidil oral</i>	2	
<i>moexipril</i>	1	
<i>nadolol</i>	3	
<i>nadolol-bendroflumetiazida, comprimidos orales, 80-5 mg</i>	3	
<i>nebivolol</i>	3	
<i>nicardipina, solución intravenosa</i>	4	
<i>nicardipina oral</i>	2	
<i>nifedipina, comprimidos orales, liberación prolongada</i>	2	
<i>nifedipina, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas</i>	2	
<i>nimodipina</i>	4	
<i>nisoldipina</i>	4	
<i>olmesartán</i>	1	
<i>olmesartán-hidroclorotiazida</i>	1	
<i>perindopril erbumina</i>	1	
<i>fenoxibenzamina</i>	5	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 24.

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>pindolol</i>	1	
<i>prazosina</i>	3	
<i>propranolol</i> , cápsulas orales, liberación prolongada, 24 horas	3	
<i>propranolol</i> , solución oral	2	
<i>propranolol</i> , comprimidos orales	1	
<i>propranolol-hidroclorotiazida</i>	2	
<i>quinapril</i>	1	
<i>quinapril-hidroclorotiazida</i>	1	
<i>ramipril</i>	1	
<i>espironolactona</i>	1	
<i>espironolactona-hidroclorotiazida</i>	2	
<i>taztia xt</i> , cápsulas orales, liberación prolongada, 24 horas, 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg	2	
TEKTURNA HCT	4	
<i>telmisartán</i>	1	
<i>telmisartán-amlodipina</i>	1	
<i>telmisartán-hidroclorotiazida</i>	1	
<i>terazosina</i> , cápsulas orales, 1 mg, 2 mg, 5 mg	1	QL (30/30)
<i>terazosina</i> , cápsulas orales, 10 mg	1	QL (60/30)
<i>tiadylt</i> , liberación prolongada	2	
<i>maleato de timolol oral</i>	4	
<i>torsemida oral</i>	2	
<i>trandolapril</i>	1	
<i>triamtereno-hidroclorotiazida</i> , cápsulas orales, 37.5-25 mg	1	
<i>triamtereno-hidroclorotiazida</i> , comprimidos orales	1	
UPTRAVI, ORAL	5	PA; LA; NDS
<i>valsartán</i> , comprimidos orales, 160 mg, 40 mg, 80 mg	1	QL (60/30)
<i>valsartán</i> , comprimidos orales, 320 mg	1	QL (30/30)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>valsartán-hidroclorotiazida</i>	1	QL (30/30)
<i>verapamilo</i> , solución intravenosa	4	
<i>verapamilo</i> , cápsulas orales, píldoras ct de lib. prol., 24 horas	2	
<i>verapamilo</i> , cápsulas orales, píldoras de lib. prol., 24 horas, 120 mg, 180 mg, 240 mg	2	
VERAPAMIL, CÁPSULAS ORALES, PÍLDORAS DE LIB. PROL., 24 HORAS, 360 MG	3	
<i>verapamilo</i> , comprimidos orales	1	
<i>verapamilo</i> , comprimidos orales, liberación prolongada	2	
TRATAMIENTO DE COAGULACIÓN		
<i>ácido aminocaproico oral</i>	4	
<i>aspirina-dipiridamol</i>	4	
BRILINTA	3	QL (60/30)
<i>cilostazol</i>	2	
<i>clopidogrel</i> , comprimidos orales, 300 mg	1	
<i>clopidogrel</i> , comprimidos orales, 75 mg	1	QL (30/30)
<i>dipiridamol oral</i>	3	
ELIQUIS	3	
ELIQUIS ELIQUIS, TRATAMIENTO INICIAL PARA TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA/EMBOLIA PULMONAR, 30 DÍAS	3	
<i>enoxaparina</i>	3	
<i>fondaparinux</i> , jeringa subcutánea, 10 mg/0.8 ml, 5 mg/0.4 ml, 7.5 mg/0.6 ml	5	NDS
<i>fondaparinux</i> , jeringa subcutánea, 2.5 mg/0.5 ml	4	

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 24.

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<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>	4	
<i>heparina (porcina) en nacl (pf)</i>	4	
<i>heparina (porcina), solución inyectable</i>	3	
<i>heparina (porcina) en nacl al 0.45%, solución parenteral, intravenosa, 25,000 unidades/250 ml, 25,000 unidades/500 ml</i>	4	
<i>heparina, porcina (pf), jeringa inyectable, 5,000 unidades/0.5 ml</i>	4	
HEPARIN, PORCINA (PF), JERINGA INYECTABLE, 5,000 UNIDADES/ML	4	
<i>jantoven</i>	1	
<i>pentoxifilina</i>	2	
PRADAXA	4	
PRASUGREL	3	
PROMACTA, PAQUETE DE POLVO ORAL, 12.5 MG	5	PA; LA; QL (360/30); NDS
PROMACTA, PAQUETE DE POLVO ORAL, 25 MG	5	PA; LA; QL (180/30); NDS
PROMACTA, COMPRIMIDOS ORALES, 12.5 MG, 25 MG, 50 MG	5	PA; LA; QL (30/30); NDS
PROMACTA, COMPRIMIDOS ORALES, 75 MG	5	PA; LA; QL (60/30); NDS
<i>warfarina</i>	1	
XARELTO	3	
XARELTO, TRATAMIENTO INICIAL PARA TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA/ EMBOLIA PULMONAR, 30 DÍAS	3	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
AGENTES PARA REDUCIR LOS LÍPIDOS/ EL COLESTEROL		
<i>atorvastatina</i>	1	QL (30/30)
<i>colestiramina (con azúcar)</i>	3	
<i>colestiramina suave</i>	3	
<i>colesevelam</i>	3	
<i>colestipol</i>	3	
<i>ezetimiba</i>	2	QL (30/30)
<i>ezetimiba-simvastatina</i>	4	QL (30/30)
<i>fenofibrato, cápsulas orales micronizadas, 134 mg, 200 mg, 67 mg</i>	3	
<i>fenofibrato, comprimidos orales nanocristalizados, 145 mg, 48 mg</i>	3	
<i>fenofibrato, comprimidos orales, 160 mg, 54 mg</i>	2	
<i>ácido fenofibrico (colina)</i>	4	
<i>gemfibrozil</i>	1	
LIVALO	3	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>	2	
<i>niacina, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas</i>	2	
<i>niacor</i>	2	
<i>ésteres etílicos de los ácidos omega 3</i>	4	
<i>pravastatina</i>	1	QL (30/30)
<i>prevalite</i>	3	
REPATHA	3	PA; QL (3/28)
REPATHA PUSHTRONEX	3	PA; QL (3.5/28)
REPATHA SURECLICK	3	PA; QL (3/28)
<i>rosuvastatina</i>	1	QL (30/30)
<i>simvastatina, 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 24.

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
VASCEPA	3	
AGENTES CARDIOVASCULARES VARIOS		
CORLANOR, COMPRIMIDOS ORALES	4	PA
<i>digitek</i>	2	
<i>digox</i>	2	
<i>digoxina, solución oral</i>	3	
<i>digoxina, comprimidos orales</i>	2	
ENTRESTO	3	QL (60/30)
LANOXIN, COMPRIMIDOS ORALES, 62.5 MCG (0.0625 MG)	4	
<i>ranolazina</i>	4	QL (60/30)
VYNDAMAX	5	PA; NDS
VYNDAREL	5	PA; NDS
NITRATOS		
<i>dinitrato de isosorbida, comprimidos orales</i>	3	
<i>mononitrato de isosorbida</i>	2	
MINITRAN	2	
<i>nitroglicerina intravenosa</i>	4	B/D PA
<i>nitroglicerina sublingual</i>	2	
<i>nitroglicerina, parche transdérmico, 24 horas</i>	2	
<i>nitroglicerina, translingual</i>	4	
PRODUCTOS DERMATOLÓGICOS/ TRATAMIENTO TÓPICO		
ANTIPSORIÁSICOS/ANTISEBORREICOS		
<i>acitretina</i>	4	PA
<i>calcipotrieno, cuero cabelludo</i>	3	QL (120/30)
<i>calcipotrieno, crema tópica</i>	4	QL (120/30)
<i>calcipotrieno, pomada tópica</i>	4	QL (120/30)
<i>calcitriol tópico</i>	4	
<i>sulfuro de selenio, loción tópica</i>	2	
SKYRIZI, LAPICERA PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA	5	PA; QL (1/28); NDS

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
SKYRIZI, JERINGA SUBCUTÁNEA, 150 MG/ML	5	PA; QL (1/28); NDS
SKYRIZI, KIT DE JERINGA SUBCUTÁNEA	5	PA; QL (2/28); NDS
STELARA, SOLUCIÓN SUBCUTÁNEA	5	PA; QL (0.5/28); NDS
STELARA, JERINGA SUBCUTÁNEA, 45 MG/0.5 ML	5	PA; QL (0.5/28); NDS
STELARA, JERINGA SUBCUTÁNEA, 90 MG/ML	5	PA; QL (1/28); NDS
TALTZ, JERINGA	5	PA; QL (4/28); NDS
PRODUCTOS DERMATOLÓGICOS VARIOS		
<i>lactato de amonio</i>	3	
DUPIXENT, LAPICERA PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA, 200 MG/1.14 ML	5	PA; QL (4.56/28); NDS
DUPIXENT, LAPICERA PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA, 300 MG/2 ML	5	PA; QL (8/28); NDS
FLUOROURACIL, CREMA TÓPICA, 0.5%	5	NDS
<i>fluorouracilo, crema tópica, 5%</i>	3	
<i>fluorouracilo, solución tópica</i>	2	
<i>glydo</i>	3	QL (60/30)
IMIQUIMOD, CREMA TÓPICA EN BOMBA DE DOSIS MEDIDAS	5	NDS
<i>imiquimod, crema tópica en paquete 3.75%</i>	5	NDS
<i>imiquimod, crema tópica en paquete 5%</i>	3	
<i>lidocaína (pf), solución inyectable</i>	4	
<i>clorhidrato de lidocaína, solución inyectable</i>	4	
<i>clorhidrato de lidocaína, laringotraqueal</i>	2	
<i>clorhidrato de lidocaína, gel para membrana mucosa</i>	3	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 24.

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>clorhidrato de lidocaína, gel para membrana mucosa en aplicador</i>	3	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>	2	
<i>lidocaína, parche adhesivo tópico, medicado, 5%</i>	4	PA; QL (90/30)
<i>lidocaína, pomada tópica</i>	4	QL (50/30)
<i>lidocaína viscosa</i>	1	
<i>lidocaína-prilocaina, crema tópica</i>	4	QL (30/30)
<i>metoxaleno</i>	4	
PANRETIN	5	NDS
PICATO	5	NDS
<i>pimecrolimus</i>	4	QL (100/30)
<i>podofilox</i>	2	
REGRANEX	5	PA; NDS
SANTYL	4	
<i>sulfadiazina de plata</i>	3	
<i>ssd</i>	3	
<i>tacrolimus tópico</i>	3	PA; QL (100/30)
VALCHLOR	5	PA; NDS
ZTLIDO	4	PA; QL (90/30)
TRATAMIENTO DEL ACNÉ		
<i>amnestem</i>	4	
<i>avita</i>	4	PA
<i>claravis</i>	4	
<i>clindacin etz, paño tópico</i>	2	QL (60/30)
<i>clindacin p</i>	2	QL (60/30)
<i>fosfato de clindamicina, gel tópico</i>	3	QL (120/30)
CLINDAMYCIN PHOSPHATE, GEL TÓPICO, UNA VEZ AL DÍA	3	QL (120/30)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>fosfato de clindamicina, loción tópica</i>	4	QL (120/30)
<i>fosfato de clindamicina, solución tópica</i>	3	QL (120/30)
<i>fosfato de clindamicina, paño tópico</i>	2	QL (60/30)
<i>eritromicina, paños</i>	3	
ERYTHROMYCIN CON ETANOL, GEL TÓPICO	4	
<i>eritromicina con etanol, solución tópica</i>	2	
<i>eritromicina-peróxido de benzoilo</i>	4	
<i>isotretinoína, cápsulas orales, 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg</i>	4	
<i>metronidazol tópico</i>	3	
<i>myorisan</i>	4	
<i>rosadan, crema tópica</i>	3	
<i>rosadan, gel tópico</i>	3	
<i>tazaroteno, crema tópica</i>	4	PA
TAZORAC	4	PA
<i>tretinoína, microesferas</i>	4	PA
<i>tretinoína, crema tópica, 0.025%, 0.05%, 0.1%</i>	4	PA
<i>tretinoína tópica, gel tópico, 0.01%</i>	3	PA
<i>tretinoína tópica, gel tópico, 0.025%, 0.05%</i>	4	PA
<i>zenatane</i>	4	
ANTIBACTERIANOS TÓPICOS		
<i>gentamicina tópica</i>	3	
<i>mupirocina</i>	2	QL (44/30)
<i>mupirocina cálcica</i>	4	QL (30/30)
<i>sulfacetamida sódica (acné)</i>	3	
ANTIMICÓTICOS TÓPICOS		
<i>ciclodan, solución tópica</i>	3	
<i>ciclopirox, crema tópica</i>	3	QL (90/28)
<i>ciclopirox, champú tópico</i>	3	QL (120/28)

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 24.

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>ciclopirox, solución tópica</i>	3	
<i>ciclopirox, suspensión tópica</i>	3	QL (60/28)
<i>clotrimazol, crema tópica</i>	2	QL (45/28)
<i>clotrimazol, solución tópica</i>	2	QL (30/28)
<i>clotrimazol-betametasona, crema tópica</i>	2	QL (45/28)
<i>clotrimazol-betametasona, loción tópica</i>	2	QL (60/28)
<i>econazol</i>	3	QL (85/28)
<i>ketconazol, crema tópica</i>	2	QL (60/28)
<i>ketconazol, champú tópico</i>	2	QL (120/28)
<i>naftifine</i>	3	QL (60/28)
NAFTIN, GEL TÓPICO	3	QL (60/28)
<i>nyamyc</i>	2	
<i>nistatina, crema tópica</i>	2	QL (30/28)
<i>nistatina, pomada tópica</i>	2	QL (30/28)
<i>nistatina, polvo tópico</i>	2	
<i>nistatina-triamcinolona</i>	4	QL (60/28)
<i>nystop</i>	2	
ANTIVIRALES TÓPICOS		
<i>aciclovir, pomada tópica</i>	4	QL (30/30)
DENAVIR	5	NDS
CORTICOESTEROIDES TÓPICOS		
<i>ala-cort, crema tópica, 1%</i>	1	
<i>alclometasona</i>	2	
<i>dipropionato de betametasona</i>	3	
<i>valerato de betametasona, crema tópica</i>	2	
<i>valerato de betametasona, espuma tópica</i>	3	
<i>valerato de betametasona, loción tópica</i>	2	
<i>valerato de betametasona, pomada tópica</i>	2	
<i>betametasona, aumentada</i>	2	
<i>clobetasol, cuero cabelludo</i>	2	QL (100/28)
<i>clobetasol, crema tópica</i>	2	QL (120/28)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>clobetasol, espuma tópica</i>	4	QL (100/28)
<i>clobetasol, gel tópico</i>	2	QL (120/28)
<i>clobetasol, pomada tópica</i>	2	QL (120/28)
<i>clobetasol, champú tópico</i>	4	QL (236/28)
<i>clobetasol-emoliente, crema tópica</i>	2	QL (120/28)
<i>clobetasol-emoliente, espuma tópica</i>	4	QL (100/28)
CLOCORTOLONE PIVALATE	4	
<i>clodan</i>	4	QL (236/28)
<i>desonida, crema tópica</i>	3	
<i>desonida, loción tópica</i>	3	
<i>desonida, pomada tópica</i>	3	
<i>desoximetasona, crema tópica</i>	4	
<i>desoximetasona, gel tópico</i>	4	
<i>desoximetasona, pomada tópica</i>	4	
<i>fluocinolona y gorra de baño</i>	3	
<i>fluocinolona, crema tópica</i>	2	
<i>fluocinolona, aceite tópico</i>	3	
<i>fluocinolona, pomada tópica</i>	2	
<i>fluocinolona, solución tópica</i>	2	
<i>fluocinonida, crema tópica, 0.05%</i>	2	
<i>fluocinonida, crema tópica, 0.1%</i>	4	QL (120/30)
<i>fluocinonida, gel tópico</i>	2	QL (120/30)
<i>fluocinonida, pomada tópica</i>	3	QL (120/30)
<i>fluocinonida, solución tópica</i>	3	QL (120/30)
<i>propionato de fluticasona, crema tópica</i>	2	
<i>propionato de fluticasona, pomada tópica</i>	2	
<i>propionato de halobetasol, crema tópica</i>	3	
<i>propionato de halobetasol, pomada tópica</i>	3	

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 24.

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>butirato de hidrocortisona, crema tópica</i>	4	QL (120/30)
<i>butirato de hidrocortisona, pomada tópica</i>	3	
<i>butirato de hidrocortisona, solución tópica</i>	3	QL (120/30)
<i>butirato de hidrocortisona-emoliente</i>	4	QL (120/30)
<i>hidrocortisona, crema tópica, 1%, 2.5%</i>	1	
<i>hidrocortisona, loción tópica, 2.5%</i>	2	
<i>hidrocortisona, pomada tópica, 1%, 2.5%</i>	2	
<i>valerato de hidrocortisona</i>	3	
<i>mometasona tópica</i>	2	
<i>prednicarbato, pomada tópica</i>	2	
<i>triamcinolona acetonida, crema tópica, 0.025%, 0.5%</i>	2	
<i>triamcinolona acetonida, crema tópica, 0.1%</i>	1	
<i>triamcinolona acetonida, loción tópica</i>	2	
<i>triamcinolona acetonida, pomada tópica</i>	2	
<i>triderm, crema tópica, 0.1%</i>	1	
<i>tritocin</i>	2	
ESCABICIDAS/PEDICULICIDAS TÓPICOS		
<i>lindano, champú tópico</i>	3	
<i>malatión</i>	4	
<i>permetrina</i>	2	
PRODUCTOS DE DIAGNÓSTICO/AGENTES VARIOS		
SOLUCIONES DE IRRIGACIÓN		
<i>irrigación de solución de lactato sódico compuesta</i>	4	
<i>neomicina-polimixina b gu</i>	4	
<i>irrigación de solución de lactato sódico compuesta</i>	4	

<i>tis-u-sol pentalito</i>	4	
AGENTES VARIOS		
<i>acamprosato</i>	2	
<i>anagrelida</i>	2	
ARALAST NP	5	LA; NDS
AURYXIA	5	PA; QL (360/30); NDS
CARBAGLU	5	PA; LA; NDS
CARNITOR INTRAVENOSO	5	B/D PA; NDS
CHEMET	4	PA
CLINIMIX, 4.25%/D5W, SIN SULFITOS	4	B/D PA
<i>d al 10%-cloruro de sodio al 0.45%</i>	4	
<i>d al 2.5%-cloruro de sodio al 0.45%</i>	4	
<i>d al 5% y cloruro de sodio al 0.9%</i>	4	
<i>d al 5%-cloruro de sodio al 0.45%</i>	4	
<i>deferasirox, paquete de gránulos orales</i>	5	PA; NDS
<i>deferasirox, comprimidos orales</i>	5	PA; NDS
<i>deferiprona</i>	5	PA; NDS
<i>dextrosa al 10% y nacl al 0.2%</i>	4	
DEXTROSE 10% EN AGUA (D10W)	4	
<i>dextrosa al 25% en agua (d25w)</i>	4	
<i>dextrosa al 30% en agua (d30w)</i>	4	
DEXTROSE 5% IN WATER (D5W), SOLUCIÓN PARENTERAL INTRAVENOSA	4	
<i>dextrosa al 5% en agua (d5w), infusión secundaria intravenosa</i>	4	
<i>dextrosa al 5%-solución de lactato sódico compuesta</i>	4	

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 24.

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>dextrosa al 5%-cloruro de sodio al 0.2%</i>	4	
<i>dextrosa al 5%-cloruro de sodio al 0.3%</i>	4	
<i>dextrosa al 50% en agua (d50w)</i>	4	
<i>dextrosa al 70% en agua (d70w)</i>	4	
<i>disulfiram</i>	2	
<i>droxidopa, cápsulas orales, 100 mg</i>	4	PA; QL (90/30)
<i>droxidopa, cápsulas orales, 200 mg, 300 mg</i>	4	PA; QL (180/30)
FERRIPROX	5	PA; NDS
FERRIPROX (2 VECES POR DÍA)	5	PA; NDS
INCRELEX	4	PA; LA
<i>levocarnitina (con azúcar)</i>	3	
<i>levocarnitina, solución oral, 100 mg/ml</i>	3	
<i>levocarnitina, comprimidos orales</i>	3	
LOKELMA	3	
<i>midodrina</i>	3	
<i>nitisinona</i>	5	NDS
NORTHERA, CÁPSULAS ORALES, 100 MG	5	PA; QL (90/30); NDS
NORTHERA, CÁPSULAS ORALES, 200 MG, 300 MG	5	PA; QL (180/30); NDS
<i>clorhidrato de pilocarpina oral</i>	3	
PROLASTIN-C	5	PA; LA; NDS
<i>riluzol</i>	3	
<i>risedronato, comprimidos orales, 30 mg</i>	3	QL (30/30)
SEVELAMER CARBONATE, PAQUETE DE POLVO ORAL	5	NDS
SEVELAMER CARBONATE, COMPRIMIDOS ORALES	4	
<i>cloruro de sodio al 0.9%, intravenoso</i>	4	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>cloruro de sodio para irrigación</i>	4	
<i>fenilbutirato sódico</i>	5	PA; NDS
<i>sulfonato de poliestireno sódico, polvo oral</i>	3	
<i>sps (con sorbitol)</i>	3	
<i>trientina</i>	5	PA; QL (240/30); NDS
VELTASSA	3	
<i>agua para irrigación, estéril</i>	4	
XIAFLEX	5	PA; NDS
ZEMAIRA	5	LA; NDS
<i>ácido zoledrónico-manitol-agua, infusión secundaria intravenosa, 5 mg/100 ml</i>	4	B/D PA

AGENTES PARA DEJAR DE FUMAR

<i>clorhidrato de bupropión (agente para dejar de fumar)</i>	3	QL (60/30)
CHANTIX	4	
CHANTIX, PAQUETE MENSUAL DE CONTINUACIÓN	4	
CHANTIX, PAQUETE MENSUAL INICIAL	4	
NICOTROL	4	
NICOTROL NS	4	
<i>vareniclina</i>	4	

MEDICAMENTOS PARA NARIZ, GARGANTA Y OÍDO

AGENTES VARIOS

<i>azelastina nasal</i>	3	QL (60/30)
<i>gluconato de clorhexidina, membrana mucosa</i>	1	
<i>fluoruro (de sodio), pasta dental</i>	4	
<i>bromuro de ipratropio nasal</i>	2	QL (30/30)
<i>oralone</i>	3	
<i>paroex, enjuague bucal</i>	1	
<i>fluoruro de sodio 5000 para sequedad en la boca</i>	4	

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 24.

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
fluoruro de sodio-nitrato potásico	4	
triamcinolona acetona, pasta dental	3	
PREPARACIONES ÓTICAS VARIAS		
ácido acético ótico (oído)	2	
flac, aceite ótico	4	
fluocinolona acetona, aceite	4	
hidrocortisona-ácido acético	2	
ofloxacina ótica (oídos)	2	
ESTEROIDES/ANTIBIÓTICOS ÓTICOS		
CIPRO HC	3	
CIPRODEX	3	
ciprofloxacina-dexametasona	3	
CORTISPORIN-TC	4	
neomicina-polimixina-hidrocortisona ótica (oído)	3	
SISTEMA ENDOCRINO/DIABETES		
HORMONAS SUPRARRENALES		
DEPO-MEDROL	4	
dexametasona, intensol	4	
dexametasona, elixir oral	2	
dexametasona, solución oral	2	
dexametasona, comprimidos orales, 0.5 mg, 0.75 mg, 4 mg	1	
dexametasona, comprimidos orales, 1 mg, 1.5 mg, 2 mg, 6 mg	2	
fosfato sódico de dexametasona (pf), solución inyectable	4	
fosfato sódico de dexametasona, solución inyectable	4	
fludrocortisona	2	
hidrocortisona oral	3	
MEDROL, COMPRIMIDOS ORALES, 2 MG	3	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
metilprednisolona	2	
acetato de metilprednisolona	4	
succinato sódico de metilprednisolona, sol. para reconst. inyect., 125 mg, 40 mg	4	
succinato sódico de metilprednisolona intravenoso	4	
prednisolona, solución oral	3	
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)	3	
prednisona, intensol	4	
prednisona, solución oral	2	
prednisona, comprimidos orales, 1 mg, 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg	1	B/D PA
prednisona, comprimidos orales, 50 mg	2	B/D PA
prednisona, comprimidos orales, paquete dosificado	1	
SOLU-CORTEF ACT-O-VIAL (PF)	4	
triamcinolona acetona, suspensión inyectable, 40 mg/ml	2	
AGENTES ANTITIROIDEOS		
metimazol, comprimidos orales, 10 mg, 5 mg	2	
propiltiouracilo	3	
TRATAMIENTO DE LA DIABETES		
acarbosea, comprimidos orales, 100 mg	2	QL (90/30)
acarbosea, comprimidos orales, 25 mg	2	QL (360/30)
acarbosea, comprimidos orales, 50 mg	2	QL (180/30)
PAÑOS CON ALCOHOL	2	
BAQSIMI	3	

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 24.

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
BD, AGUJA PARA LAPICERA	2	QL (200/30)
BYDUREON BCISE	4	QL (4/28)
CYCLOSET	4	QL (180/30)
<i>diazoxida</i>	4	
FARXIGA, COMPRIMIDOS ORALES, 10 MG	3	QL (30/30)
FARXIGA, COMPRIMIDOS ORALES, 5 MG	3	QL (60/30)
GASAS, 2 X 2	2	
<i>glimepirida, comprimidos orales, 1 mg</i>	1	QL (240/30)
<i>glimepirida, comprimidos orales, 2 mg</i>	1	QL (120/30)
<i>glimepirida, comprimidos orales, 4 mg</i>	1	QL (60/30)
<i>glipizida, comprimidos orales, 10 mg</i>	1	QL (120/30)
<i>glipizida, comprimidos orales, 5 mg</i>	1	QL (240/30)
<i>glipizida, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas, 10 mg</i>	1	QL (60/30)
<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	3	
GLUCAGON (HCL), KIT DE EMERGENCIAS	3	
GLUCAGON, KIT DE EMERGENCIAS (HUMANO)	3	
GLYXAMBI	3	QL (30/30)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
GVOKE HYPOPEN, PAQUETE DE 1	3	
GVOKE HYPOPEN, PAQUETE DE 2	3	
GVOKE PFS, PAQUETE CON 1 JERINGA	3	
GVOKE PFS, PAQUETE CON 2 JERINGAS	3	
HUMALOG JUNIOR KWIKPEN U-100	3	
HUMALOG KWIKPEN, INSULINA	3	
HUMALOG MIX 50-50, INSULINA U-100	3	
HUMALOG MIX 50-50 KWIKPEN	3	
HUMALOG MIX 75-25 KWIKPEN	3	
HUMALOG MIX 75-25 (U-100), INSULINA	3	
HUMALOG U-100, INSULINA	3	
HUMULIN 70/30 U-100, INSULINA	3	
HUMULIN 70/30 U-100 KWIKPEN	3	
HUMULIN N NPH, INSULINA KWIKPEN	3	
HUMULIN N NPH U-100, INSULINA	3	
HUMULIN R REGULAR U-100, INSULINA	3	
HUMULIN R U-500 (CONC) INSULINA	5	B/D PA; NDS
HUMULIN R U-500 (CONC) KWIKPEN	5	NDS
INSULINA, AGUJA PARA LAPICERA	2	QL (200/30)
JERINGA PARA INSULINA (DES.), U-100 0.3 ML, 1 ML, 1/2 ML	2	QL (200/30)
INVOKAMET	4	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 24.

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
INVOKAMET XR	4	QL (60/30)
INVOKANA	4	QL (30/30)
JANUMET	3	QL (60/30)
JANUMET XR, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA, MULTIFÁSICA, 24 HORAS, 100-1,000 MG	3	QL (30/30)
JANUMET XR, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA, MULTIFÁSICA, 24 HORAS, 50-1,000 MG, 50-500 MG	3	QL (60/30)
JANUVIA	3	QL (30/30)
JARDIANCE	3	QL (30/30)
JENTADUETO	3	QL (60/30)
JENTADUETO XR, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN INMEDIATA-LIBERACIÓN PROLONGADA, BIFÁSICA, 24 HORAS, 2.5-1,000 MG	3	QL (60/30)
JENTADUETO XR, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN INMEDIATA-LIBERACIÓN PROLONGADA, BIFÁSICA, 24 HORAS, 5-1,000 MG	3	QL (30/30)
LANTUS SOLOSTAR U-100, INSULINA	3	
LANTUS U-100, INSULINA	3	
LEVEMIR FLEXTOUCH U-100, INSULINA	3	
LEVEMIR U-100, INSULINA	3	
LYUMJEV KWIKPEN U-100, INSULINA	3	
LYUMJEV KWIKPEN U-200, INSULINA	3	
LYUMJEV U-100, INSULINA	3	
METFORMIN, SOLUCIÓN ORAL	3	QL (750/30)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<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>	4	QL (90/30)
<i>miglitol, comprimidos orales, 25 mg</i>	4	QL (360/30)
<i>miglitol, comprimidos orales, 50 mg</i>	4	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	2	QL (200/30)
NOVOFINE, AGUJA PARA LAPICERA	2	QL (200/30)
NOVOTWIST, AGUJA PARA LAPICERA	2	QL (200/30)
OMNIPOD, PAQUETE DE 5	3	QL (30/30)
OMNIPOD DASH, PAQUETE DE 5	3	QL (30/30)
OMNIPOD, PAQUETE INICIAL	3	QL (1/365)

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 24.

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
OZEMPIC, LAPICERA PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA, 0.25 MG O 0.5 MG (2 MG/1.5 ML)	3	QL (1.5/28)
OZEMPIC, LAPICERA PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA, 1 MG/DOSIS (2 MG/1.5 ML, 1 MG/DOSIS (4 MG/3 ML)	3	QL (3/28)
<i>pioglitazona</i>	1	QL (30/30)
<i>pioglitazona-metformina</i>	1	QL (90/30)
PROGLYCEM	5	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	3	QL (765/30)
RIOMET, LIBERACIÓN PROLONGADA	3	QL (600/30)
RYBELSUS	3	QL (30/30)
SOLIQUA 100/33	3	QL (15/30)
SYMLINPEN 120	5	PA; QL (10.8/30); NDS
SYMLINPEN 60	5	PA; QL (6/30); NDS
SYNJARDY	3	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	3	QL (60/30)
SYNJARDY XR, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN INMEDIATA-LIBERACIÓN PROLONGADA, BIFÁSICA, 24 HORAS, 25-1,000 MG	3	QL (30/30)
TECHLITE, AGUJA PARA LAPICERA	2	QL (200/30)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
TOUJEO MAX U-300 SOLOSTAR	3	
TOUJEO SOLOSTAR U-300, INSULINA	3	
TRADJENTA	3	QL (30/30)
TRESIBA FLEXTOUCH U-100	3	
TRESIBA FLEXTOUCH U-200	3	
TRESIBA U-100, INSULINA	3	
TRIJARDY XR, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN INMEDIATA-LIBERACIÓN PROLONGADA, BIFÁSICA, 24 HORAS, 10-5-1,000 MG, 25-5-1,000 MG	3	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	3	QL (60/30)
TRULICITY	3	QL (2/28)
V-GO 20	3	
V-GO 30	3	
V-GO 40	3	
VICTOZA 2-PAK	3	QL (9/30)
VICTOZA 3-PAK	3	QL (9/30)
XIGDUO XR, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN INMEDIATA-LIBERACIÓN PROLONGADA, BIFÁSICA, 24 HORAS, 10-1,000 MG, 10-500 MG	3	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	3	QL (60/30)
XULTOPHY 100/3.6	3	QL (15/30)
HORMONAS VARIAS		
ALDURAZYME	5	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 24.

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>cabergolina</i>	3	
<i>calcitonina (salmón), inyección</i>	5	NDS
<i>calcitonina (salmón), nasal</i>	3	
<i>calcitriol, solución intravenosa, 1 mcg/ml</i>	4	
<i>calcitriol oral</i>	3	
CEREZYME, SOL. PARA RECONST. INTRAVENOSA, 400 UNIDADES	5	PA; NDS
CHORIONIC GONADOTROPIN, HUMANA INTRAMUSCULAR	4	PA
<i>cinacalcet, comprimidos orales, 30 mg, 60 mg</i>	4	QL (60/30)
<i>cinacalcet, comprimidos orales, 90 mg</i>	4	QL (120/30)
<i>danazol</i>	4	
<i>desmopresina inyectable</i>	5	NDS
<i>desmopresina, rociador nasal con bomba</i>	4	
<i>desmopresina, rociador nasal no aerosol, 10 mcg/aplicación (0.1 ml)</i>	4	
<i>desmopresina oral</i>	3	
<i>doxercalciferol</i>	4	
ELAPRASE	5	PA; NDS
FABRAZYME	5	NDS
KORLYM	5	PA; QL (120/30); NDS
KUVAN	5	PA; NDS
LUMIZYME	5	PA; NDS
MIACALCIN INYECTABLE	5	NDS
<i>miglustato</i>	5	LA; NDS
NAGLAZYME	5	PA; NDS
NATPARA	5	PA; LA; QL (2/28); NDS
<i>oxandrolona, comprimidos orales, 10 mg</i>	4	PA; QL (60/30)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>oxandrolona, comprimidos orales, 2.5 mg</i>	3	PA; QL (120/30)
<i>pamidronato, solución intravenosa</i>	4	
<i>paricalcitol oral</i>	4	
SAMSCA, COMPRIMIDOS ORALES, 15 MG	5	PA; QL (30/30); NDS
SAMSCA, COMPRIMIDOS ORALES, 30 MG	5	PA; QL (60/30); NDS
<i>sapropterina</i>	5	PA; NDS
SOMAVERT	5	PA; QL (30/30); NDS
SYNAREL	5	NDS
<i>cipionato de testosterona, aceite intramuscular, 100 mg/ml, 200 mg/ml (1 ml)</i>	3	
TESTOSTERONE CYPIONATE, ACEITE INTRAMUSCULAR, 200 MG/ML	3	
<i>enantato de testosterona</i>	4	
<i>testosterona, gel transdérmico</i>	4	PA; QL (300/30)
<i>testosterona, gel transdérmico en bomba con dosis medidas, 12.5 mg/1.25 gramos (1%)</i>	4	PA; QL (300/30)
<i>testosterona, gel transdérmico en paquete, 1% (25 mg/2.5 gramos), 1% (50 mg/5 gramos)</i>	4	PA; QL (300/30)
<i>tolvaptán, comprimidos orales, 30 mg</i>	5	PA; QL (60/30); NDS
<i>ácido zoledrónico, solución intravenosa</i>	4	B/D PA
<i>ácido zoledrónico-manitol-agua, infusión secundaria intravenosa, 4 mg/100 ml</i>	4	B/D PA
ZOLEDRONIC AC-MANNITOL-0.9NACL	4	B/D PA
HORMONAS TIROIDEAS		
EUTHYROX	3	
LEVO-T	3	

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 24.

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>levotiroxina, comprimidos orales</i>	1	
<i>levoxyl, comprimidos orales, 100 mcg, 112 mcg, 175 mcg</i>	3	
LEVOXYL, COMPRIMIDOS ORALES, 125 MCG, 137 MCG, 150 MCG, 200 MCG, 25 MCG, 50 MCG, 75 MCG, 88 MCG	3	
<i>liotironina oral</i>	2	
SYNTHROID	3	
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	3	
<i>unithroid, comprimidos orales, 137 mcg</i>	3	

GASTROENTEROLOGÍA

ANTIDIARREICOS/ANTIESPASMÓDICOS

<i>atropina, solución inyectable, 0.4 mg/ml</i>	4	
<i>atropina, jeringa inyectable, 0.05 mg/ml, 0.1 mg/ml</i>	4	
<i>dicloimina, cápsulas orales</i>	1	
<i>dicloimina, solución oral</i>	3	
<i>dicloimina, comprimidos orales</i>	1	
<i>difenoxilato-atropina, líquido oral</i>	3	
<i>difenoxilato-atropina, comprimidos orales</i>	2	
GLYCOPYRROLATE (PF) IN WATER, INYECTABLE	4	
<i>glicopirronio (pf) en agua, jeringa intravenosa, 0.4 mg/2 ml (0.2 mg/ml)</i>	4	
<i>glicopirronio inyectable</i>	4	
<i>glicopirronio, comprimidos orales, 1 mg, 2 mg</i>	2	

<i>loperamida, cápsulas orales</i>	2	
AGENTES GASTROINTESTINALES VARIOS		
<i>alosetrón</i>	5	PA; NDS
<i>aprepitant</i>	4	B/D PA
AVSOLA	5	PA; NDS
<i>balsalazida</i>	4	
<i>budesonida, cápsulas orales, liberación retardada y prolongada</i>	4	
<i>budesonida, comprimidos orales, liberación retardada y prolongada</i>	5	NDS
<i>compro</i>	2	
<i>constulosa</i>	3	
CORTIFOAM	4	
CREON	3	
<i>cromoglicato oral</i>	3	
CYSTADANE	5	NDS
<i>dronabinol</i>	4	B/D PA; QL (60/30)
EMEND, SUSPENSIÓN ORAL PARA RECONSTITUCIÓN	4	B/D PA
<i>enulosa</i>	3	
GATTEX, VIAL DE 30	5	PA; NDS
GATTEX, VIAL DE UNO	5	PA; NDS
<i>gavilyte-c</i>	2	
<i>gavilyte-n</i>	2	
<i>generlac</i>	3	
<i>granisetron (pf), solución intravenosa, 1 mg/ml (1 ml)</i>	4	B/D PA
<i>clorhidrato de granisetron intravenoso</i>	4	
<i>clorhidrato de granisetron oral</i>	3	B/D PA; QL (60/30)
<i>hidrocortisona rectal</i>	3	
<i>hidrocortisona, crema tópica con aplicador perineal</i>	1	
<i>lactulosa, solución oral</i>	2	
LINZESS	3	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 24.

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>meclizina, comprimidos orales, 12.5 mg, 25 mg</i>	2	
<i>mesalamina, cápsulas orales, liberación prolongada, 24 horas</i>	3	
<i>mesalamina, comprimidos orales, liberación retardada (dr/ec), 1.2 gramos</i>	4	
<i>mesalamina, enema rectal</i>	4	
<i>mesalamina con pañuelo limpiador</i>	4	
<i>clorhidrato de metoclopramida, solución oral</i>	2	
<i>clorhidrato de metoclopramida, comprimidos orales</i>	2	
MOVANTI	4	QL (30/30)
OALIVA	5	PA; LA; QL (30/30); NDS
<i>ondansetrón</i>	2	B/D PA
<i>clorhidrato de ondansetrón (pf)</i>	4	
<i>clorhidrato de ondansetrón intravenoso</i>	4	
<i>clorhidrato de ondansetrón, solución oral</i>	3	B/D PA; QL (450/30)
<i>clorhidrato de ondansetrón, comprimidos orales</i>	2	B/D PA
<i>palonosetrón, solución intravenosa, 0.25 mg/5 ml</i>	5	NDS
<i>peg 3350-electrolitos, sol. para reconst. oral, 236-22.74-6.74-5.86 gramos</i>	2	
<i>peg-electrolitos</i>	2	
PENTASA	5	NDS
PLENVU	4	
<i>proclorperazina</i>	2	
<i>edisilato de proclorperazina</i>	4	
<i>maleato de proclorperazina oral</i>	2	
<i>procto-med hc</i>	1	
<i>procto-pak</i>	2	
<i>proctosol hc tópico</i>	1	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>proctozone-hc</i>	1	
RECTIV	4	
RELISTOR, SOLUCIÓN SUBCUTÁNEA	5	PA; NDS
RELISTOR, JERINGA SUBCUTÁNEA	5	PA; NDS
RENFLIXIS	5	PA; NDS
SANCUSO	5	NDS
<i>escopolamina base</i>	4	QL (10/30)
<i>sulfasalazina</i>	2	
SUPREP, KIT DE PREPARACIÓN INTESTINAL	3	
SUTAB	4	
<i>ursodiol, cápsulas orales, 300 mg</i>	3	
<i>ursodiol, comprimidos orales</i>	3	
VIOKACE, COMPRIMIDOS ORALES, 10,440-39,150-39,150 UNIDADES	4	
VIOKACE, COMPRIMIDOS ORALES, 20,880-78,300-78,300 UNIDADES	5	NDS
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	3	
TRATAMIENTO DE ÚLCERAS		
<i>esomeprazol magnésico, cápsulas orales, liberación retardada (dr/ec)</i>	3	
<i>famotidina, suspensión oral</i>	4	
<i>famotidina, comprimidos orales, 20 mg, 40 mg</i>	2	

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 24.

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>lansoprazol, cápsulas orales, liberación retardada (dr/ec)</i>	3	
<i>misoprostol</i>	3	
<i>nizatidina, cápsulas orales</i>	2	
<i>omeprazol, cápsulas orales, liberación retardada (dr/ec)</i>	2	
<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>	4	
<i>sucralfato, comprimidos orales</i>	2	
INMUNOLOGÍA, VACUNAS/BIOTECNOLOGÍA		
MEDICAMENTOS BIOTECNOLÓGICOS		
ACTIMMUNE	5	PA; NDS
ARANESP (EN POLISORBATO), SOLUCIÓN INYECTABLE, 100 MCG/ML, 200 MCG/ML, 300 MCG/ML, 60 MCG/ML	5	PA; NDS
ARANESP (EN POLISORBATO), SOLUCIÓN INYECTABLE, 25 MCG/ML, 40 MCG/ML	4	PA
ARANESP (EN POLISORBATO), JERINGA INYECTABLE, 10 MCG/0.4 ML, 25 MCG/0.42 ML, 40 MCG/0.4 ML	4	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	5	PA; NDS
ARCALYST	5	PA; NDS
AVONEX, KIT DE LAPICERA PARA INYECCIÓN INTRAMUSCULAR	5	PA; QL (1/28); NDS

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
AVONEX, KIT DE JERINGA INTRAMUSCULAR	5	PA; QL (1/28); NDS
BETASERON, KIT PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA	5	PA; QL (14/28); NDS
GENOTROPIN	5	PA; NDS
GENOTROPIN MINISQUICK	5	PA; NDS
INTRON A, SOL. PARA RECONST. INYECTABLE	5	B/D PA; NDS
INTRON A, SOLUCIÓN INYECTABLE, 10 MILLONES DE UNIDADES/ML	5	B/D PA; NDS
INTRON A, SOLUCIÓN INYECTABLE, 6 MILLONES DE UNIDADES/ML	4	B/D PA
LEUKINE, SOL. PARA RECONST. INYECTABLE	5	PA; NDS
MOZOBIL	5	B/D PA; NDS
NIVESTYM	5	PA; NDS
NYVEPRIA	5	PA; NDS
REBIF (CON ALBÚMINA)	5	PA; QL (6/28); NDS
REBIF REBIDOSE, LAPICERA PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA, 22 MCG/0.5 ML, 44 MCG/0.5 ML	5	PA; QL (6/28); NDS
REBIF REBIDOSE, LAPICERA PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA, 8.8 MCG/0.2 ML, 22 MCG/0.5 ML (6)	5	PA; QL (4.2/180); NDS
REBIF, PAQUETE DE AJUSTE DE DOSIS	5	PA; QL (4.2/180); NDS
RETACRIT	4	PA
ZARXIO	5	PA; NDS
ZIEXTENZO	5	PA; NDS
VACUNAS/AGENTES INMUNOLÓGICOS VARIOS		
ACTHIB (PF)	3	
ADACEL (TDAP ADOLESC./ ADULTOS) (PF)	3	
ATGAM	4	B/D PA
BCG (PF), VACUNA CON VIRUS VIVOS	3	

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 24.

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
BEXSERO	3	
BOOSTRIX TDAP	3	
BOTOX	4	PA
DAPTACEL (DTAP PEDIÁTRICA) (PF)	3	
ENGERIX-B (PF), JERINGA INTRAMUSCULAR	3	B/D PA
ENGERIX-B (PF), USO PEDIÁTRICO	3	B/D PA
<i>fomepizol</i>	5	NDS
GAMMAKED, SOLUCIÓN INYECTABLE, 1 GRAMO/10 ML (10%), 10 GRAMOS/100 ML (10%), 20 GRAMOS/200 ML (10%), 5 GRAMOS/50 ML (10%)	5	B/D PA; NDS
GAMUNEX-C	5	B/D PA; NDS
GARDASIL 9 (PF)	3	
HAVRIX (PF), JERINGA INTRAMUSCULAR	3	
HIBERIX (PF)	3	
HIZENTRA	5	B/D PA; NDS
IMOVAX (PF), VACUNA ANTIRRÁBICA	3	
INFANRIX (DTAP) (PF), JERINGA INTRAMUSCULAR	3	
IPOL	3	
IXIARO (PF)	3	
KINRIX (PF), JERINGA INTRAMUSCULAR	3	
MENACTRA (PF), SOLUCIÓN INTRAMUSCULAR	3	
MENQUADFI (PF)	3	
MENVEO A-C-Y-W-135-DIP (PF)	3	
M-M-R II (PF)	3	
PEDIARIX (PF)	3	
PEDVAX HIB (PF)	3	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
PENTACEL (PF), KIT INTRAMUSCULAR, 15 LF-48 MCG-62 DU-10 MCG/0.5 ML	3	
PROQUAD (PF)	3	
QUADRACEL (PF)	3	
RABAVERT (PF)	3	
RECOMBIVAX HB (PF)	3	B/D PA
ROTARIX	3	
ROTATEQ, VACUNA	3	
SHINGRIX (PF)	3	QL (2/999)
STAMARIL (PF)	3	
TDVAX	3	
TENIVAC (PF), JERINGA INTRAMUSCULAR	3	
TETANUS, DIPHTHERIA TOX PEDIÁTRICA (PF)	3	
TRUMENBA	3	
TWINRIX (PF)	3	
TYPHIM VI	3	
VAQTA (PF)	3	
VARIVAX (PF)	3	
VARIZIG	4	
YF-VAX (PF)	3	
ZOSTAVAX (PF)	3	

SISTEMA LOCOMOTOR/REUMATOLOGÍA

TRATAMIENTO DE LA GOTA

<i>alopurinol</i>	1	
<i>colchicina, comprimidos orales</i>	4	QL (120/30)
FEBUXOSTAT	3	ST
MITIGARE	3	
<i>probenecid</i>	2	
<i>probenecid/colchicina</i>	2	

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)

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 24.

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
BINOSTO	4	QL (4/28)
<i>ibandronato oral</i>	2	QL (1/30)
PROLIA	4	QL (1/180)
<i>raloxifeno</i>	2	QL (30/30)
<i>risedronato, comprimidos orales, 150 mg</i>	3	QL (1/30)
<i>risedronato, comprimidos orales, 35 mg, 35 mg (paquete de 12), 35 mg (paquete de 4)</i>	3	QL (4/28)
<i>risedronato, comprimidos orales, 5 mg</i>	3	QL (30/30)
TERIPARATIDE	5	PA; QL (2.4/28); NDS
TYMLOS	5	PA; QL (1.56/30); NDS

OTROS AGENTES REUMATOLÓGICOS

BENLYSTA	5	PA; NDS
DEPEN TITRATABS	5	NDS
ENBREL MINI	5	PA; QL (8/28); NDS
ENBREL, SOL. PARA RECONST. SUBCUTÁNEA	5	PA; QL (16/28); NDS
ENBREL, SOLUCIÓN SUBCUTÁNEA	5	PA; QL (4/28); NDS
ENBREL, JERINGA SUBCUTÁNEA	5	PA; QL (8/28); NDS
ENBREL SURECLICK	5	PA; QL (8/28); NDS
HUMIRA PEN	5	PA; QL (4/28); NDS
HUMIRA PEN CROHNS-UC-HS, PAQUETE INICIAL	5	PA; QL (6/180); NDS
HUMIRA PEN PSOR-UEITS-ADOL HS	5	PA; QL (4/180); NDS
HUMIRA, KIT DE JERINGA SUBCUTÁNEA, 40 MG/0.8 ML	5	PA; QL (4/28); NDS
HUMIRA (CF) PEDI CROHNS, PAQUETE INICIAL, KIT DE JERINGA SUBCUTÁNEA, 80 MG/0.8 ML	5	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	5	PA; QL (2/180); NDS
HUMIRA (CF) PEN CROHNS-UC-HS	5	PA; QL (3/180); NDS
HUMIRA(CF) PEN PEDIATRIC UC	5	PA; QL (4/180); NDS
HUMIRA (CF) PEN PSOR-UV-ADOL HS	5	PA; QL (3/180); NDS
HUMIRA (CF) PEN, KIT DE INYECTOR SUBCUTÁNEO, 40 MG/0.4 ML	5	PA; QL (4/28); NDS
HUMIRA (CF) PEN, KIT DE LAPICERA PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA, 80 MG/0.8 ML	5	PA; QL (3/28); NDS
HUMIRA (CF), KIT DE JERINGA SUBCUTÁNEA, 10 MG/0.1 ML, 20 MG/0.2 ML	5	PA; QL (2/28); NDS
HUMIRA (CF), KIT DE JERINGA SUBCUTÁNEA, 40 MG/0.4 ML	5	PA; QL (4/28); NDS
<i>leflunomida</i>	2	QL (30/30)
ORENCIA CLICKJECT	5	PA; QL (4/28); NDS
ORENCIA, JERINGA SUBCUTÁNEA, 125 MG/ML	5	PA; QL (4/28); NDS
ORENCIA, JERINGA SUBCUTÁNEA, 50 MG/0.4 ML	5	PA; QL (1.6/28); NDS
ORENCIA, JERINGA SUBCUTÁNEA, 87.5 MG/0.7 ML	5	PA; QL (2.8/28); NDS
<i>penicilamina</i>	5	NDS
RIDAURA	5	NDS
RINVOQ	5	PA; QL (30/30); NDS
XELJANZ, SOLUCIÓN ORAL	5	PA; QL (300/30); NDS
XELJANZ, COMPRIMIDOS ORALES	5	PA; QL (60/30); NDS
XELJANZ XR	5	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 24.

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
OBSTETRICIA/GINECOLOGÍA		
ESTRÓGENOS/PROGESTINAS		
ALORA	3	QL (8/28)
<i>camila</i>	2	
<i>deblitane</i>	2	
DELESTROGEN, ACEITE INTRAMUSCULAR, 10 MG/ML	4	
DEPO-ESTRADIOL	4	
<i>dotti</i>	2	QL (8/28)
DUAVEE	4	PA
<i>errin</i>	2	
<i>estradiol oral</i>	2	
<i>estradiol, parche transdérmico quincenal</i>	2	QL (8/28)
<i>estradiol, parche transdérmico semanal</i>	2	QL (4/28)
<i>estradiol vaginal</i>	4	
<i>valerato de estradiol, aceite intramuscular, 20 mg/ml, 40 mg/ml</i>	4	
ESTRING	4	
<i>fyavolv</i>	3	
<i>heather</i>	2	
<i>caproato de hidroxiprogesterona</i>	5	NDS
<i>incassia</i>	2	
<i>jencycla</i>	2	
<i>lyza</i>	2	
<i>medroxiprogesterona, suspensión intramuscular</i>	4	
<i>medroxiprogesterona, jeringa intramuscular</i>	2	
<i>medroxiprogesterona oral</i>	1	
MENEST	3	
MENOSTAR	3	QL (4/28)
<i>nora-be</i>	2	
<i>noretisterona (anticonceptivo)</i>	2	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>acetato de noretisterona</i>	2	
<i>acetato de noretisterona-etinilestradiol, comprimidos orales, 0.5-2.5 mg-mcg</i>	3	
PREMARIN INYECTABLE	4	
PREMARIN ORAL	3	
PREMARIN VAGINAL	3	
<i>progesterona micronizada</i>	2	
<i>sharobel</i>	2	
<i>yuvaferm</i>	4	
PRODUCTOS OBSTÉTRICOS/GINECOLÓGICOS VARIOS		
<i>fosfato de clindamicina vaginal</i>	3	
<i>metronidazol vaginal</i>	3	
<i>terconazol</i>	3	
<i>ácido tranexámico oral</i>	3	
<i>vandazol</i>	3	
ANTICONCEPTIVOS ORALES/ AGENTES RELACIONADOS		
<i>afirmelle</i>	2	
<i>altavera (28)</i>	2	
<i>alyacen 1/35 (28)</i>	2	
<i>alyacen 7/7/7 (28)</i>	2	
<i>amethia</i>	2	
<i>amethyst (28)</i>	2	
<i>apri</i>	2	
<i>aranella (28)</i>	2	
<i>ashlyna</i>	2	
<i>aubra</i>	2	
<i>aubra eq</i>	2	
<i>aurovela 1.5/30 (21)</i>	2	
<i>aurovela 1/20 (21)</i>	2	
<i>aurovela 24 fe</i>	2	
<i>aurovela fe 1.5/30 (28)</i>	2	
<i>aurovela fe 1-20 (28)</i>	2	
<i>aviane</i>	2	
<i>ayuna</i>	2	
<i>azurette (28)</i>	2	

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 24.

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>balziva (28)</i>	2	
<i>blisovi 24 fe</i>	2	
<i>blisovi fe 1.5/30 (28)</i>	2	
<i>blisovi fe 1/20 (28)</i>	2	
<i>briellyn</i>	2	
<i>camrese</i>	2	
<i>camrese lo</i>	2	
<i>caziant (28)</i>	2	
<i>charlotte 24 fe</i>	2	
<i>chateal (28)</i>	2	
<i>chateal eq (28)</i>	2	
<i>cryselle (28)</i>	2	
<i>cyclafem 1/35 (28)</i>	2	
<i>cyclafem 7/7/7 (28)</i>	2	
<i>cyred</i>	2	
<i>cyred eq</i>	2	
<i>dasetta 1/35 (28)</i>	2	
<i>dasetta 7/7/7 (28)</i>	2	
<i>daysee</i>	2	
<i>desog-e.estradiol/e.estradiol</i>	2	
<i>desogestrel-etinilestradiol</i>	2	
<i>dolishale</i>	2	
<i>drospirenona-e.estradiol-lm.fa</i>	2	
<i>drospirenona-etinilestradiol</i>	2	
<i>elimest</i>	2	
ELLA	3	
<i>emoquette</i>	2	
<i>enpresse</i>	2	
<i>enskyce</i>	2	
<i>estarylla</i>	2	
<i>etiodiol diac-etinilestradiol</i>	2	
<i>falmina (28)</i>	2	
<i>feminor</i>	2	
<i>gemmily</i>	2	
<i>hailey</i>	2	
<i>hailey 24 fe</i>	2	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>hailey fe 1.5/30 (28)</i>	2	
<i>hailey fe 1/20 (28)</i>	2	
<i>iclevia</i>	2	
<i>introvale</i>	2	
<i>isibloom</i>	2	
<i>jaimiess</i>	2	
<i>jasmiel (28)</i>	2	
<i>jolessa</i>	2	
<i>juleber</i>	2	
<i>junel 1.5/30 (21)</i>	2	
<i>junel 1/20 (21)</i>	2	
<i>junel fe 1.5/30 (28)</i>	2	
<i>junel fe 1/20 (28)</i>	2	
<i>junel fe 24</i>	2	
<i>kaitlib fe</i>	2	
<i>kalliga</i>	2	
<i>kariva (28)</i>	2	
<i>kelnor 1/35 (28)</i>	2	
<i>kelnor 1-50 (28)</i>	2	
<i>kurvelo (28)</i>	2	
<i>l norgest/e.estradiol-e.estradiol</i>	2	
<i>larin 1.5/30 (21)</i>	2	
<i>larin 1/20 (21)</i>	2	
<i>larin 24 fe</i>	2	
<i>larin fe 1.5/30 (28)</i>	2	
<i>larin fe 1/20 (28)</i>	2	
<i>larissia</i>	2	
<i>layolis fe</i>	2	
<i>leena 28</i>	2	
<i>lessina</i>	2	
<i>levonest (28)</i>	2	
<i>levonorgestrel-etinilestradiol</i>	2	
<i>levonorg-etetinilestradiol trifásico</i>	2	
<i>levora-28</i>	2	
<i>lillow (28)</i>	2	

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 24.

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>lojaimiess</i>	2	
<i>loryna</i> (28)	2	
<i>low-ogestrel</i> (28)	2	
<i>lo-zumandimine</i> (28)	2	
<i>lutra</i> (28)	2	
<i>marlissa</i> (28)	2	
<i>merzee</i>	2	
<i>mibelas</i> 24 fe	2	
<i>microgestin</i> 1.5/30 (21)	2	
<i>microgestin</i> 1/20 (21)	2	
<i>microgestin fe</i> 1.5/30 (28)	2	
<i>microgestin fe</i> 1/20 (28)	2	
<i>mili</i>	2	
<i>mono-linyah</i>	2	
<i>necon</i> 0.5/35 (28)	2	
<i>nikki</i> (28)	2	
<i>noret.-etinilestradiol/hierro</i>	2	
<i>noretisterona ac-etinilestradiol, comprimidos orales, 1-20 mg-mcg, 1.5-30 mg-mcg</i>	2	
<i>noretisterona-etinilestradiol-hierro, cápsulas orales</i>	2	
<i>noretisterona-etinilestradiol-hierro, comprimidos orales, 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7), 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7)</i>	2	
<i>noretisterona-etinilestradiol-hierro, comprimidos orales masticables</i>	2	
<i>norgestimato-etinilestradiol</i>	2	
<i>nortrel</i> 0.5/35 (28)	2	
<i>nortrel</i> 1/35 (21)	2	
<i>nortrel</i> 1/35 (28)	2	
<i>nortrel</i> 7/7/7 (28)	2	
<i>nylia</i> 7/7/7 (28)	2	
<i>nymyo</i>	2	
<i>ocella</i>	2	
<i>orsythia</i>	2	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>philith</i>	2	
<i>pimtrea</i> (28)	2	
<i>pirmella</i>	2	
<i>portia</i> 28	2	
<i>previfem</i>	2	
<i>reclipsen</i> (28)	2	
<i>rivelsa</i>	2	
<i>setlakin</i>	2	
<i>simliya</i> (28)	2	
<i>simpesse</i>	2	
<i>sprintec</i> (28)	2	
<i>sronyx</i>	2	
<i>syeda</i>	2	
<i>tarina</i> 24 fe	2	
<i>tarina fe</i> 1/20 (28)	2	
<i>tarina fe</i> 1-20 eq (28)	2	
<i>taysofy</i>	2	
<i>tilia fe</i>	2	
<i>tri femynor</i>	2	
<i>tri-estarylla</i>	2	
<i>tri-legest fe</i>	2	
<i>tri-linyah</i>	2	
<i>tri-lo-estarylla</i>	2	
<i>tri-lo-marzia</i>	2	
<i>tri-lo-mili</i>	2	
<i>tri-lo-sprintec</i>	2	
<i>tri-mili</i>	2	
<i>tri-nymyo</i>	2	
<i>tri-previfem</i> (28)	2	
<i>tri-sprintec</i> (28)	2	
<i>trivora</i> (28)	2	
<i>tri-vylibra</i>	2	
<i>tri-vylibra lo</i>	2	
TYBLUME	2	
<i>tydemy</i>	2	
<i>velivet, régimen trifásico</i> (28)	2	

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 24.

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
vestura (28)	2	
vienva	2	
viorele (28)	2	
volnea (28)	2	
vyfemla (28)	2	
vylibra	2	
wera (28)	2	
wymzya fe	2	
zarah	2	
zovia 1/35e (28)	2	
zovia 1-35 (28)	2	
zumandimine (28)	2	
OFTALMOLOGÍA		
ANTIBIÓTICOS		
ak-poly-bac	2	
AZASITE	3	
bacitracina oftálmica (ojos)	2	
bacitracina-polimixina b-oftálmica (ojos)	2	
BESIVANCE	4	
CILOXAN, POMADA OFTÁLMICA (OJOS)	3	
clorhidrato de ciprofloxacina oftálmico (ojos)	2	
eritromicina oftálmica (ojos)	2	
gentak, pomada oftálmica (ojos)	2	
gentamicina, gotas oftálmicas (ojos)	2	
moxifloxacina oftálmica (ojos)	3	
NATACYN	3	
neomicina-bacitracina-polimixina	2	
neomicina-polimixina-gramicidina	2	
neo-polycin	2	
ofloxacina oftálmica (ojos)	2	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
polycin	2	
polimixina b sulfato de trimetoprima	2	
tobramicina oftálmica (ojos)	2	
TOBREX, POMADA OFTÁLMICA (OJOS)	4	
ANTIVÍRICOS		
trifluridina	3	
ZIRGAN	3	
BETABLOQUEANTES		
carteolol	2	
levobunolol, gotas oftálmicas (ojos), 0.5%	1	
maleato de timolol, gotas oftálmicas (ojos)	1	
TIMOLOL MALEATE, SOLUCIÓN GELIFICANTE OFTÁLMICA (OJOS)	4	
PRODUCTOS OFTALMOLÓGICOS VARIOS		
atropina, gotas oftálmicas (ojos)	3	
azalastina oftálmica (ojos)	2	
BLEPHAMIDE	3	
BLEPHAMIDE S.O.P.	3	
cromoglicato oftálmico (ojos)	2	
CYSTARAN	5	PA; NDS
epinastina	3	
EYLEA	5	PA; NDS
LACRISERT	4	
olopatadina oftálmica (ojos)	3	
OXERVATE	5	PA; QL (112/999); NDS
clorhidrato de pilocarpina, gotas oftálmicas (ojos), 1%, 2%, 4%	3	
RESTASIS	3	QL (60/30)
RESTASIS MULTIDOSIS	3	QL (60/30)
sulfacetamida sódica, gotas oftálmicas (ojos)	2	

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 24.

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>sulfacetamida-prednisolona</i>	2	
XIIDRA	3	QL (60/30)
AGENTES ANTIINFLAMATORIOS NO ESTEROIDEOS		
<i>bromfenaco</i>	4	
<i>diclofenaco sódico oftálmico (ojos)</i>	2	
<i>flurbiprofeno sódico</i>	2	
<i>ketorolaco oftálmico (ojos)</i>	2	
PROLENSA	3	
MEDICAMENTOS ORALES PARA EL GLAUCOMA		
<i>acetazolamida</i>	3	
<i>acetazolamida sódica</i>	4	
<i>metazolamida</i>	4	
OTROS MEDICAMENTOS PARA EL GLAUCOMA		
AZOPT	4	
<i>bimatoprost oftálmico (ojos)</i>	2	
<i>brinzolamida</i>	4	
COMBIGAN	3	
<i>dorzolamida</i>	2	
<i>dorzolamida-timolol</i>	2	
<i>latanoprost</i>	1	
LUMIGAN, GOTAS OFTÁLMICAS (OJOS), 0.01%	3	
RHOPRESSA	4	ST
ROCKLATAN	4	ST
SIMBRINZA	4	
<i>travoprost</i>	3	
COMBINACIONES DE ESTEROIDES-ANTIBIÓTICOS		
<i>neomicina-bacitracina-polimixina-hc</i>	3	
<i>neomicina-polimixina b-dexametasona</i>	2	
<i>neomicina-polimixina-hc oftálmica (ojos)</i>	2	
<i>neo-polycin hc</i>	3	
PRED-G	3	
PRED-G S.O.P.	3	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>tobramicina-dexametasona</i>	3	
ZYLET	3	
ESTEROIDES		
<i>fosfato sódico de dexametasona oftálmico (ojos)</i>	2	
<i>difluprednato</i>	3	
DUREZOL	3	
<i>fluorometolona</i>	3	
INVELTYS	4	
LOTEMAX	4	
LOTEMAX SM	4	
<i>acetato de prednisolona</i>	3	
<i>fosfato sódico de prednisolona oftálmico (ojos)</i>	1	
AGENTES SIMPATICOMIMÉTICOS		
ALPHAGAN P, GOTAS OFTÁLMICAS (OJOS), 0.1%	3	
<i>apraclonidina</i>	3	
<i>brimonidina, gotas oftálmicas (ojos), 0.15%</i>	3	
<i>brimonidina, gotas oftálmicas (ojos), 0.2%</i>	2	
SISTEMA RESPIRATORIO Y ALERGIA		
AGENTES ANTIHISTAMÍNICOS/ANTIALÉRGICOS		
<i>desloratadina, comprimidos orales</i>	2	QL (30/30)
<i>clorhidrato de difenhidramina, solución inyectable, 50 mg/ml</i>	4	
<i>epinefrina, autoinyector para inyección, 0.15 mg/0.15 ml, 0.3 mg/0.3 ml</i>	3	QL (2/30)
<i>epinefrina, autoinyector para inyección, 0.15 mg/0.3 ml, 0.3 mg/0.3 ml</i>	2	QL (2/30)
<i>epinefrina, solución inyectable, 1 mg/ml</i>	4	
<i>clorhidrato de hidroxizina, comprimidos orales</i>	3	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 24.

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>levocetirizina, solución oral</i>	4	
<i>levocetirizina, comprimidos orales</i>	2	QL (30/30)
<i>prometazina oral</i>	2	PA
<i>prometazina, supositorio rectal, 12.5 mg, 25 mg</i>	4	
<i>promethegan, supositorio rectal, 25 mg, 50 mg</i>	4	
AGENTES PULMONARES		
<i>acetilcisteína</i>	3	B/D PA
ADEMPAS	5	PA; LA; QL (90/30); NDS
ADVAIR HFA	3	QL (12/30)
<i>sulfato de albuterol para inhalar, inhalador en aerosol de hfa, 90 mcg/activación (genérico de ProAir)</i>	4	QL (17/30)
ALBUTEROL SULFATE INHALATION, INHALADOR EN AEROSOL DE HFA, 90 MCG/ ACTIVACIÓN (GENÉRICO DE PROVENTIL)	4	QL (13.4/30)
<i>sulfato de albuterol para inhalar, inhalador en aerosol de hfa, 90 mcg/activación (genérico de Ventolin)</i>	4	QL (36/30)
<i>sulfato de albuterol para inhalar, solución para nebulización</i>	2	B/D PA
<i>sulfato de albuterol, jarabe oral</i>	2	
<i>sulfato de albuterol, comprimidos orales</i>	3	
<i>sulfato de albuterol, comprimidos orales, liberación prolongada, 12 horas</i>	2	
<i>alyq</i>	5	PA; QL (60/30); NDS
<i>ambrisentán</i>	5	PA; LA; QL (30/30); NDS
ANORO ELLIPTA	3	QL (60/30)
<i>arformoterol</i>	4	B/D PA

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
ARNUITY ELLIPTA	3	QL (30/30)
ATROVENT HFA	4	QL (25.8/30)
<i>bosentán</i>	5	PA; LA; NDS
BREO ELLIPTA	3	QL (60/30)
BROVANA	4	B/D PA
<i>budesonida, suspensión para inhalación para nebulización, 0.25 mg/2 ml, 0.5 mg/2 ml</i>	4	B/D PA; QL (120/30)
<i>budesonida, suspensión para inhalación para nebulización, 1 mg/2 ml</i>	4	B/D PA; QL (60/30)
COMBIVENT RESPIMAT	3	QL (8/30)
<i>cromoglicato para inhalar</i>	2	B/D PA
DALIRESP	4	PA; QL (30/30)
ESBRIET, CÁPSULAS ORALES	5	PA; QL (270/30); NDS
ESBRIET, COMPRIMIDOS ORALES, 267 MG	5	PA; QL (270/30); NDS
ESBRIET, COMPRIMIDOS ORALES, 801 MG	5	PA; QL (90/30); NDS
FLOVENT DISKUS PARA INHALAR, BLÍSTER CON DISPOSITIVO, 100 MCG/ ACTIVACIÓN, 50 MCG/ ACTIVACIÓN	3	QL (60/30)
FLOVENT DISKUS PARA INHALAR, BLÍSTER CON DISPOSITIVO, 250 MCG/ ACTIVACIÓN	3	QL (240/30)
FLOVENT, INHALADOR EN AEROSOL DE HFA, 110 MCG/ ACTIVACIÓN	3	QL (12/30)
FLOVENT, INHALADOR EN AEROSOL DE HFA, 220 MCG/ ACTIVACIÓN	3	QL (24/30)
FLOVENT, INHALADOR EN AEROSOL DE HFA, 44 MCG/ ACTIVACIÓN	3	QL (10.6/30)
<i>flunisolida</i>	3	QL (50/30)
<i>propionato de fluticasona nasal</i>	2	QL (16/30)

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 24.

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>propionato de fluticasona-salmeterol para inhalación, blíster con dispositivo</i>	2	QL (60/30)
<i>fumarato de formoterol</i>	3	B/D PA; QL (120/30)
HAEGARDA	5	PA; NDS
<i>icatibanto</i>	5	PA; QL (18/30); NDS
INCRUSE ELLIPTA	3	QL (30/30)
<i>bromuro de ipratropio para inhalar</i>	2	B/D PA
<i>ipratropio-albuterol</i>	2	B/D PA
KALYDECO, PAQUETE DE GRÁNULOS ORALES	5	PA; QL (56/28); NDS
KALYDECO, COMPRIMIDOS ORALES	5	PA; QL (60/30); NDS
<i>clorhidrato de levalbuterol</i>	4	B/D PA
<i>metaproterenol, jarabe oral</i>	3	
<i>mometasona nasal</i>	3	QL (34/30)
<i>montelukast, paquete de gránulos orales</i>	3	QL (30/30)
<i>montelukast, comprimidos orales</i>	2	QL (30/30)
<i>montelukast, comprimidos orales masticables</i>	2	QL (30/30)
OFEV	5	PA; QL (60/30); NDS
OPSUMIT	5	PA; LA; NDS
ORKAMBI, PAQUETE DE GRÁNULOS ORALES	5	PA; QL (56/28); NDS
ORKAMBI, COMPRIMIDOS ORALES	5	PA; QL (112/28); NDS
PERFOROMIST	3	B/D PA; QL (120/30)
PULMICORT, SUSPENSIÓN PARA INHALACIÓN PARA NEBULIZACIÓN, 0.25 MG/2 ML, 0.5 MG/2 ML	4	B/D PA; QL (120/30)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
PULMICORT, SUSPENSIÓN PARA INHALACIÓN PARA NEBULIZACIÓN, 1 MG/2 ML	4	B/D PA; QL (60/30)
PULMOZYME	5	B/D PA; QL (150/30); NDS
<i>sajazir</i>	5	PA; QL (18/30); NDS
SEREVENT DISKUS	3	QL (60/30)
<i>sildenafil (hipertensión arterial pulmonar), comprimidos orales</i>	3	PA; QL (90/30)
SYMDEKO	5	PA; QL (56/28); NDS
<i>tadalafil (hipertensión arterial pulmonar), comprimidos orales, 20 mg</i>	5	PA; QL (60/30); NDS
<i>terbutalina</i>	4	
THEO-24	4	
<i>teofilina, comprimidos orales, liberación prolongada, 12 horas, 300 mg, 450 mg</i>	3	
<i>teofilina, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas</i>	3	
TRELEGY ELLIPTA	3	QL (60/30)
TRIKAFTA	5	PA; NDS
VENTAVIS	5	PA; NDS
VENTOLIN HFA	3	QL (36/30)
<i>wixela inhub</i>	2	QL (60/30)
XHANCE	4	ST; QL (32/30)
XOLAIR, SOL. PARA RECONST. SUBCUTÁNEA	5	PA; LA; QL (6/28); NDS
XOLAIR, JERINGA SUBCUTÁNEA, 150 MG/ML	5	PA; LA; QL (4/28); NDS
XOLAIR, JERINGA SUBCUTÁNEA, 75 MG/0.5 ML	5	PA; LA; QL (1/28); NDS
XOPENEX	4	B/D PA
XOPENEX CONCENTRADO	4	B/D PA
YUPELRI	4	B/D PA; QL (90/30)
<i>zafirlukast</i>	3	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 24.

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
UROLÓGICOS		
ANTICOLINÉRGICOS/ANTIESPASMÓDICOS		
<i>darifenacina</i>	4	
<i>flavoxato</i>	2	
MYRBETRIQ, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA, 24 HORAS	3	
<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>	2	QL (60/30)
<i>solifenacina</i>	2	
<i>tolterodina</i>	3	
TOVIAZ	3	QL (30/30)
TRATAMIENTO DE LA HIPERPLASIA PROSTÁTICA BENIGNA (HPB)		
<i>alfuzosina</i>	2	
<i>dutasterida</i>	2	
<i>dutasterida-tamsulosina</i>	4	
<i>finasterida, comprimidos orales, 5 mg</i>	2	QL (30/30)
<i>tamsulosina</i>	2	QL (60/30)
AGENTES UROLÓGICOS VARIOS		
<i>cloruro de betanecol</i>	2	
CYSTAGON	4	LA
ELMIRON	5	NDS
K-PHOS ORIGINAL	4	
<i>citrato de potasio</i>	4	
RENACIDIN	4	
VITAMINAS, HEMATÍNICOS/ELECTROLITOS		
ELECTROLITOS		
<i>acetato de calcio (aglutinante de fosfato)</i>	2	
<i>klor-con</i>	2	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
KLOR-CON 10	3	
KLOR-CON 8	3	
<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>	4	
MAGNESIUM SULFATE IN D5W, INFUSIÓN SECUNDARIA INTRAVENOSA, 1 GRAMO/100 ML	4	
<i>sulfato de magnesio en agua</i>	4	
<i>sulfato de magnesio inyectable</i>	4	
POTASSIUM CHLORID-D5-0.45% NACL, SOLUCIÓN PARENTERAL INTRAVENOSA, 10 MEQ/L, 20 MEQ/L, 40 MEQ/L	4	
<i>cloruro de potasio en d5-nacl al 0.45%, solución parenteral intravenosa, 30 meq/l</i>	4	
<i>cloruro de potasio en nacl al 0.9%, solución parenteral intravenosa, 20 meq/l, 40 meq/l</i>	4	
<i>cloruro de potasio en dext. al 5%, solución parenteral intravenosa, 20 meq/l, 30 meq/l, 40 meq/l</i>	4	
<i>cloruro de potasio en lr-d5, solución parenteral intravenosa, 20 meq/l</i>	4	
<i>cloruro de potasio en agua, infusión secundaria intravenosa</i>	4	
<i>cloruro de potasio intravenoso</i>	4	
<i>cloruro de potasio, cápsulas orales, liberación prolongada</i>	2	
<i>cloruro de potasio, líquido oral</i>	4	
<i>cloruro de potasio, paquete oral</i>	2	
<i>cloruro de potasio, comprimidos orales, liberación prolongada</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 24.

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>cloruro de potasio, comprimidos orales, liberación prolongada, partículas/cristales</i>	1	
<i>cloruro de potasio-nacl al 0.45%</i>	4	
POTASSIUM CHLORIDE-D5-0.2% NACL, SOLUCIÓN PARENTERAL INTRAVENOSA, 20 MEQ/L	4	
<i>cloruro de potasio-d5-nacl al 0.2%, solución parenteral intravenosa, 30 meq/l, 40 meq/l</i>	4	
POTASSIUM CHLORIDE-D5-0.9% NACL	4	
<i>solución de lactato sódico compuesta intravenosa</i>	4	
<i>bicarbonato de sodio, jeringa intravenosa, 10 meq/10 ml (8.4%), 7.5% (0.9 meq/ml), 8.4% (1 meq/ml)</i>	4	
<i>cloruro de sodio al 0.45%, solución parenteral intravenosa</i>	4	
<i>cloruro de sodio al 3%</i>	4	
<i>cloruro de sodio al 5%</i>	4	
<i>cloruro de sodio intravenoso</i>	4	
TPN ELECTROLYTES	4	B/D PA
PRODUCTOS NUTRICIONALES VARIOS		
AMINOSYN II 15%	4	B/D PA
AMINOSYN-PF 7% (SIN SULFITOS)	4	B/D PA
CLINIMIX 5%/D15W, SIN SULFITOS	4	B/D PA
CLINIMIX 4.25%/D10W, SIN SULFITOS	4	B/D PA
CLINIMIX 5%-D20W (SIN SULFITOS)	4	B/D PA
CLINIMIX 6%-D5W (SIN SULFITOS)	4	B/D PA
CLINIMIX 8%-D10W (SIN SULFITOS)	4	B/D PA

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
CLINIMIX 8%-D14W (SIN SULFITOS)	4	B/D PA
CLINIMIX E 4.25%/D10W, SIN SULFITOS	4	B/D PA
CLINISOL SF 15%	4	B/D PA
<i>electrolitos-48 en d5w</i>	4	
INTRALIPID, EMULSIÓN INTRAVENOSA, 20%, 30%	4	B/D PA
KABIVEN	4	B/D PA
NUTRILIPID	4	B/D PA
PERIKABIVEN	4	B/D PA
PLENAMINE	4	B/D PA
PREMASOL 10%	4	B/D PA
PROCALAMINE 3%	4	B/D PA
PROSOL 20%	4	B/D PA
TRAVASOL 10%	4	B/D PA
TROPHAMINE 10%	4	B/D PA
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	3	

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 24.

Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA	
A		acetato de octreotida, solución inyectable, 100 mcg/ml, 200 mcg/ml	38	ADVAIR HFA	75	
	abacavir, comprimidos orales	26	acetato de prednisolona	74	AFINITOR, COMPRIMIDOS ORALES, 10 MG	33
	abacavir-lamivudina	26	acetazolamida	74	AFINITOR DISPERZ, COMPRIMIDOS ORALES PARA SUSPENSIÓN, 2 MG	33
	abacavir-lamivudina-zidovudina	26	acetazolamida sódica	74	AFINITOR DISPERZ, COMPRIMIDOS ORALES PARA SUSPENSIÓN, 3 MG, 5 MG	33
	abacavir, solución oral	26	acetilcisteína	75	afirmelle	70
	ABELCET	26	aciclovir, cápsulas orales	26	agua para irrigación, estéril	59
	ABILIFY MAINTENA	47	aciclovir, comprimidos orales	26	AGUJAS, INSULINA DES., DE SEGURIDAD	62
	abiraterona, comprimidos orales, 250 mg	33	aciclovir, pomada tópica	57	AIMOVIG, AUTOINYECTOR	43
	abiraterona, comprimidos orales, 500 mg	33	aciclovir sódico, solución intravenosa	26	ak-poly-bac	73
	ABRAXANE	33	aciclovir, suspensión oral, 200 mg/5 ml	26	ala-cort, crema tópica, 1%	57
	acamprosato	58	ácido acético ótico (oído)	60	albendazol	30
	acarbose, comprimidos orales, 25 mg	60	ácido aminocaproico oral	53	ALBUTEROL SULFATE INHALATION, INHALADOR EN AEROSOL DE HFA, 90 MCG/ACTIVACIÓN (GENÉRICO DE PROVENTIL)	75
	acarbose, comprimidos orales, 50 mg	60	ácido fenofibrico (colina)	54	alclometasona	57
	acarbose, comprimidos orales, 100 mg	60	ácido tranexámico oral	70	ALDURAZYME	63
	acebutolol	51	ácido valproico	42	ALECENSA	33
	acetaminofeno-codeína, comprimidos orales, 300-15 mg, 300-30 mg	45	ácido valproico (como sal sódica)	42	alendronato, comprimidos orales, 10 mg, 5 mg	68
	acetaminofeno-codeína, comprimidos orales, 300-60 mg	45	ácido zoledrónico-manitol-agua, infusión secundaria intravenosa, 4 mg/100 ml	64	alendronato, comprimidos orales, 35 mg, 70 mg	68
	acetaminofeno-codeína, solución oral, 120 mg-12 mg/5 ml (5 ml), 120-12 mg/5 ml, 300 mg-30 mg/12.5 ml	45	ácido zoledrónico-manitol-agua, infusión secundaria intravenosa, 5 mg/100 ml	59	alfuzosina	77
	acetato de calcio (aglutinante de fosfato)	77	ácido zoledrónico, solución intravenosa	64	ALIMTA	33
	acetato de metilprednisolona	60	acitretina	55	ALIQOPA	33
	acetato de noretisterona	70	ACTHIB (PF)	67	aliskireno	51
	acetato de noretisterona-etinilestradiol, comprimidos orales, 0.5-2.5 mg-mcg	70	ACTIMMUNE	67	alopurinol	68
	acetato de octreotida, solución inyectable, 1,000 mcg/ml, 500 mcg/ml	38	ADACEL (TDAP ADOLESC./ADULTOS) (PF)	67	ALORA	70
	acetato de octreotida, solución inyectable, 50 mcg/ml	38	ADASUVE	47	alosetrón	65
			ADCETRIS	33	ALPHAGAN P, GOTAS OFTÁLMICAS (OJOS), 0.1%	74
			adefovir	26	alprazolam, comprimidos de desintegración oral, 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg	47
			ADEMPAS	75	alprazolam, comprimidos de desintegración oral, 2 mg	47
			adriamicina, sol. para reconst. intravenosa, 10 mg	33		
			adriamicina, solución intravenosa	33		
			adrucil, solución intravenosa, 2.5 gramos/50 ml	33		

Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
<i>alprazolam, comprimidos orales, 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg</i>	47	<i>amoxicilina-clavulanato de pot., suspensión oral para reconstitución</i> . 32		ARCALYST	67
<i>alprazolam, comprimidos orales, 2 mg</i>	47	<i>amoxicilina, comprimidos orales</i>	32	<i>arformoterol</i>	75
<i>altavera (28)</i>	70	<i>amoxicilina, comprimidos orales masticables, 125 mg, 250 mg</i>	32	ARIKAYCE	30
ALUNBRIG, COMPRIMIDOS ORALES, 30 MG	34	<i>amoxicilina, suspensión oral para reconstitución</i>	32	<i>aripiprazol, comprimidos de desintegración oral</i>	47
ALUNBRIG, COMPRIMIDOS ORALES, 180 MG, 90 MG	33	<i>ampicilina, cápsulas orales, 500 mg</i> . 32		<i>aripiprazol, comprimidos orales</i>	47
ALUNBRIG, COMPRIMIDOS ORALES, PAQUETE DOSIFICADO . 34		<i>ampicilina sódica</i>	32	<i>aripiprazol, solución oral</i>	47
<i>alyacen 1/35 (28)</i>	70	<i>ampicilina-sulbactam</i>	32	ARISTADA	47
<i>alyacen 7/7/7 (28)</i>	70	<i>anagrelida</i>	58	ARISTADA INITIO	47
<i>alyq</i>	75	<i>anastrozol</i>	34	<i>armodafinil</i>	47
AMBISOME	26	<i>anfotericina b</i>	26	ARNUITY ELLIPTA	75
<i>ambrisentán</i>	75	ANORO ELLIPTA	75	ARRANON	34
<i>amethia</i>	70	APOKYN	43	ARZERRA	34
<i>amethyst (28)</i>	70	<i>apraclonidina</i>	74	<i>ashlyna</i>	70
<i>amikacina, solución inyectable, 1,000 mg/4 ml, 500 mg/2 ml</i>	30	<i>aprepitant</i>	65	<i>aspirina-dipiridamol</i>	53
<i>amilorida</i>	51	<i>apri</i>	70	ASTAGRAF XL, CÁPSULAS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA, 24 HORAS, 0.5 MG, 1 MG	34
<i>amilorida-hidroclorotiazida</i>	51	APTOM, COMPRIMIDOS ORALES, 200 MG	41	ASTAGRAF XL, CÁPSULAS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA, 24 HORAS, 5 MG . 34	
AMINOSYN II 15%	78	APTOM, COMPRIMIDOS ORALES, 400 MG	41	<i>atazanavir, cápsulas orales, 150 mg, 300 mg</i>	26
AMINOSYN-PF 7% (SIN SULFITOS)	78	APTOM, COMPRIMIDOS ORALES, 600 MG, 800 MG	41	<i>atazanavir, cápsulas orales, 200 mg</i>	26
<i>amiodarona oral</i>	51	APTIVUS	26	<i>atenolol</i>	51
<i>amiodarona, solución intravenosa</i> . 51		ARALAST NP	58	<i>atenolol-clortalidona</i>	51
<i>amitriptilina</i>	47	<i>aranelle (28)</i>	70	ATGAM	67
<i>amlodipina</i>	51	ARANESP (EN POLISORBATO), JERINGA INYECTABLE, 10 MCG/0.4 ML, 25 MCG/0.42 ML, 40 MCG/0.4 ML	67	<i>atomoxetina, cápsulas orales, 10 mg, 18 mg, 25 mg, 40 mg</i>	47
<i>amlodipina-benazepril</i>	51	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	67	<i>atomoxetina, cápsulas orales, 100 mg, 60 mg, 80 mg</i>	47
<i>amlodipina-valsartán</i>	51	ARANESP (EN POLISORBATO), SOLUCIÓN INYECTABLE, 25 MCG/ML, 40 MCG/ML	67	<i>atorvastatina</i>	54
<i>amlodipina-valsartán-HCTZ</i>	51	ARANESP (EN POLISORBATO), SOLUCIÓN INYECTABLE, 100 MCG/ML, 200 MCG/ML, 300 MCG/ML, 60 MCG/ML	67	<i>atovacuona</i>	30
<i>amnestem</i>	56			<i>atovacuona-proguanil</i>	30
<i>amoxapina</i>	47			ATRIPLA	26
<i>amoxicilina, cápsulas orales</i>	32			<i>atropina, gotas oftálmicas (ojos)</i> 73	
<i>amoxicilina-clavulanato de pot., comprimidos orales</i>	32			<i>atropina, jeringa inyectable, 0.05 mg/ml, 0.1 mg/ml</i>	65
<i>amoxicilina-clavulanato de pot., comprimidos orales, liberación prolongada, 12 horas</i>	32			<i>atropina, solución inyectable, 0.4 mg/ml</i>	65
<i>amoxicilina-clavulanato de pot., comprimidos orales masticables</i>	32				

Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
ATROVENT HFA	75	aztreonam, sol. para reconst. inyect., 2 gramos	30	bicarbonato de sodio, jeringa intravenosa, 10 meq/10 ml (8.4%), 7.5% (0.9 meq/ml), 8.4% (1 meq/ml)	78
aubra	70	azurette (28)	70	BICILLIN L-A	32
aubra eq	70	B		BIDIL	51
aurovela 1.5/30 (21)	70	bacitracina intramuscular	30	BIKTARVY	26
aurovela 1/20 (21)	70	bacitracina oftálmica (ojos)	73	bimatoprost oftálmico (ojos)	74
aurovela 24 fe	70	bacitracina-polimixina b- oftálmica (ojos)	73	BINOSTO	69
aurovela fe 1.5/30 (28)	70	baclofeno, comprimidos orales, 10 mg, 5 mg	44	bisoprolol-hidroclorotiazida	51
aurovela fe 1-20 (28)	70	baclofeno, comprimidos orales, 20 mg	44	BLENREP	34
AURYXIA	58	balsalazida	65	bleomicina	34
AUSTEDO, COMPRIMIDOS ORALES, 6 MG	43	BALVERSA	34	BLEPHAMIDE	73
AUSTEDO, COMPRIMIDOS ORALES, 12 MG, 9 MG	43	balziva (28)	71	BLEPHAMIDE S.O.P.	73
aviane	70	BANZEL	41	BLINCYTO, KIT INTRAVENOSO ..	34
avita	56	BAQSIMI	60	blisovi 24 fe	71
AVONEX, KIT DE JERINGA INTRAMUSCULAR	67	BARACLUDE, SOLUCIÓN ORAL ..	26	blisovi fe 1.5/30 (28)	71
AVONEX, KIT DE LAPICERA PARA INYECCIÓN INTRAMUSCULAR	67	BAVENCIO	34	blisovi fe 1/20 (28)	71
AVSOLA	65	BCG (PF), VACUNA CON VIRUS VIVOS	67	BOOSTRIX TDAP	68
ayuna	70	BD, AGUJA PARA LAPICERA	61	BORTEZOMIB	34
AYVAKIT	34	BELEODAQ	34	bosentán	75
azacitidina	34	benazepril	51	BOSULIF, COMPRIMIDOS ORALES, 100 MG	34
azalastina oftálmica (ojos)	73	benazepril-hidroclorotiazida	51	BOSULIF, COMPRIMIDOS ORALES, 400 MG, 500 MG	34
AZASAN	34	BENDEKA	34	BOTOX	68
AZASITE	73	BENLYSTA	69	BRAFTOVI, CÁPSULAS ORALES, 75 MG	34
azatioprina, comprimidos orales, 50 mg	34	benzatropina inyectable	43	BREO ELLIPTA	75
azatioprina, comprimidos orales, 100 mg, 75 mg	34	benzatropina oral	43	briellyn	71
azatioprina sódica	34	BESIVANCE	73	BRILINTA	53
azelastina nasal	59	BESPONSA	34	brimonidina, gotas oftálmicas (ojos), 0.2%	74
azitromicina, comprimidos orales ..	29	betametasona, aumentada	57	brimonidina, gotas oftálmicas (ojos), 0.15%	74
azitromicina intravenosa	29	BETASERON, KIT PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA	67	brinzolamida	74
azitromicina, paquete oral	29	betaxolol oral	51	BRIVIACT, COMPRIMIDOS ORALES	41
azitromicina, suspensión oral para reconstitución	29	bexaroteno	34	BRIVIACT INTRAVENOSO	41
AZOPT	74	BEXSERO	68	BRIVIACT, SOLUCIÓN ORAL	41
aztreonam, sol. para reconst. inyect., 1 gramo	30	bicalutamida	34	bromfenaco	74
				bromocriptina	43

Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
<i>bromuro de ipratropio nasal</i>	59	<i>butirato de hidrocortisona- emoliente</i>	58	CARBAGLU	58
<i>bromuro de ipratropio para inhalar</i> . .	76	<i>butirato de hidrocortisona, pomada tópica</i>	58	<i>carbamazepina, cápsulas orales, liberación prolongada, multifásica, 12 horas</i>	41
<i>bromuro de piridostigmina, comprimidos orales, 60 mg.</i>	44	<i>butirato de hidrocortisona, solución tópica</i>	58	<i>carbamazepina, comprimidos orales</i>	41
<i>bromuro de piridostigmina, comprimidos orales, liberación prolongada</i>	44	<i>butorfanol nasal</i>	46	<i>carbamazepina, comprimidos orales, liberación prolongada, 12 horas</i> . . .	41
<i>bromuro de piridostigmina, jarabe oral</i>	44	BYDUREON BCISE	61	<i>carbamazepina, comprimidos orales masticables</i>	41
BROVANA	75	BYSTOLIC	51	<i>carbamazepina, suspensión oral, 100 mg/5 ml, 200 mg/10 ml.</i> . .	41
BRUKINSA	34	C		<i>carbidopa</i>	43
<i>budesonida, cápsulas orales, liberación retardada y prolongada</i> . .	65	CABENUVA	26	<i>carbidopa-levodopa, comprimidos de desintegración oral</i>	43
<i>budesonida, comprimidos orales, liberación retardada y prolongada</i> . .	65	<i>cabergolina</i>	64	<i>carbidopa-levodopa, comprimidos orales</i>	43
<i>budesonida, suspensión para inhalación para nebulización, 0.25 mg/2 ml, 0.5 mg/2 ml.</i>	75	CABOMETYX, COMPRIMIDOS ORALES, 20 MG, 60 MG	34	<i>carbidopa-levodopa, comprimidos orales, liberación prolongada</i>	43
<i>budesonida, suspensión para inhalación para nebulización, 1 mg/2 ml</i>	75	CABOMETYX, COMPRIMIDOS ORALES, 40 MG	34	<i>carbidopa-levodopa-entacapona</i> . . .	43
<i>bumetanida inyectable</i>	51	<i>calcipotrieno, crema tópica</i>	55	<i>carbonato de litio</i>	49
<i>bumetanida oral</i>	51	<i>calcipotrieno, cuero cabelludo</i>	55	<i>carboplatino, solución intravenosa</i> . .	34
<i>buprenorfina-naloxona, comprimidos sublinguales, 2-0.5 mg</i>	46	<i>calcipotrieno, pomada tópica</i>	55	<i>carmustina</i>	34
<i>buprenorfina-naloxona, comprimidos sublinguales, 8-2 mg</i> . .	46	<i>calcitonina (salmón), inyección</i> . . .	64	CARNITOR INTRAVENOSO	58
<i>buprenorfina-naloxona, película sublingual, 2-0.5 mg</i>	46	<i>calcitonina (salmón), nasal</i>	64	<i>carteolol</i>	73
<i>buprenorfina-naloxona, película sublingual, 4-1 mg, 8-2 mg</i>	46	<i>calcitriol oral</i>	64	<i>cartia xt</i>	51
<i>buprenorfina-naloxona, película sublingual, 12-3 mg.</i>	46	<i>calcitriol, solución intravenosa, 1 mcg/ml</i>	64	<i>carvedilol</i>	51
<i>buprenorfina, parche transdérmico semanal, 7.5 mcg/hora.</i>	45	<i>calcitriol tópico</i>	55	<i>casprofungina</i>	26
BUPRENORPHINE, PARCHÉ TRANSDÉRMICO SEMANAL, 10 MCG/HORA, 15 MCG/HORA, 20 MCG/HORA, 5 MCG/HORA	45	CALQUENCE	34	CAYSTON	30
<i>buspirona</i>	47	<i>camila</i>	70	<i>caziant (28)</i>	71
<i>busulfán</i>	34	<i>camrese</i>	71	<i>cefaclor, cápsulas orales</i>	28
<i>butirato de hidrocortisona, crema tópica</i>	58	<i>camrese lo</i>	71	<i>cefaclor, suspensión oral para reconstitución, 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml, 375 mg/5 ml.</i>	28
		<i>candesartán, comprimidos orales, 16 mg, 4 mg, 8 mg</i>	51	<i>cefadroxilo, cápsulas orales</i>	28
		<i>candesartán, comprimidos orales, 32 mg</i>	51	<i>cefadroxilo, comprimidos orales</i> . . .	28
		<i>candesartán-hidroclorotiazida</i>	51	<i>cefadroxilo, suspensión oral para reconstitución, 250 mg/5 ml, 500 mg/5 ml.</i>	28
		CAPLYTA	47	<i>cefalexina, cápsulas orales, 250 mg, 500 mg</i>	29
		CAPRELSA, COMPRIMIDOS ORALES, 100 MG	34	<i>cefalexina, suspensión oral para reconstitución</i>	29
		CAPRELSA, COMPRIMIDOS ORALES, 300 MG	34		
		<i>caproato de hidroxiprogesterona</i> . .	70		

Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
<i>cefazolina en dextrosa (iso-osm.), infusión secundaria intravenosa, 1 gramo/50 ml, 2 gramos/50 ml.</i>	29	CELONTIN, CÁPSULAS ORALES, 300 MG	41	<i>ciprofloxacina en dextrosa al 5%</i>	32
<i>cefazolina intravenosa</i>	29	CEREZYME, SOL. PARA RECONST. INTRAVENOSA, 400 UNIDADES	64	CIPRO HC	60
<i>cefazolina, sol. para reconst. inject., 1 g, 10 g, 100 g, 300 g, 500 mg.</i>	29	CHANTIX	59	CIPRO, RECONST. DE MICROCÁPSULAS PARA SUSPENSIÓN ORAL	32
CEFAZOLIN EN DEXTROSA (ISO-OSM.), INFUSIÓN SECUNDARIA INTRAVENOSA, 2 GRAMOS/100 ML	29	CHANTIX, PAQUETE MENSUAL DE CONTINUACIÓN	59	<i>cisplatino, solución intravenosa.</i>	34
<i>cefdinir, cápsulas orales.</i>	29	CHANTIX, PAQUETE MENSUAL INICIAL	59	<i>citalopram, comprimidos orales.</i>	47
<i>cefedinir, suspensión oral para reconstitución</i>	29	<i>charlotte 24 fe.</i>	71	<i>citalopram, solución oral</i>	47
<i>cefepima en dextrosa, iso-osm.</i>	29	<i>chateal (28)</i>	71	<i>citarabina</i>	35
<i>cefepima inyectable</i>	29	<i>chateal eq (28)</i>	71	<i>citarabina (pf)</i>	35
CEFEPIME EN DEXTROSA 5%	29	CHEMET	58	<i>citrato de fentanilo, pastilla bucal con aplicador.</i>	45
CEFEPIME, INTRAVENOSO	29	CHORIONIC GONADOTROPIN, HUMANA INTRAMUSCULAR	64	<i>citrato de fentanilo (pf), jeringa intravenosa, 100 mcg/2 ml (50 mcg/ml).</i>	45
<i>cefixima.</i>	29	<i>ciclobenzaprina, comprimidos orales, 10 mg, 5 mg</i>	44	<i>citrato de fentanilo (pf), jeringa inyectable, 50 mcg/ml.</i>	45
<i>ceftaclor, comprimidos orales, liberación prolongada, 12 horas</i>	28	<i>ciclodan, solución tópica</i>	56	<i>citrato de fentanilo (pf), solución inyectable</i>	45
CEFOTETAN EN DEXTROSA, ISO-OSM.	29	<i>ciclofosfamida oral.</i>	35	<i>citrato de potasio</i>	77
<i>cefotetan inyectable</i>	29	<i>ciclofosfamida, sol. para reconst. intravenosa</i>	34	<i>cladribina</i>	34
<i>cefoxitina</i>	29	<i>ciclopirox, champú tópico</i>	56	<i>claravis</i>	56
<i>cefoxitina en dextrosa, iso-osm.</i>	29	<i>ciclopirox, crema tópica</i>	56	<i>claritromicina, comprimidos orales.</i>	29
<i>cefpodoxima</i>	29	<i>ciclopirox, solución tópica</i>	57	<i>claritromicina, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas</i>	29
<i>cefprozilo</i>	29	<i>ciclopirox, suspensión tópica</i>	57	<i>claritromicina, suspensión oral para reconstitución</i>	29
<i>ceftazidima.</i>	29	<i>ciclosporina, cápsulas orales.</i>	35	<i>clindacin etz, paño tópico</i>	56
CEFTAZIDIME IN D5W	29	<i>ciclosporina intravenosa</i>	35	<i>clindacin p</i>	56
<i>ceftriaxona en dextrosa, iso-osm.</i>	29	<i>ciclosporina modificada</i>	35	<i>clindamicina en dextrosa al 5%</i>	30
<i>ceftriaxona intravenosa</i>	29	<i>cilostazol.</i>	53	<i>clindamicina pediátrica.</i>	30
<i>ceftriaxona, sol. para reconst. inject., 1 gramo, 10 gramos, 2 gramos, 250 mg, 500 mg.</i>	29	CILOXAN, POMADA OFTÁLMICA (OJOS)	73	CLINDAMYCIN EN CLORURO DE SODIO AL 0.9%	30
CEFTRIAZONE, SOL. PARA RECONST. INJECT., 100 GRAMOS	29	CIMDUO	26	CLINDAMYCIN PHOSPHATE, GEL TÓPICO, UNA VEZ AL DÍA.	56
<i>cefuroxima axetilo, comprimidos orales.</i>	29	<i>cinacalcet, comprimidos orales, 30 mg, 60 mg</i>	64	CLINIMIX, 4.25%/D5W, SIN SULFITOS	58
<i>cefuroxima sódica intravenosa</i>	29	<i>cinacalcet, comprimidos orales, 90 mg</i>	64	CLINIMIX 4.25%/D10W, SIN SULFITOS	78
<i>cefuroxima sódica, sol. para reconst. inject., 750 mg.</i>	29	<i>cipionato de testosterona, aceite intramuscular, 100 mg/ml, 200 mg/ml (1 ml)</i>	64	CLINIMIX 5%/D15W, SIN SULFITOS	78
<i>celecoxib.</i>	46	CIPRODEX	60	CLINIMIX 5%-D20W (SIN SULFITOS)	78
		<i>ciprofloxacina-dexametasona</i>	60		

Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
CLINIMIX 6%-D5W (SIN SULFITOS)	78	clorazepato dipotásico, comprimidos orales, 15 mg.	47	clorhidrato de diltiazem, cápsulas orales, liberación prolongada, 24 horas, 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg.	52
CLINIMIX 8%-D10W (SIN SULFITOS)	78	clorhidrato de amantadina.	26	clorhidrato de diltiazem, cápsulas orales, liberación prolongada, 24 horas, 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg, 420 mg ..	52
CLINIMIX 8%-D14W (SIN SULFITOS)	78	clorhidrato de buprenorfina, inyectable.	45	clorhidrato de diltiazem, cápsulas orales, liberación prolongada, 24 horas, 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg, 420 mg ..	52
CLINIMIX E 4.25%/D10W, SIN SULFITOS.	78	clorhidrato de buprenorfina sublingual.	45	clorhidrato de diltiazem, cápsulas orales, liberación prolongada, 24 horas, degradable ..	51
CLINISOL SF 15%	78	clorhidrato de bupropión (agente para dejar de fumar)	59	clorhidrato de diltiazem, cápsulas orales, liberación prolongada, 24 horas, degradable ..	51
clobazam, comprimidos orales	41	clorhidrato de bupropión, comprimidos orales, 75 mg.	47	clorhidrato de diltiazem, comprimidos orales.	52
clobazam, suspensión oral.	41	clorhidrato de bupropión, comprimidos orales, 100 mg	47	clorhidrato de diltiazem, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas	52
clobetasol, champú tópico.	57	clorhidrato de bupropión, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas, 150 mg.	47	clorhidrato de diltiazem intravenoso	51
clobetasol, crema tópica	57	clorhidrato de bupropión, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas, 300 mg.	47	clorhidrato de flufenazina, comprimidos orales.	49
clobetasol-emoliente, crema tópica	57	clorhidrato de bupropión, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas, 300 mg.	47	clorhidrato de flufenazina, concentrado oral	48
clobetasol-emoliente, espuma tópica	57	clorhidrato de bupropión, comprimidos orales, liberación sostenida, 12 horas.	47	clorhidrato de flufenazina, elixir oral. .	48
clobetasol, espuma tópica.	57	clorhidrato de ciprofloxacina, comprimidos orales, 100 mg	32	clorhidrato de flufenazina inyectable .	48
clobetasol, pomada tópica	57	clorhidrato de ciprofloxacina, comprimidos orales, 250 mg, 500 mg, 750 mg.	32	clorhidrato de granisetron intravenoso	65
CLOCORTOLONE PIVALATE	57	clorhidrato de ciprofloxacina oftálmico (ojos)	73	clorhidrato de granisetron oral	65
clodan	57	clorhidrato de clindamicina	30	clorhidrato de hidroxizina, comprimidos orales.	74
clofarabina	34	clorhidrato de clonidina, comprimidos orales, 0.1 mg, 0.2 mg	51	clorhidrato de imipramina	49
clomipramina	47	clorhidrato de clonidina, comprimidos orales, 0.3 mg	51	clorhidrato de levalbuterol.	76
clonazepam, comprimidos de desintegración oral, 0.125 mg, 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg	41	clorhidrato de clonidina, comprimidos orales, liberación prolongada, 12 horas	47	clorhidrato de lidocaína, gel para membrana mucosa	55
clonazepam, comprimidos de desintegración oral, 2 mg	41	clorhidrato de difenhidramina, solución inyectable, 50 mg/ml	74	clorhidrato de lidocaína, gel para membrana mucosa en aplicador.	56
clonazepam, comprimidos orales, 0.5 mg, 1 mg	41	clorhidrato de diltiazem, cápsulas orales, liberación prolongada, 12 horas	51	clorhidrato de lidocaína, laringotraqueal.	55
clonazepam, comprimidos orales, 2 mg.	41			clorhidrato de lidocaína, solución inyectable	55
clonidina	51			clorhidrato de lidocaína, solución para membrana mucosa, 2%.	56
clopidogrel, comprimidos orales, 75 mg	53			clorhidrato de lidocaína, solución para membrana mucosa, 4% (40 mg/ml)	56
clopidogrel, comprimidos orales, 300 mg	53			clorhidrato de melfalán	37
clorazepato dipotásico, comprimidos orales, 3.75 mg.	47				
clorazepato dipotásico, comprimidos orales, 7.5 mg	47				

Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
clorhidrato de metilfenidato, comprimidos orales.....	49	cloruro de oxibutinina, comprimidos orales.....	77	clotrimazol-betametasona, loción tópica.....	57
clorhidrato de metilfenidato, comprimidos orales, liberación prolongada.....	49	cloruro de oxibutinina, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas.....	77	clotrimazol, crema tópica.....	57
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).....	49	cloruro de oxibutinina, jarabe oral.....	77	clotrimazol, membrana mucosa.....	26
clorhidrato de metoclopramida, comprimidos orales.....	66	cloruro de potasio, cápsulas orales, liberación prolongada.....	77	clotrimazol, solución tópica.....	57
clorhidrato de metoclopramida, solución oral.....	66	cloruro de potasio, comprimidos orales, liberación prolongada.....	77	clozapina, comprimidos de desintegración oral.....	47
clorhidrato de ondansetrón, comprimidos orales.....	66	cloruro de potasio, comprimidos orales, liberación prolongada, partículas/cristales.....	78	clozapina, comprimidos orales.....	47
clorhidrato de ondansetrón intravenoso.....	66	cloruro de potasio-d5-nacl al 0.2%, solución parenteral intravenosa, 30 meq/l, 40 meq/l.....	78	COARTEM.....	30
clorhidrato de ondansetrón (pf).....	66	cloruro de potasio en agua, infusión secundaria intravenosa.....	77	colchicina, comprimidos orales.....	68
clorhidrato de ondansetrón, solución oral.....	66	cloruro de potasio en d5-nacl al 0.45%, solución parenteral intravenosa, 30 meq/l.....	77	colesevelam.....	54
clorhidrato de paroxetina, comprimidos orales.....	50	cloruro de potasio en dext. al 5%, solución parenteral intravenosa, 20 meq/l, 30 meq/l, 40 meq/l.....	77	colestipol.....	54
clorhidrato de paroxetina, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas.....	50	cloruro de potasio en lr-d5, solución parenteral intravenosa, 20 meq/l.....	77	colestiramina (con azúcar).....	54
clorhidrato de paroxetina, suspensión oral.....	50	cloruro de potasio en nacl al 0.9%, solución parenteral intravenosa, 20 meq/l, 40 meq/l.....	77	colestiramina suave.....	54
clorhidrato de pilocarpina, gotas oftálmicas (ojos), 1%, 2%, 4%.....	73	cloruro de potasio intravenoso.....	77	colistina (colistimetato sódico).....	30
clorhidrato de pilocarpina oral.....	59	cloruro de potasio, líquido oral.....	77	COMBIGAN.....	74
clorhidrato de selegilina.....	43	cloruro de potasio-nacl al 0.45%.....	78	COMBIVENT RESPIMAT.....	75
clorhidrato de terbinafina oral.....	26	cloruro de potasio, paquete oral.....	77	COMETRIQ, CÁPSULAS ORALES, 60 MG/DÍA (20 MG X 3/DÍA).....	34
clorhidrato de ziprasidona.....	51	cloruro de sodio al 0.9%, intravenoso.....	59	COMETRIQ, CÁPSULAS ORALES, 100 MG/DÍA (80 MG X 1-20 MG X 1).....	34
clorotiazida sódica.....	51	cloruro de sodio al 0.45%, solución parenteral intravenosa.....	78	COMETRIQ, CÁPSULAS ORALES, 140 MG/DÍA (80 MG X 1-20 MG X 3).....	34
clorpromazina, comprimidos orales.....	47	cloruro de sodio al 3%.....	78	COMPLERA.....	26
clorpromazina, concentrado oral.....	47	cloruro de sodio al 5%.....	78	compro.....	65
clorpromazina inyectable.....	47	cloruro de sodio intravenoso.....	78	constulosa.....	65
clortalidona, comprimidos orales, 25 mg, 50 mg.....	51	cloruro de sodio para irrigación.....	59	COPAXONE, JERINGA SUBCUTÁNEA, 20 MG/ML.....	43
cloruro de betanecol.....	77	clotrimazol-betametasona, crema tópica.....	57	COPAXONE, JERINGA SUBCUTÁNEA, 40 MG/ML.....	43
				COPIKTRA.....	34
				CORLANOR, COMPRIMIDOS ORALES.....	55
				CORTIFOAM.....	65
				CORTISPORIN-TC.....	60
				COSMEGEN.....	34
				COTELLIC.....	34
				CREON.....	65
				CRESEMBA ORAL.....	26
				cromoglicato oftálmico (ojos).....	73
				cromoglicato oral.....	65

Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
<i>cromoglicato para inhalar</i>	75	<i>daunorrubicina,</i> <i>solución intravenosa</i>	35	<i>dexametasona, comprimidos</i> <i>orales, 0.5 mg, 0.75 mg, 4 mg</i>	60
<i>cryselle (28)</i>	71	DAURISMO, COMPRIMIDOS ORALES, 25 MG	35	<i>dexametasona, comprimidos</i> <i>orales, 1 mg, 1.5 mg, 2 mg, 6 mg</i>	60
<i>cyclafem 1/35 (28)</i>	71	DAURISMO, COMPRIMIDOS ORALES, 100 MG	35	<i>dexametasona, elixir oral</i>	60
<i>cyclafem 7/7/7 (28)</i>	71	<i>daysee</i>	71	<i>dexametasona, intensol</i>	60
CYCLOPHOSPHAMIDE, SOLUCIÓN INTRAVENOSA	35	<i>deblitane</i>	70	<i>dexametasona, solución oral</i>	60
CYCLOSERINE	30	<i>decanoato de flufenazina</i>	48	<i>dexmetilfenidato,</i> <i>comprimidos orales</i>	47
CYCLOSET	61	<i>decanoato de haloperidol</i>	49	<i>dextroanfetamina-anfetamina,</i> <i>cápsulas orales, liberación</i> <i>prolongada, 24 horas</i>	48
CYRAMZA	35	<i>decitabina</i>	35	<i>dextroanfetamina-anfetamina,</i> <i>comprimidos orales, 5 mg</i>	48
<i>cyred</i>	71	<i>deferasirox, comprimidos orales</i>	58	<i>dextroanfetamina-anfetamina,</i> <i>comprimidos orales, 10 mg</i>	48
<i>cyred eq</i>	71	<i>deferasirox, paquete</i> <i>de gránulos orales</i>	58	<i>dextroanfetamina-anfetamina,</i> <i>comprimidos orales, 12.5 mg,</i> <i>30 mg, 7.5 mg</i>	48
CYSTADANE	65	<i>deferiprona</i>	58	<i>dextroanfetamina-anfetamina,</i> <i>comprimidos orales, 15 mg</i>	48
CYSTAGON	77	DELESTROGEN, ACEITE INTRAMUSCULAR, 10 MG/ML	70	<i>dextroanfetamina-anfetamina,</i> <i>comprimidos orales, 20 mg</i>	48
CYSTARAN	73	DELSTRIGO	26	<i>dextroanfetamina, cápsulas</i> <i>orales, liberación prolongada</i>	47
D		<i>demeclociclina</i>	33	<i>dextroanfetamina,</i> <i>comprimidos orales</i>	48
<i>dacarbazina</i>	35	DEMSEER	51	<i>dextroanfetamina, solución oral</i>	47
<i>dactinomycin</i>	35	DENAVIR	57	<i>dextrosa al 5%-cloruro</i> <i>de sodio al 0.2%</i>	59
<i>d al 2.5%-cloruro de sodio al 0.45%</i>	58	DEPEN TITRATABS	69	<i>dextrosa al 5%-cloruro</i> <i>de sodio al 0.3%</i>	59
<i>d al 5%-cloruro de sodio al 0.45%</i>	58	DEPO-ESTRADIOL	70	<i>dextrosa al 5% en agua (d5w),</i> <i>infusión secundaria intravenosa</i>	58
<i>d al 10%-cloruro de sodio al 0.45%</i>	58	DEPO-MEDROL	60	<i>dextrosa al 5%-solución de</i> <i>lactato sódico compuesta</i>	58
<i>dalfampridina</i>	43	DESCOVY	26	<i>dextrosa al 10% y nacl al 0.2%</i>	58
DALIRESP	75	<i>desipramina</i>	47	<i>dextrosa al 25% en agua (d25w)</i>	58
<i>danazol</i>	64	<i>desloratadina, comprimidos orales</i>	74	<i>dextrosa al 30% en agua (d30w)</i>	58
<i>dantroleno oral</i>	44	<i>desmopresina inyectable</i>	64	<i>dextrosa al 50% en agua (d50w)</i>	59
DANYELZA	35	<i>desmopresina oral</i>	64	<i>dextrosa al 70% en agua (d70w)</i>	59
<i>dapsona oral</i>	30	<i>desmopresina, rociador</i> <i>nasal con bomba</i>	64	DEXTROSE 5% IN WATER (D5W), SOLUCIÓN PARENTERAL INTRAVENOSA	58
DAPTACEL (DTAP PEDIÁTRICA) (PF)	68	<i>desmopresina, rociador nasal no</i> <i>aerosol, 10 mcg/aplicación (0.1 ml)</i>	64		
<i>daptomicina, sol. para reconst.</i> <i>intravenosa, 500 mg</i>	30	<i>desog-e.estradiol/e.estradiol</i>	71		
DAPTOMYCIN, SOL. PARA RECONST. INTRAVENOSA, 350 MG	30	<i>desogestrel-etinilestradiol</i>	71		
<i>darifenacina</i>	77	<i>desonida, crema tópica</i>	57		
DARZALEX	35	<i>desonida, loción tópica</i>	57		
DARZALEX FASPRO	35	<i>desonida, pomada tópica</i>	57		
<i>dasetta 1/35 (28)</i>	71	<i>desoximetasona, crema tópica</i>	57		
<i>dasetta 7/7/7 (28)</i>	71	<i>desoximetasona, gel tópico</i>	57		
		<i>desoximetasona, pomada tópica</i>	57		

Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
DEXTROSE 10% EN AGUA (D10W)	58	<i>digox</i>	55	<i>dorzolamida-timolol</i>	74
DIACOMIT, CÁPSULAS ORALES, 250 MG	41	<i>digoxina, comprimidos orales</i>	55	<i>dotti</i>	70
DIACOMIT, CÁPSULAS ORALES, 500 MG	41	<i>digoxina, solución oral</i>	55	DOVATO	26
DIACOMIT, PAQUETE DE POLVO ORAL, 250 MG	41	<i>dihidroergotamina nasal</i>	43	<i>doxazosina, comprimidos</i> <i>orales, 1 mg, 2 mg, 4 mg</i>	52
DIACOMIT, PAQUETE DE POLVO ORAL, 500 MG	41	DILANTIN, 30 MG	41	<i>doxazosina, comprimidos</i> <i>orales, 8 mg</i>	52
DIASTAT	41	<i>dilt-xr</i>	52	<i>doxepina, cápsulas orales</i>	48
DIASTAT ACUDIAL	41	<i>dimetilfumarato, cápsulas orales,</i> <i>liberación retardada (dr/ec), 120 mg</i> ..	44	<i>doxepina, comprimidos orales</i>	48
<i>diazepam, comprimidos orales</i>	48	<i>dimetilfumarato, cápsulas orales,</i> <i>liberación retardada (dr/ec),</i> <i>120 mg (14)-240 mg (46)</i>	44	<i>doxepina, concentrado oral</i>	48
<i>diazepam, concentrado oral</i>	48	<i>dimetilfumarato, cápsulas orales,</i> <i>liberación retardada (dr/ec), 240 mg</i> ..	44	<i>doxercalciferol</i>	64
<i>diazepam, intensol</i>	48	<i>dinitrato de isosorbida,</i> <i>comprimidos orales</i>	55	<i>doxiciclina-100</i>	33
<i>diazepam inyectable</i>	48	<i>dipiridamol oral</i>	53	<i>doxorubicina, liposomal pegilada</i> ..	35
<i>diazepam rectal</i>	41	<i>dipropionato de betametasona</i>	57	<i>doxorubicina, solución intravenosa</i> ..	35
<i>diazepam, solución oral,</i> <i>5 mg/5 ml (1 mg/ml)</i>	48	<i>disoproxilo de efavirenz-</i> <i>lamivudina-tenofovir, comprimidos</i> <i>orales, 400-300-300 mg</i>	26	<i>doxorubicin</i>	35
<i>diazoxida</i>	61	<i>disoproxilo de efavirenz-</i> <i>lamivudina-tenofovir, comprimidos</i> <i>orales, 600-300-300 mg</i>	26	DOXYCYCLINE MONOHYDRATE, CÁPSULAS ORALES, LIB. INMEDIATA-LIB. RETARDADA, BIFÁSICA	33
<i>dicloclomina, cápsulas orales</i>	65	<i>disulfiram</i>	59	DRIZALMA, CÁPSULAS ORALES CON GRÁNULOS, LIB. RETARDADA, 20 MG, 30 MG, 60 MG	48
<i>dicloclomina, comprimidos orales</i>	65	<i>divalproex</i>	41	DRIZALMA, CÁPSULAS ORALES CON GRÁNULOS, LIB. RETARDADA, 40 MG	48
<i>dicloclomina, solución oral</i>	65	<i>docetaxel, solución intravenosa,</i> <i>160 mg/16 ml (10 mg/ml), 160 mg/</i> <i>8 ml (20 mg/ml), 20 mg/2 ml</i> <i>(10 mg/ml), 20 mg/ml (1 ml),</i> <i>80 mg/4 ml (20 mg/ml),</i> <i>80 mg/8 ml (10 mg/ml)</i>	35	<i>dronabinol</i>	65
<i>diclofenaco potásico,</i> <i>comprimidos orales, 50 mg</i>	46	<i>dofetilida</i>	51	<i>drospirenona-e.estradiol-lm.fa</i>	71
<i>diclofenaco sódico, gel tópico al 1%</i> ..	46	<i>dolishale</i>	71	<i>drospirenona-etinilestradiol</i>	71
<i>diclofenaco sódico, gotas tópicas</i> ..	46	<i>donepezilo, comprimidos de</i> <i>desintegración oral, 5 mg</i>	44	DROXIA	35
<i>diclofenaco sódico oftálmico (ojos)</i> ..	74	<i>donepezilo, comprimidos de</i> <i>desintegración oral, 10 mg</i>	44	<i>droxidopa, cápsulas orales, 100 mg</i> ..	59
<i>diclofenaco sódico oral</i>	46	<i>donepezilo, comprimidos</i> <i>orales, 5 mg</i>	44	<i>droxidopa, cápsulas orales,</i> <i>200 mg, 300 mg</i>	59
<i>dicloxacilina</i>	32	<i>donepezilo, comprimidos</i> <i>orales, 10 mg</i>	44	DUAVEE	70
<i>didanosina, cápsulas orales,</i> <i>liberación retardada (dr/ec),</i> <i>250 mg, 400 mg</i>	26	<i>donepezilo, comprimidos</i> <i>orales, 23 mg</i>	44	<i>duloxetine, cápsulas orales,</i> <i>liberación retardada (dr/ec),</i> <i>20 mg, 30 mg, 60 mg</i>	48
<i>difenoxilato-atropina,</i> <i>comprimidos orales</i>	65	<i>dorzolamida</i>	74	DUPIXENT, LAPICERA PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA, 200 MG/1.14 ML	55
<i>difenoxilato-atropina, líquido oral</i> ..	65			DUPIXENT, LAPICERA PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA, 300 MG/2 ML	55
DIFICID, COMPRIMIDOS ORALES ..	29				
DIFICID, SUSPENSIÓN ORAL PARA RECONSTITUCIÓN	29				
<i>diflunisal</i>	46				
<i>difluprednato</i>	74				
<i>digitek</i>	55				

Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
DUREZOL	74	EMTRIVA, CÁPSULAS ORALES ...	27	ergotamina-cafeína	43
dutasterida	77	EMTRIVA, SOLUCIÓN ORAL	27	eritrocina (como estearato), comprimidos orales, 250 mg	30
dutasterida-tamsulosina	77	EMVERM	30	eritromicina, comprimidos orales ...	30
E		enalapril-hidroclorotiazida	52	eritromicina, comprimidos orales, liberación retardada (dr/ec)	30
ec-naproxeno	46	enantato de testosterona	64	eritromicina con etanol, solución tópica	56
econazol	57	ENBREL, JERINGA SUBCUTÁNEA ..	69	eritromicina oftálmica (ojos)	73
EDARBI	52	ENBREL MINI	69	eritromicina, paños	56
EDARBYCLOR	52	ENBREL, SOL. PARA RECONST. SUBCUTÁNEA	69	eritromicina-peróxido de benzoílo ...	56
edisilato de proclorperazina	66	ENBREL, SOLUCIÓN SUBCUTÁNEA	69	ERIVEDGE	35
EDURANT	26	ENBREL SURECLICK	69	ERLEADA	35
e.e.s. 400, comprimidos orales ...	29	endocet	45	erlotinib, comprimidos orales, 25 mg	35
efavirenz, cápsulas orales, 50 mg ..	26	ENERGIX-B (PF), JERINGA INTRAMUSCULAR	68	erlotinib, comprimidos orales, 100 mg, 150 mg	35
efavirenz, cápsulas orales, 200 mg ..	26	ENERGIX-B (PF), USO PEDIÁTRICO	68	errin	70
efavirenz, comprimidos orales	26	ENHERTU	35	ertapenem	30
efavirenz-emtricitabina-tenofovir ...	26	enoxaparina	53	ERYPED 400	29
ELAPRASE	64	enpresse	71	ery-tab, comprimidos orales, liberación retardada (dr/ec), 250 mg ..	29
electrolitos-48 en d5w	78	enskyce	71	ERY-TAB, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN RETARDADA (DR/EC) 333 MG, 500 MG	30
ELIGARD	35	entacapon	43	ERYTHROCIN, SOL. PARA RECONST. INTRAVENOSA, 500 MG	30
ELIGARD (3 MESES)	35	entecavir	27	ERYTHROMYCIN CON ETANOL, GEL TÓPICO	56
ELIGARD (4 MESES)	35	ENTRESTO	55	ESBRIET, CÁPSULAS ORALES ...	75
ELIGARD (6 MESES)	35	enulosa	65	ESBRIET, COMPRIMIDOS ORALES, 267 MG	75
elinest	71	ENVARUS XR	35	ESBRIET, COMPRIMIDOS ORALES, 801 MG	75
ELIQUIS	53	EPCLUSA, COMPRIMIDOS ORALES	27	escopolamina base	66
ELIQUIS ELIQUIS, TRATAMIENTO INICIAL PARA TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA/EMBOLIA PULMONAR, 30 DÍAS	53	EPIDIOLEX	41	esomeprazol magnésico, cápsulas orales, liberación retardada (dr/ec) ..	66
ELLA	71	epinastina	73	espironolactona	53
ELLENCE	35	epinefrina, autoinyector para inyección, 0.15 mg/0.3 ml, 0.3 mg/0.3 ml	74	espironolactona-hidroclorotiazida ...	53
ELMIRON	77	epinefrina, autoinyector para inyección, 0.15 mg/0.15 ml, 0.3 mg/0.3 ml	74	estarylla	71
ELZONRIS	35	epinefrina, solución inyectable, 1 mg/ml	74	estavudina, cápsulas orales	28
EMCYT	35	epirubicina, solución intravenosa ...	35		
EMEND, SUSPENSIÓN ORAL PARA RECONSTITUCIÓN	65	epitol	41		
emoquette	71	EPIVIR HBV, SOLUCIÓN ORAL ...	27		
EMPLICITI	35	ERBITUX	35		
EMSAM	48				
emtricitabina	27				
emtricitabina-tenofovir (tdf)	27				

Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
<i>ésteres etílicos de los ácidos omega 3</i>	54	F		<i>fenofibrato, comprimidos orales nanocristalizados, 145 mg, 48 mg</i> ..	54
<i>estradiol oral</i>	70	FABRAZYME	64	<i>fenoxibenzamina</i>	52
<i>estradiol, parche transdérmico quincenal</i>	70	<i>falmina (28)</i>	71	<i>fentanilo</i>	45
<i>estradiol, parche transdérmico semanal</i>	70	<i>famciclovir</i>	27	FERRIPROX	59
<i>estradiol vaginal</i>	70	<i>famotidina, comprimidos orales, 20 mg, 40 mg</i>	66	FERRIPROX (2 VECES POR DÍA) ..	59
<i>estreptomicina</i>	31	<i>famotidina, suspensión oral</i>	66	FETZIMA, CÁPSULAS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA, 24 HORAS	48
ESTRING	70	FANAPT, COMPRIMIDOS ORALES, 1 MG	48	FETZIMA, CÁPSULAS ORALES, LIB. PROL., 24 HORAS, PAQUETE DOSIFICADO	48
<i>etacrinato sódico</i>	52	FANAPT, COMPRIMIDOS ORALES, 10 MG, 12 MG, 2 MG, 4 MG, 6 MG, 8 MG	48	<i>finasterida, comprimidos orales, 5 mg</i>	77
<i>etambutol</i>	30	FANAPT, COMPRIMIDOS ORALES, PAQUETE DOSIFICADO	48	FINTEPLA	41
<i>etilsuccinato de eritromicina, comprimidos orales</i>	30	FARXIGA, COMPRIMIDOS ORALES, 5 MG	61	FIRDAPSE	44
<i>etilsuccinato de eritromicina, suspensión oral para reconstitución, 200 mg/5 ml</i>	30	FARXIGA, COMPRIMIDOS ORALES, 10 MG	61	FIRMAGON, KIT CON JERINGA DILUYENTE, SOL. PARA RECONST. SUBCUTÁNEA, 80 MG	35
<i>etilsuccinato de eritromicina, suspensión oral para reconstitución, 400 mg/5 ml</i>	30	FARYDAK	35	FIRMAGON, KIT CON JERINGA DILUYENTE, SOL. PARA RECONST. SUBCUTÁNEA, 120 MG	35
<i>etidiol diac-etinilestradiol</i>	71	FEBUXOSTAT	68	FIRVANQ, SOL. PARA RECONST. INTRAVENOSA, 25 MG/ML	30
<i>etodolaco</i>	46	<i>felbamato, comprimidos orales</i>	41	FIRVANQ, SOL. PARA RECONST. INTRAVENOSA, 50 MG/ML	30
ETOPOPHOS	35	<i>felbamato, suspensión oral</i>	41	<i>flac, aceite ótico</i>	60
<i>etopósido intravenoso</i>	35	<i>felodipina</i>	52	<i>flavoxato</i>	77
<i>etosuximida</i>	41	<i>feminor</i>	71	<i>flecainida</i>	51
<i>etravirina</i>	27	<i>fenelzina</i>	50	FLOVENT DISKUS PARA INHALAR, BLÍSTER CON DISPOSITIVO, 100 MCG/ACTIVACIÓN, 50 MCG/ACTIVACIÓN	75
EUTHYROX	64	<i>fenilbutirato sódico</i>	59	FLOVENT DISKUS PARA INHALAR, BLÍSTER CON DISPOSITIVO, 250 MCG/ACTIVACIÓN	75
<i>everolimus (antineoplásico), comprimidos orales</i>	35	<i>fenitoína, comprimidos orales masticables</i>	42	FLOVENT, INHALADOR EN AEROSOL DE HFA, 44 MCG/ACTIVACIÓN	75
<i>everolimus (inmunodepresor), comprimidos orales, 0.5 mg</i>	35	<i>fenitoína sódica, liberación prolongada</i>	42	FLOVENT, INHALADOR EN AEROSOL DE HFA, 110 MCG/ACTIVACIÓN	75
<i>everolimus (inmunodepresor), comprimidos orales, 0.25 mg, 0.75 mg</i>	35	<i>fenitoína sódica, solución intravenosa</i>	42	FLOVENT, INHALADOR EN AEROSOL DE HFA, 220 MCG/ACTIVACIÓN	75
EVOMELA	35	<i>fenitoína, suspensión oral</i>	42		
EVOTAZ	27	<i>fenobarbital, comprimidos orales</i> ..	42		
<i>exemestano</i>	35	<i>fenobarbital, elixir oral</i>	42		
EXKIVITY	35	<i>fenobarbital sódico, solución inyectable</i>	42		
EYLEA	73	<i>fenofibrato, cápsulas orales micronizadas, 134 mg, 200 mg, 67 mg</i>	54		
<i>ezetimiba</i>	54	<i>fenofibrato, comprimidos orales, 160 mg, 54 mg</i>	54		
<i>ezetimiba-simvastatina</i>	54				

Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
<i>floxuridina</i>	35	<i>fluoxetina, comprimidos</i>		<i>fosfato sódico de dexametasona</i>	
<i>flucitosina</i>	26	<i>orales, 20 mg</i>	48	<i>(pf), solución inyectable</i>	60
<i>fluconazol</i>	26	<i>fluoxetina, solución oral</i>	48	<i>fosfato sódico de dexametasona,</i>	
<i>fluconazol en nacl (iso-osm.)</i>	26	<i>fluoxetina (trastorno disfórico</i>		<i>solución inyectable</i>	60
<i>fludarabina</i>	35	<i>premenstrual), comprimidos</i>		<i>fosfato sódico de prednisolona</i>	
<i>fludrocortisona</i>	60	<i>orales, 10 mg</i>	48	<i>oftálmico (ojos)</i>	74
<i>flunisolida</i>	75	<i>fluoxetina (trastorno disfórico</i>		<i>fosfato sódico de prednisolona,</i>	
<i>fluocinolona, aceite tópico</i>	57	<i>premenstrual), comprimidos</i>		<i>solución oral, 15 mg/5 ml</i>	
<i>fluocinolona acetonida, aceite</i>	60	<i>orales, 20 mg</i>	48	<i>(3 mg/ml), 15 mg/5 ml (5 ml),</i>	
<i>fluocinolona, crema tópica</i>	57	<i>flurbiprofeno, comprimidos</i>		<i>25 mg/5 ml (5 mg/ml),</i>	
<i>fluocinolona, pomada tópica</i>	57	<i>orales, 100 mg</i>	46	<i>5 mg base/5 ml (6.7 mg/5 ml)</i>	60
<i>fluocinolona, solución tópica</i>	57	<i>flurbiprofeno sódico</i>	74	<i>fosfenitoína</i>	41
<i>fluocinolona y gorra de baño</i>	57	<i>flutamida</i>	36	<i>fosfomicina trometamina</i>	33
<i>fluocinonida, crema tópica, 0.1%</i>	57	<i>fluvoxamina, comprimidos</i>		<i>fosinopril</i>	52
<i>fluocinonida, crema tópica, 0.05%</i>	57	<i>orales, 25 mg</i>	49	<i>fosinopril-hidroclorotiazida</i>	52
<i>fluocinonida, gel tópico</i>	57	<i>fluvoxamina, comprimidos</i>		<i>FOTIVDA</i>	36
<i>fluocinonida, pomada tópica</i>	57	<i>orales, 50 mg</i>	49	<i>fulvestrant</i>	36
<i>fluocinonida, solución tópica</i>	57	<i>fluvoxamina, comprimidos</i>		<i>fumarato de bisoprolol</i>	51
<i>fluorometolona</i>	74	<i>orales, 100 mg</i>	49	<i>fumarato de disoproxilo</i>	
<i>FLUOROURACIL,</i>		<i>FOLOTYN</i>	36	<i>de tenofovir</i>	28
<i>CREMA TÓPICA, 0.5%</i>	55	<i>fomepizol</i>	68	<i>fumarato de formoterol</i>	76
<i>fluorouracilo, crema tópica, 5%</i>	55	<i>fondaparinux, jeringa</i>		<i>furosemida, comprimidos orales</i>	52
<i>fluorouracilo intravenoso</i>	35	<i>subcutánea, 2.5 mg/0.5 ml</i>	53	<i>furosemida inyectable</i>	52
<i>fluorouracilo, solución tópica</i>	55	<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>	52
<i>para sequedad en la boca</i>	59	<i>5 mg/0.4 ml, 7.5 mg/0.6 ml</i>	53	<i>FUZEON, SOL. PARA</i>	
<i>fluoruro (de sodio),</i>		<i>fosamprenavir</i>	27	<i>RECONST. SUBCUTÁNEA</i>	27
<i>comprimidos orales</i>	78	<i>fosfato de carvedilol</i>	51	<i>fyavolv</i>	70
<i>fluoruro (de sodio), comprimidos</i>		<i>fosfato de clindamicina, gel tópico</i>	56	<i>FYCOMPA, COMPRIMIDOS</i>	
<i>orales masticables, 1 mg</i>		<i>fosfato de clindamicina inyectable</i>	30	<i>ORALES, 2 MG, 4 MG, 6 MG</i>	41
<i>(2.2 mg de fluoruro de sodio)</i>	78	<i>fosfato de clindamicina,</i>		<i>FYCOMPA, COMPRIMIDOS</i>	
<i>fluoruro de sodio-nitrato potásico</i>	60	<i>loción tópica</i>	56	<i>ORALES, 10 MG, 12 MG, 8 MG</i>	41
<i>fluoruro (de sodio), pasta dental</i>	59	<i>fosfato de clindamicina,</i>		<i>FYCOMPA, SUSPENSIÓN ORAL</i>	41
<i>fluoxetina, cápsulas orales, 10 mg</i>	48	<i>pañó tópico</i>	56		
<i>fluoxetina, cápsulas orales, 20 mg</i>	48	<i>fosfato de clindamicina, solución</i>			
<i>fluoxetina, cápsulas orales, 40 mg</i>	48	<i>intravenosa, 600 mg/4 ml</i>	30		
<i>fluoxetina, cápsulas orales,</i>		<i>fosfato de clindamicina,</i>			
<i>liberación retardada (dr/ec)</i>	48	<i>solución tópica</i>	56		
<i>fluoxetina, comprimidos</i>		<i>fosfato de clindamicina vaginal</i>	70		
<i>orales, 10 mg</i>	48	<i>fosfato de cloroquina</i>	30		
		<i>fosfato sódico de dexametasona</i>			
		<i>oftálmico (ojos)</i>	74		

G

<i>gabapentina, cápsulas</i>	
<i>orales, 100 mg, 400 mg</i>	41
<i>gabapentina, cápsulas</i>	
<i>orales, 300 mg</i>	41
<i>gabapentina, comprimidos</i>	
<i>orales, 600 mg</i>	41
<i>gabapentina, comprimidos</i>	
<i>orales, 800 mg</i>	41

Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
<i>gabapentina, solución oral</i>	41	GENTAMICIN IN NACL (ISO-OSM.), INFUSIÓN SECUNDARIA INTRAVENOSA, 100 MG/50 ML, 120 MG/100 ML.	30	GLYCOPYRROLATE (PF) IN WATER, INJECTABLE.	65
<i>galantamina, cápsulas orales, píldoras de lib. prol., 24 horas</i>	44	GENVOYA.	27	<i>glydo</i>	55
<i>galantamina, comprimidos orales</i>	44	GILENYA, CÁPSULAS ORALES, 0.5 MG	44	GLYXAMBI.	61
<i>galantamina, solución oral</i>	44	GILOTRIF.	36	<i>granisetron (pf), solución intravenosa, 1 mg/ml (1 ml)</i>	65
GAMMAKED, SOLUCIÓN INJECTABLE, 1 GRAMO/10 ML (10%), 10 GRAMOS/100 ML (10%), 20 GRAMOS/200 ML (10%), 5 GRAMOS/50 ML (10%)	68	<i>glicopirronio, comprimidos orales, 1 mg, 2 mg.</i>	65	<i>griseofulvina micronizada</i>	26
GAMUNEX-C	68	<i>glicopirronio inyectable.</i>	65	<i>griseofulvina ultramicronizada</i>	26
GARDASIL 9 (PF)	68	<i>glicopirronio (pf) en agua, jeringa intravenosa, 0.4 mg/2 ml (0.2 mg/ml)</i>	65	GVOKE HYPOPEN, PAQUETE DE 1	61
GASAS, 2 X 2	61	<i>glimepirida, comprimidos orales, 1 mg.</i>	61	GVOKE HYPOPEN, PAQUETE DE 2	61
GATTEX, VIAL DE 30	65	<i>glimepirida, comprimidos orales, 2 mg.</i>	61	GVOKE PFS, PAQUETE CON 1 JERINGA	61
GATTEX, VIAL DE UNO	65	<i>glimepirida, comprimidos orales, 4 mg.</i>	61	GVOKE PFS, PAQUETE CON 2 JERINGAS	61
<i>gavilyte-c</i>	65	<i>glipizida, comprimidos orales, 5 mg.</i>	61		
<i>gavilyte-n</i>	65	<i>glipizida, comprimidos orales, 10 mg</i>	61	H	
GAVRETO	36	<i>glipizida, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas, 2.5 mg</i>	61	HAEGARDA	76
GAZYVA	36	<i>glipizida, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas, 5 mg</i>	61	<i>hailey</i>	71
<i>gemcitabina, sol. para reconst. intravenosa</i>	36	<i>glipizida, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas, 10 mg</i>	61	<i>hailey 24 fe</i>	71
<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>	36	<i>glipizida-metformina, comprimidos orales, 2.5-250 mg.</i>	61	<i>hailey fe 1.5/30 (28)</i>	71
GEMCITABINE, SOLUCIÓN INTRAVENOSA, 100 MG/ML	36	<i>glipizida-metformina, comprimidos orales, 2.5-500 mg, 5-500 mg</i>	61	<i>hailey fe 1/20 (28)</i>	71
<i>gemfibrozil</i>	54	GLUCAGEN HYPOKIT	61	HALAVEN	36
<i>gemmily</i>	71	GLUCAGON (HCL), KIT DE EMERGENCIAS	61	<i>haloperidol, comprimidos orales, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 5 mg</i>	49
<i>generlac</i>	65	GLUCAGON, KIT DE EMERGENCIAS (HUMANO)	61	<i>haloperidol, comprimidos orales, 10 mg, 20 mg</i>	49
<i>gengraf</i>	36	<i>gluconato de clorhexidina, membrana mucosa</i>	59	HARVONI, COMPRIMIDOS ORALES, 45-200 MG	27
GENOTROPIN	67			HARVONI, COMPRIMIDOS ORALES, 90-400 MG	27
GENOTROPIN MINISQUICK	67			HARVONI, PÍLDORAS DE ADMINISTRACIÓN ORAL EN PAQUETES, 33.75-150 MG	27
<i>gentak, pomada oftálmica (ojos)</i>	73			HARVONI, PÍLDORAS DE ADMINISTRACIÓN ORAL EN PAQUETES, 45-200 MG	27
<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>	30			HAVRIX (PF), JERINGA INTRAMUSCULAR	68
<i>gentamicina, gotas oftálmicas (ojos)</i>	73			<i>heather</i>	70
<i>gentamicina, solución inyectable, 40 mg/ml</i>	30				
<i>gentamicina tópica.</i>	56				

Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
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)	54	hidrocortisona, pomada tópica, 1%, 2.5%	58	HUMIRA, KIT DE JERINGA SUBCUTÁNEA, 40 MG/0.8 ML	69
heparina (porcina) en nacl al 0.45%, solución parenteral, intravenosa, 25,000 unidades/250 ml, 25,000 unidades/500 ml	54	hidrocortisona rectal	65	HUMIRA PEN	69
heparina (porcina) en nacl (pf)	54	hidromorфона, comprimidos orales	45	HUMIRA PEN CROHNS- UC-HS, PAQUETE INICIAL	69
heparina, porcina (pf), jeringa inyectable, 5,000 unidades/0.5 ml	54	hidromorфона, líquido oral	45	HUMIRA PEN PSOR- UVEITS-ADOL HS.	69
heparina (porcina), solución inyetable	54	hidroxicloroquina, comprimidos orales, 200 mg	31	HUMULIN 70/30 U-100, INSULINA	61
HEPARIN, PORCINA (PF), JERINGA INYECTABLE, 5,000 UNIDADES/ML	54	hidroxiurea	36	HUMULIN 70/30 U-100 KWIKPEN	61
HETLIOZ	49	hipurato de metenamina	33	HUMULIN N NPH, INSULINA KWIKPEN	61
HIBERIX (PF)	68	HIZENTRA	68	HUMULIN N NPH U-100, INSULINA	61
hiclato de doxiciclina, cápsulas orales	33	HUMALOG JUNIOR KWIKPEN U-100	61	HUMULIN R REGULAR U-100, INSULINA	61
hiclato de doxiciclina, comprimidos orales, 20 mg	33	HUMALOG KWIKPEN, INSULINA	61	HUMULIN R U-500 (CONC) INSULINA	61
hiclato de doxiciclina, comprimidos orales, 100 mg	33	HUMALOG MIX 50-50, INSULINA U-100	61	HUMULIN R U-500 (CONC) KWIKPEN	61
hiclato de doxiciclina intravenoso	33	HUMALOG MIX 50-50 KWIKPEN	61	HYDROCODONE- ACETAMINOPHEN, COMPRIMIDOS ORALES, 10-300 MG, 7.5-300 MG	45
hidralazina inyetable	52	HUMALOG MIX 75-25 KWIKPEN	61	HYDROXYCHLOROQUINE, COMPRIMIDOS ORALES, 100 MG, 300 MG, 400 MG	31
hidralazina oral	52	HUMALOG MIX 75-25 (U-100), INSULINA	61	I	
hidroclorotiazida	52	HUMALOG U-100, INSULINA	61	ibandronato oral	69
hidrocodona-acetaminofeno, comprimidos orales, 10-325 mg, 5-325 mg, 7.5-325 mg	45	HUMIRA (CF), KIT DE JERINGA SUBCUTÁNEA, 10 MG/0.1 ML, 20 MG/0.2 ML	69	IBRANCE	36
hidrocodona-acetaminofeno, solución oral, 7.5-325 mg/15 ml	45	HUMIRA (CF), KIT DE JERINGA SUBCUTÁNEA, 40 MG/0.4 ML	69	ibu	46
hidrocodona-ibuprofeno	45	HUMIRA (CF) PEDI CROHNS, PAQUETE INICIAL, KIT DE JERINGA SUBCUTÁNEA,	69	ibuprofeno, comprimidos orales, 400 mg, 600 mg, 800 mg	46
hidrocortisona-ácido acético	60	HUMIRA (CF) PEDI CROHNS, PAQUETE INICIAL, KIT DE JERINGA SUBCUTÁNEA,	69	ibuprofeno, suspensión oral	46
hidrocortisona, crema tópica, 1%, 2.5%	58	HUMIRA (CF) PEN CROHNS-UC-HS.	69	icatibanto	76
hidrocortisona, crema tópica con aplicador perineal	65	HUMIRA (CF) PEN, KIT DE INYECTOR SUBCUTÁNEO, 40 MG/0.4 ML	69	iclevia	71
hidrocortisona, loción tópica, 2.5%	58	HUMIRA (CF) PEN, KIT DE LAPICERA PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA, 80 MG/0.8 ML	69	ICLUSIG, COMPRIMIDOS ORALES, 10 MG, 30 MG, 45 MG	36
hidrocortisona oral	60	HUMIRA(CF) PEN PEDIATRIC UC	69	ICLUSIG, COMPRIMIDOS ORALES, 15 MG	36
		HUMIRA (CF) PEN PSOR- UV-ADOL HS.	69	idarrubicina	36
				IDHIFA	36
				ifosfamida	36

Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
<i>imatinib, comprimidos orales, 100 mg</i>	36	INTRON A, SOLUCIÓN INYECTABLE, 6 MILLONES DE UNIDADES/ML	67	<i>isotretinoína, cápsulas orales, 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg</i>	56
<i>imatinib, comprimidos orales, 400 mg</i>	36	INTRON A, SOLUCIÓN INYECTABLE, 10 MILLONES DE UNIDADES/ML	67	<i>isradipina</i>	52
IMBRUVICA, CÁPSULAS ORALES, 70 MG	36	<i>introvale</i>	71	<i>itraconazol, cápsulas orales</i>	26
IMBRUVICA, CÁPSULAS ORALES, 140 MG	36	INVEGA SUSTENNA, JERINGA INTRAMUSCULAR, 39 MG/0.25 ML	49	<i>itraconazol, solución oral</i>	26
IMBRUVICA, COMPRIMIDOS ORALES	36	INVEGA SUSTENNA, JERINGA INTRAMUSCULAR, 117 MG/0.75 ML, 156 MG/ML, 234 MG/1.5 ML, 78 MG/0.5 ML	49	<i>ivermectina oral</i>	31
IMFINZI	36	INVEGA TRINZA	49	IXEMPRA	36
<i>imipenem-cilastatina</i>	31	INVELTYS	74	IXIARO (PF)	68
<i>imiquimod, crema tópica en paquete 3.75%</i>	55	INVIRASE, COMPRIMIDOS ORALES	27		
<i>imiquimod, crema tópica en paquete 5%</i>	55	INVOKAMET	61	J	
IMOVAX (PF), VACUNA ANTIRRÁBICA	68	INVOKAMET XR	62	<i>jaimiess</i>	71
<i>incassia</i>	70	INVOKANA	62	JAKAFI	36
INCRELEX	59	IPOL	68	<i>jantoven</i>	54
INCRUSE ELLIPTA	76	<i>ipratropio-albuterol</i>	76	JANUMET	62
<i>indapamida</i>	52	<i>irbesartán</i>	52	JANUMET XR, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA, MULTIFÁSICA, 24 HORAS, 50-1,000 MG, 50-500 MG	62
INFANRIX (DTAP) (PF), JERINGA INTRAMUSCULAR	68	<i>irbesartán-hidroclorotiazida</i>	52	JANUMET XR, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA, MULTIFÁSICA, 24 HORAS, 100-1,000 MG	62
INFUGEM	36	IRESSA	36	JANUVIA	62
INFUMORPH P/F	45	<i>irinotecán</i>	36	JARDIANCE	62
INLYTA, COMPRIMIDOS ORALES, 1 MG	36	<i>irrigación de solución de lactato sódico compuesta</i>	58	<i>jasmiel (28)</i>	71
INLYTA, COMPRIMIDOS ORALES, 5 MG	36	<i>irrigación de solución de lactato sódico compuesta</i>	58	JEMPERLI	36
INQOVI	36	ISENTRESS, COMPRIMIDOS ORALES	27	<i>jencycla</i>	70
INREBIC	36	ISENTRESS, COMPRIMIDOS ORALES MASTICABLES, 25 MG	27	JENTADUETO	62
INSULINA, AGUJA PARA LAPICERA	61	ISENTRESS, COMPRIMIDOS ORALES MASTICABLES, 100 MG	27	JENTADUETO XR, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN INMEDIATA-LIBERACIÓN PROLONGADA, BIFÁSICA, 24 HORAS, 2.5-1,000 MG	62
INTELENCE, COMPRIMIDOS ORALES, 25 MG	27	ISENTRESS, DE DOSIS ALTA	27	JENTADUETO XR, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN INMEDIATA-LIBERACIÓN PROLONGADA, BIFÁSICA, 24 HORAS, 5-1,000 MG	62
INTELENCE, COMPRIMIDOS ORALES, 100 MG, 200 MG	27	ISENTRESS, PAQUETE DE POLVO ORAL	27	JERINGA PARA INSULINA (DES.), U-100 0.3 ML, 1 ML, 1/2 ML	61
INTRALIPID, EMULSIÓN INTRAVENOSA, 20%, 30%	78	<i>isibloom</i>	71	JEVTANA	36
INTRON A, SOL. PARA RECONST. INYECTABLE	67	<i>isoniazida, comprimidos orales</i>	31	<i>jolessa</i>	71
		<i>isoniazida, solución oral</i>	31		

Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
<i>juleber</i>	71	KISQALI FEMARA CO-PACK, COMPRIMIDOS ORALES, 400 MG/DÍA (200 MG X 2), 2.5 MG .	36	LANOXIN, COMPRIMIDOS ORALES, 62.5 MCG (0.0625 MG) ..	55
JULUCA.....	27	KISQALI FEMARA CO-PACK, COMPRIMIDOS ORALES, 600 MG/DÍA (200 MG X 3), 2.5 MG .	36	<i>lansoprazol</i> , cápsulas orales, <i>liberación retardada (dr/ec)</i>	67
<i>junel 1.5/30 (21)</i>	71	<i>klor-con</i>	77	LANTUS SOLOSTAR	
<i>junel 1/20 (21)</i>	71	KLOR-CON 8	77	U-100, INSULINA	62
<i>junel fe 1.5/30 (28)</i>	71	KLOR-CON 10	77	LANTUS U-100, INSULINA	62
<i>junel fe 1/20 (28)</i>	71	<i>klor-con m10</i>	77	<i>lapatinib</i>	37
<i>junel fe 24</i>	71	<i>klor-con m15</i>	77	<i>larin 1.5/30 (21)</i>	71
K		<i>klor-con m20</i>	77	<i>larin 1/20 (21)</i>	71
KABIVEN	78	KLOXXADO.....	46	<i>larin 24 fe</i>	71
KADCYLA	36	KORLYM.....	64	<i>larin fe 1.5/30 (28)</i>	71
<i>kaitlib fe</i>	71	K-PHOS ORIGINAL	77	<i>larin fe 1/20 (28)</i>	71
KALETRA, COMPRIMIDOS ORALES, 100-25 MG.....	27	<i>kurvelo (28)</i>	71	<i>larissia</i>	71
KALETRA, COMPRIMIDOS ORALES, 200-50 MG.....	27	KUVAN	64	<i>latanoprost</i>	74
<i>kalliga</i>	71	KYNMOBI, PELÍCULA SUBLINGUAL, 10 MG, 15 MG, 20 MG, 25 MG, 30 MG	43	LATUDA, COMPRIMIDOS ORALES, 80 MG	49
KALYDECO, COMPRIMIDOS ORALES	76	KYPROLIS.....	37	LATUDA, COMPRIMIDOS ORALES, 120 MG, 20 MG, 40 MG, 60 MG ...	49
KALYDECO, PAQUETE DE GRÁNULOS ORALES	76	L		<i>layolis fe</i>	71
KANJINTI.....	36	<i>labetalol oral</i>	52	<i>leena 28</i>	71
<i>kariva (28)</i>	71	LACRISERT	73	<i>leflunomida</i>	69
<i>kelnor 1/35 (28)</i>	71	<i>lactato de amonio</i>	55	LENVIMA, CÁPSULAS ORALES, 10 MG/DÍA (10 MG X 1), 4 MG	37
<i>kelnor 1-50 (28)</i>	71	<i>lactato de haloperidol inyectable</i>	49	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).....	37
<i>ketoconazol, champú tópico</i>	57	<i>lactato de haloperidol oral</i>	49	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)	37
<i>ketoconazol, crema tópica</i>	57	<i>lactulosa, solución oral</i>	65	<i>lessina</i>	71
<i>ketoconazol oral</i>	26	<i>lamivudina, comprimidos orales, 100 mg, 300 mg</i>	27	<i>letrozol</i>	37
<i>ketorolaco oftálmico (ojos)</i>	74	<i>lamivudina, comprimidos orales, 150 mg</i>	27	<i>leucovorina cálcica, inyectable</i>	33
KEYTRUDA.....	36	<i>lamivudina, solución oral</i>	27	<i>leucovorina cálcica oral</i>	33
KINRIX (PF), JERINGA INTRAMUSCULAR.....	68	<i>lamivudina-zidovudina</i>	27	LEUKERAN.....	37
KISQALI, COMPRIMIDOS ORALES, 200 MG/DÍA (200 MG X 1)	36	<i>lamotrigina, comprimidos de desintegración oral</i>	42	LEUKINE, SOL. PARA RECONST. INECTABLE.....	67
KISQALI, COMPRIMIDOS ORALES, 400 MG/DÍA (200 MG X 2)	36	<i>lamotrigina, comprimidos orales</i>	41	<i>leuprolida subcutánea, kit</i>	37
KISQALI, COMPRIMIDOS ORALES, 600 MG/DÍA (200 MG X 3)	37	<i>lamotrigina, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas</i>	42	LEVEMIR FLEXTOUCH	
KISQALI FEMARA CO-PACK, COMPRIMIDOS ORALES, 200 MG/DÍA (200 MG X 1), 2.5 MG .	36	<i>lamotrigina, comprimidos orales masticables dispersables</i>	42	U-100, INSULINA	62
				LEVEMIR U-100, INSULINA	62

Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
<i>levetiracetam en nacl (iso-osm.)</i>	42	<i>linezolida en dextrosa al 5%</i>	31	LOTEMAX SM	74
<i>levetiracetam intravenoso</i>	42	<i>linezolida, suspensión oral para reconstitución</i>	31	<i>lovastatina, comprimidos orales, 10 mg</i>	54
<i>levetiracetam oral</i>	42	LINZESS	65	<i>lovastatina, comprimidos orales, 20 mg, 40 mg</i>	54
<i>levobunolol, gotas oftálmicas (ojos), 0.5%</i>	73	<i>liotironina oral</i>	65	<i>low-ogestrel (28)</i>	72
<i>levocarnitina, comprimidos orales</i>	59	<i>lisinopril</i>	52	<i>lo-zumandimine (28)</i>	72
<i>levocarnitina (con azúcar)</i>	59	<i>lisinopril-hidroclorotiazida</i>	52	LUMAKRAS	37
<i>levocarnitina, solución oral, 100 mg/ml</i>	59	LIVALO	54	LUMIGAN, GOTAS OFTÁLMICAS (OJOS), 0.01%	74
<i>levocetirizina, comprimidos orales</i>	75	<i>l norgest/e.estradiol-e.estrad</i>	71	LUMIZYME	64
<i>levocetirizina, solución oral</i>	75	<i>lojaimiess</i>	72	LUMOXITI	37
<i>levofloxacin, comprimidos orales</i>	32	LOKELMA	59	LUPRON DEPOT	37
<i>levofloxacin en d5w</i>	32	LONSURF, COMPRIMIDOS ORALES, 15-6.14 MG	37	LUPRON DEPOT (3 MESES)	37
<i>levofloxacin intravenosa</i>	32	LONSURF, COMPRIMIDOS ORALES, 20-8.19 MG	37	LUPRON DEPOT (4 MESES)	37
<i>levofloxacin, solución oral</i>	32	<i>loperamida, cápsulas orales</i>	65	LUPRON DEPOT (6 MESES)	37
<i>levonest (28)</i>	71	<i>lopinavir-ritonavir, comprimidos orales, 100-25 mg</i>	27	LUPRON DEPOT-PED	37
<i>levonorgestrel-etinilestradiol</i>	71	<i>lopinavir-ritonavir, comprimidos orales, 200-50 mg</i>	27	LUPRON DEPOT-PED (3 MESES)	37
<i>levonorg-etinilestradiol trifásico</i>	71	<i>lopinavir-ritonavir, solución oral</i>	27	<i>lutea (28)</i>	72
<i>levora-28</i>	71	<i>lorazepam, comprimidos orales, 0.5 mg, 1 mg</i>	49	LYBALVI	49
LEVO-T	64	<i>lorazepam, comprimidos orales, 2 mg</i>	49	LYNPARZA	37
<i>levotiroxina, comprimidos orales</i>	65	<i>lorazepam, concentrado oral</i>	49	LYRICA CR, COMPRIMIDOS ORALES DE LIBERACIÓN PROLONGADA, 24 HORAS, 165 MG, 82.5 MG	42
<i>levoxyl, comprimidos orales, 100 mcg, 112 mcg, 175 mcg</i>	65	<i>lorazepam, intensol</i>	49	LYRICA CR, COMPRIMIDOS ORALES DE LIBERACIÓN PROLONGADA, 24 HORAS, 330 MG	42
LEVOXYL, COMPRIMIDOS ORALES, 125 MCG, 137 MCG, 150 MCG, 200 MCG, 25 MCG, 50 MCG, 75 MCG, 88 MCG	65	<i>lorazepam, jeringa inyectable, 2 mg/ml</i>	49	LYSODREN	37
LEXIVA, SUSPENSIÓN ORAL	27	<i>lorazepam, solución inyectable</i>	49	LYUMJEV KWIKPEN U-100, INSULINA	62
LIBTAYO	37	LORBRENA, COMPRIMIDOS ORALES, 25 MG	37	LYUMJEV KWIKPEN U-200, INSULINA	62
<i>lidocaína, parche adhesivo tópico, medicado, 5%</i>	56	LORBRENA, COMPRIMIDOS ORALES, 100 MG	37	LYUMJEV U-100, INSULINA	62
<i>lidocaína (pf), jeringa intravenosa</i>	51	<i>loryna (28)</i>	72	<i>lyza</i>	70
<i>lidocaína (pf), solución inyectable</i>	55	<i>losartán</i>	52		
<i>lidocaína, pomada tópica</i>	56	<i>losartán-hidroclorotiazida, comprimidos orales, 50-12.5 mg</i>	52		
<i>lidocaína-prilocaina, crema tópica</i>	56	<i>losartán-hidroclorotiazida, comprimidos orales, 100-12.5 mg, 100-25 mg</i>	52		
<i>lidocaína viscosa</i>	56	LOTEMAX	74		
<i>lillow (28)</i>	71				
<i>lincomicina</i>	31				
<i>lindano, champú tópico</i>	58				
<i>linezolida-cloruro de sodio al 0.9%</i>	31				
<i>linezolida, comprimidos orales</i>	31				

M

MAGNESIUM SULFATE IN D5W, INFUSIÓN SECUNDARIA INTRAVENOSA, 1 GRAMO/100 ML . 77
malatión 58

Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
<i>maleato de asenapina</i>	47	<i>memantina, comprimidos</i>		<i>metformina, comprimidos</i>	
<i>maleato de enalapril,</i>		<i>orales, 10 mg</i>	44	<i>orales, 850 mg</i>	62
<i>comprimidos orales</i>	52	<i>memantina, comprimidos</i>		<i>metformina, comprimidos</i>	
<i>maleato de proclorperazina oral</i>	66	<i>orales, paquete dosificado</i>	44	<i>orales, liberación prolongada,</i>	
<i>maleato de timolol, gotas</i>		<i>memantina, solución oral</i>	44	<i>24 horas, 1,000 mg</i>	62
<i>oftálmicas (ojos)</i>	73	MENACTRA (PF), SOLUCIÓN		<i>metformina, comprimidos</i>	
<i>maleato de timolol oral</i>	53	INTRAMUSCULAR	68	<i>orales, liberación prolongada,</i>	
<i>maprotilina</i>	49	MENEST	70	<i>24 horas, 500 mg</i>	62
<i>marlissa (28)</i>	72	MENOSTAR	70	<i>metformina, comprimidos orales,</i>	
MARPLAN	49	MENQUADFI (PF)	68	<i>liberación prolongada, 24 horas,</i>	
MARQIBO	37	MENVEO A-C-Y-W-135-DIP (PF) ...	68	<i>500 mg (genérico de glucophage xr)</i> .62	
MATULANE	37	<i>mercaptopurina</i>	37	<i>metformina, comprimidos orales,</i>	
<i>matzim la</i>	52	<i>meropenem</i>	31	<i>liberación prolongada, 24 horas,</i>	
MAVYRET,		MEROPENEM-0.9%		<i>750 mg (genérico de glucophage xr)</i> .62	
COMPRIMIDOS ORALES	27	SODIUM CHLORIDE	31	METFORMIN, SOLUCIÓN ORAL ...	62
<i>meclizina, comprimidos</i>		<i>merzee</i>	72	<i>metildopa</i>	52
<i>orales, 12.5 mg, 25 mg</i>	66	<i>mesalamina, cápsulas orales,</i>		<i>metilprednisolona</i>	60
MEDROL, COMPRIMIDOS		<i>liberación prolongada, 24 horas</i>	66	<i>metimazol, comprimidos</i>	
ORALES, 2 MG	60	<i>mesalamina, comprimidos</i>		<i>orales, 10 mg, 5 mg</i>	60
<i>medroxiprogesterona,</i>		<i>orales, liberación retardada</i>		<i>metirosina</i>	52
<i>jeringa intramuscular</i>	70	<i>(dr/ec), 1.2 gramos</i>	66	<i>metocarbamol oral</i>	44
<i>medroxiprogesterona oral</i>	70	<i>mesalamina con pañuelo limpiador</i> .66		<i>metolazona</i>	52
<i>medroxiprogesterona,</i>		<i>mesalamina, enema rectal</i>	66	<i>metotrexato sódico inyectable</i>	37
<i>suspensión intramuscular</i>	70	<i>mesilato de ziprasidona</i>	51	<i>metotrexato sódico oral</i>	37
<i>mefloquina</i>	31	<i>mesna</i>	33	<i>metotrexato sódico (pf)</i>	37
<i>megestrol, comprimidos orales</i>	37	MESNEX ORAL	33	<i>metoxaleno</i>	56
<i>megestrol, suspensión oral,</i>		<i>metadona, comprimidos</i>		<i>metro intravenoso</i>	31
<i>400 mg/10 ml (10 ml),</i>		<i>orales, 5 mg</i>	45	<i>metronidazol, comprimidos orales</i> ..	31
<i>400 mg/10 ml (40 mg/ml)</i>	37	<i>metadona, comprimidos</i>		<i>metronidazol en nacl (iso-osm.)</i>	31
MEKINIST, COMPRIMIDOS		<i>orales, 10 mg</i>	45	<i>metronidazol tópico</i>	56
ORALES, 0.5 MG	37	<i>metadona, concentrado oral</i>	45	<i>metronidazol vaginal</i>	70
MEKINIST, COMPRIMIDOS		<i>metadona, intensol</i>	45	<i>mexiletina</i>	51
ORALES, 2 MG	37	<i>metadona, solución inyectable</i>	45	MIACALCIN INYECTABLE	64
MEKTOVI	37	<i>metadona, solución oral, 5 mg/5 ml</i> .45		<i>mibelas 24 fe</i>	72
<i>melfalán</i>	37	<i>metadona, solución oral,</i>		<i>micafungina</i>	26
<i>meloxicam, comprimidos</i>		<i>10 mg/5 ml</i>	45	<i>micofenolato sódico</i>	37
<i>orales, 7.5 mg</i>	46	<i>metaproterenol, jarabe oral</i>	76	<i>microgestin 1.5/30 (21)</i>	72
<i>meloxicam, comprimidos</i>		<i>metazolamida</i>	74	<i>microgestin 1/20 (21)</i>	72
<i>orales, 15 mg</i>	46	<i>metformina, comprimidos</i>		<i>microgestin fe 1.5/30 (28)</i>	72
<i>memantina, cápsulas orales con</i>		<i>orales, 1,000 mg</i>	62	<i>microgestin fe 1/20 (28)</i>	72
<i>gránulos, lib. prolongada, 24 horas</i> .44		<i>metformina, comprimidos</i>		<i>midodrina</i>	59
<i>memantina, comprimidos</i>		<i>orales, 500 mg</i>	62	<i>migergot</i>	43
<i>orales, 5 mg</i>	44				

Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
<i>miglitol, comprimidos orales, 25 mg</i>	62	<i>montelukast, comprimidos orales masticables</i>	76	MYRBETRIQ, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA, 24 HORAS	77
<i>miglitol, comprimidos orales, 50 mg</i>	62	<i>montelukast, paquete de gránulos orales</i>	76	N	
<i>miglitol, comprimidos orales, 100 mg</i>	62	MONUROL	33	<i>nabumetona</i>	46
<i>miglustato</i>	64	<i> morfina, comprimidos orales, liberación prolongada</i>	46	<i>nadolol</i>	52
<i>mili</i>	72	<i> morfina, jeringa intravenosa, 2 mg/ml, 4 mg/ml</i>	45	<i>nadolol-bendroflumetiazida, comprimidos orales, 80-5 mg</i>	52
MINITRAN	55	<i> morfina, jeringa inyectable, 4 mg/ml</i>	45	<i>nafcilina</i>	32
<i>minociclina, cápsulas orales</i>	33	<i> morfina (pf), solución inyectable, 0.5 mg/ml, 1 mg/ml</i>	45	<i>nafcilina en dextrosa, iso-osm</i>	32
<i>minociclina, comprimidos orales</i>	33	<i> morfina, solución inyectable, 8 mg/ml</i>	45	<i>naftifine</i>	57
<i>minoxidil oral</i>	52	<i> morfina, solución inyectable, 10 mg/ml</i>	45	NAFTIN, GEL TÓPICO	57
<i>mirtazapina, comprimidos de desintegración oral</i>	49	<i> morfina, solución oral</i>	45	NAGLAZYME	64
<i>mirtazapina, comprimidos orales</i>	49	<i> morfina, solución oral concentrada</i>	45	<i>naloxona, jeringa inyectable, 1 mg/ml</i>	46
<i>misoprostol</i>	67	MORPHINE, COMPRIMIDOS ORALES	46	<i>naloxona, solución inyectable</i>	46
MITIGARE	68	MORPHINE, JERINGA INTRAVENOSA, 10 MG/ML, 8 MG/ML	45	<i>naltrexona</i>	46
<i>mitomicina intravenosa</i>	37	MORPHINE, JERINGA INYECTABLE, 2 MG/ML	45	NAMZARIC	44
<i>mitoxantrona</i>	37	MORPHINE, SOLUCIÓN INTRAVENOSA, 4 MG/ML, 8 MG/ML	45	<i>naproxeno, comprimidos orales</i>	46
M-M-R II (PF)	68	MORPHINE, SOLUCIÓN INYECTABLE, 10 MG/ML, 2 MG/ML, 4 MG/ML, 5 MG/ML	45	<i>naproxeno, comprimidos orales, liberación retardada (dr/ec)</i>	46
<i>moexipril</i>	52	MOVANTIK	66	<i>naproxeno sódico, comprimidos orales, 275 mg, 550 mg</i>	46
<i>mofetil micofenolato, cápsulas orales</i>	37	<i>moxifloxacina-cloruro de sodio (iso)</i>	32	<i>naproxeno, suspensión oral</i>	46
<i>mofetil micofenolato (clorhidrato)</i>	37	<i>moxifloxacina oftálmica (ojos)</i>	73	<i>naratriptán</i>	43
<i>mofetil micofenolato, comprimidos orales</i>	37	<i>moxifloxacina oral</i>	32	NARCAN	46
<i>mofetil micofenolato, suspensión oral para reconstitución</i>	37	MOXIFLOXACIN-SOD. ACE, SUL-WATER	32	NATACYN	73
<i>molindona</i>	49	MOZOBIL	67	<i>nateglinida, comprimidos orales, 60 mg</i>	62
<i>mometasona nasal</i>	76	<i>mupirocina</i>	56	<i>nateglinida, comprimidos orales, 120 mg</i>	62
<i>mometasona tópica</i>	58	<i>mupirocina cálcica</i>	56	NATPARA	64
<i>mondoxyne nl, cápsulas orales, 100 mg, 75 mg</i>	33	MVASI	37	NAYZILAM	42
MONJUVI	37	MYLOTARG	37	<i>nebivolol</i>	52
<i>monohidrato de doxiciclina, cápsulas orales, 100 mg, 50 mg</i>	33	<i>myorisan</i>	56	<i>necon 0.5/35 (28)</i>	72
<i>monohidrato de doxiciclina, comprimidos orales</i>	33			<i>nefazodona</i>	49
<i>monohidrato de doxiciclina, suspensión oral para reconstitución</i>	33			<i>neomicina</i>	31
<i>monohidrato de nitrofurantoína/ macrocrist</i>	33			<i>neomicina-bacitracina-polimixina</i>	73
<i>mono-lynyah</i>	72			<i>neomicina-bacitracina-polimixina-hc</i>	74
<i>mononitrato de isosorbida</i>	55				
<i>montelukast, comprimidos orales</i>	76				

Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
<i>neomicina-polimixina b-dexametasona</i>	74	<i>nistatina, polvo tópico</i>	57	NOVOFINE, AGUJA PARA LAPICERA	62
<i>neomicina-polimixina b gu.</i>	58	<i>nistatina, pomada tópica</i>	57	NOVOTWIST, AGUJA PARA LAPICERA	62
<i>neomicina-polimixina-gramicidina</i>	73	<i>nistatina-triamcinolona</i>	57	NUBEQA	38
<i>neomicina-polimixina-hc oftálmica (ojos)</i>	74	<i>nitazoxanida</i>	31	NUDEXTA	44
<i>neomicina-polimixina-hidrocortisona ótica (oído)</i>	60	<i>nitisinona</i>	59	NULOJIX	38
<i>neo-polycin</i>	73	<i>nitrofurantoína</i>	33	NUPLAZID, CÁPSULAS ORALES	49
<i>neo-polycin hc</i>	74	<i>nitrofurantoína, macrocristales</i>	33	NUPLAZID, COMPRIMIDOS ORALES, 10 MG	49
NERLYNX	37	<i>nitroglicerina intravenosa</i>	55	NUTRILIPID	78
NEUPRO	43	<i>nitroglicerina, parche transdérmico, 24 horas</i>	55	NUZYRA INTRAVENOSO	33
<i>nevirapina, comprimidos orales</i>	27	<i>nitroglicerina sublingual</i>	55	NUZYRA ORAL	33
<i>nevirapina, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas, 100 mg</i>	27	<i>nitroglicerina, translingual</i>	55	<i>nyamyc</i>	57
<i>nevirapina, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas, 400 mg</i>	27	NIVESTYM	67	<i>nylia 7/7/7 (28)</i>	72
<i>nevirapina, suspensión oral</i>	27	<i>nizatidina, cápsulas orales</i>	67	<i>nymyo</i>	72
NEXAVAR	37	<i>nora-be</i>	70	<i>nystop</i>	57
<i>niacina, comprimidos orales, 500 mg</i>	54	<i>noret.-etinilestradiol/hierro</i>	72	NYVEPRIA	67
<i>niacina, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas</i>	54	<i>noretisterona ac-etinilestradiol, comprimidos orales, 1-20 mg-mcg, 1.5-30 mg-mcg</i>	72	O	
<i>niacor</i>	54	<i>noretisterona (anticonceptivo)</i>	70	OCALIVA	66
<i>nicardipina oral</i>	52	<i>noretisterona-etinilestradiol/hierro, cápsulas orales</i>	72	<i>ocella</i>	72
<i>nicardipina, solución intravenosa</i>	52	<i>noretisterona-etinilestradiol/hierro, comprimidos orales, 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7), 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7)</i>	72	OCREVUS	44
NICOTROL	59	<i>noretisterona-etinilestradiol/hierro, comprimidos orales masticables</i>	72	ODEFSEY	27
NICOTROL NS	59	<i>norgestimato-etinilestradiol</i>	72	ODOMZO	38
<i>nifedipina, comprimidos orales, liberación prolongada</i>	52	NORTHERA, CÁPSULAS ORALES, 100 MG	59	OFEV	76
<i>nifedipina, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas</i>	52	NORTHERA, CÁPSULAS ORALES, 200 MG, 300 MG	59	<i>ofloxacina oftálmica (ojos)</i>	73
<i>nikki (28)</i>	72	<i>nortrel 0.5/35 (28)</i>	72	<i>ofloxacina ótica (oídos)</i>	60
<i>nilutamida</i>	38	<i>nortrel 1/35 (21)</i>	72	OGIVRI	38
<i>nimodipina</i>	52	<i>nortrel 1/35 (28)</i>	72	<i>olanzapina, comprimidos de desintegración oral</i>	49
NINLARO	38	<i>nortrel 7/7/7 (28)</i>	72	<i>olanzapina, comprimidos orales</i>	49
NIPENT	38	<i>nortriptilina</i>	49	<i>olanzapina-fluoxetina</i>	49
<i>nisoldipina</i>	52	NORVIR, PAQUETE DE POLVO ORAL	27	<i>olanzapina intramuscular</i>	49
<i>nistatina, crema tópica</i>	57	NORVIR, SOLUCIÓN ORAL	27	<i>olmesartán</i>	52
<i>nistatina, oral</i>	26			<i>olmesartán-hidroclorotiazida</i>	52
				<i>olopatadina oftálmica (ojos)</i>	73
				<i>omeprazol, cápsulas orales, liberación retardada (dr/ec)</i>	67
				OMNIPOD DASH, PAQUETE DE 5	62

Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
OMNIPOD, PAQUETE DE 5	62	<i>oxicodona, comprimidos</i>		PEDVAX HIB (PF)	68
OMNIPOD, PAQUETE INICIAL	62	<i>orales, 5 mg</i>	46	<i>peg 3350-electrolitos,</i>	
ONCASPAR	38	<i>oxicodona, comprimidos orales,</i>		<i>sol. para reconst. oral,</i>	
<i>ondansetrón</i>	66	<i>10 mg, 15 mg, 20 mg, 30 mg</i>	46	<i>236-22.74-6.74-5.86 gramos</i>	66
ONIVYDE	38	<i>oxicodona, concentrado oral</i>	46	<i>peg-electrolitos</i>	66
ONUREG	38	<i>oxicodona, solución oral</i>	46	PEMAZYRE	38
OPDIVO	38	<i>oximorfona, comprimidos orales,</i>		<i>penicilamina</i>	69
OPSUMIT	76	<i>liberación prolongada, 12 horas</i>	46	<i>penicilina g potásica</i>	32
<i>oralone</i>	59	OZEMPIC, LAPICERA PARA		<i>penicilina v potásica,</i>	
ORBACTIV	31	INYECCIÓN SUBCUTÁNEA,		<i>comprimidos orales, 250 mg</i>	32
ORENCIA CLICKJECT	69	0.25 MG O 0.5 MG (2 MG/1.5 ML)	63	<i>penicilina v potásica,</i>	
ORENCIA, JERINGA		OZEMPIC, LAPICERA PARA		<i>comprimidos orales, 500 mg</i>	32
SUBCUTÁNEA, 50 MG/0.4 ML	69	INYECCIÓN SUBCUTÁNEA,		<i>penicilina v potásica,</i>	
ORENCIA, JERINGA		1 MG/DOSIS (2 MG/1.5 ML,		<i>solución para reconst. oral</i>	32
SUBCUTÁNEA, 87.5 MG/0.7 ML	69	1 MG/DOSIS (4 MG/3 ML)	63	PENTACEL (PF), KIT	
ORENCIA, JERINGA		P		INTRAMUSCULAR, 15 LF-	
SUBCUTÁNEA, 125 MG/ML	69	<i>pacerona, comprimidos</i>		48 MCG-62 DU-10 MCG/0.5 ML	68
ORGOVYX	38	<i>orales, 100 mg, 200 mg, 400 mg</i>	51	PENTAM	31
ORKAMBI,		<i>paclitaxel</i>	38	<i>pentamidina inyectable</i>	31
COMPRIMIDOS ORALES	76	PADCEV	38	<i>pentamidina para inhalar</i>	31
ORKAMBI, PAQUETE		<i>paliperidona, comprimidos</i>		PENTASA	66
DE GRÁNULOS ORALES	76	<i>orales, liberación prolongada,</i>		<i>pentoxifilina</i>	54
<i>orsythia</i>	72	<i>24 horas, 1.5 mg, 3 mg, 9 mg</i>	49	<i>perfenazina</i>	50
<i>oseltamivir</i>	27	<i>paliperidona, comprimidos</i>		<i>perfenazina-amitriptilina</i>	50
<i>oxacilina inyectable</i>	32	<i>orales, liberación prolongada,</i>		PERFOROMIST	76
<i>oxalato de escitalopram,</i>		<i>24 horas, 6 mg</i>	50	PERIKABIVEN	78
<i>comprimidos orales</i>	48	<i>palonosetrón, solución</i>		<i>perindopril erbumina</i>	52
<i>oxalato de escitalopram,</i>		<i>intravenosa, 0.25 mg/5 ml</i>	66	PERJETA	38
<i>solución oral</i>	48	<i>pamidronato, solución intravenosa</i>	64	<i>permetrina</i>	58
<i>oxaliplatino</i>	38	PAÑOS CON ALCOHOL	60	PERSERIS	50
<i>oxandrolona, comprimidos</i>		PANRETIN	56	<i>pfizerpen-g</i>	32
<i>orales, 2.5 mg</i>	64	<i>pantoprazol, comprimidos orales,</i>		PHESGO	38
<i>oxandrolona, comprimidos</i>		<i>liberación retardada (dr/ec), 20 mg</i>	67	<i>philith</i>	72
<i>orales, 10 mg</i>	64	<i>pantoprazol, comprimidos orales,</i>		PICATO	56
<i>oxaprozina</i>	46	<i>liberación retardada (dr/ec), 40 mg</i>	67	PIFELTRO	27
<i>oxazepam</i>	49	PA; QL (150/30); NDS	43	<i>pimecrolimus</i>	56
<i>oxcarbazepina</i>	42	<i>paricalcitol oral</i>	64	<i>pimozida</i>	50
OXERVATE	73	<i>paroex, enjuague bucal</i>	59	<i>pimtrea (28)</i>	72
<i>oxicodona-acetaminofeno,</i>		<i>paromomicina</i>	31	<i>pindolol</i>	53
<i>comprimidos orales, 10-325 mg,</i>		PASER	31	<i>pioglitazona</i>	63
<i>2.5-325 mg, 5-325 mg, 7.5-325 mg</i>	46	PAXIL, SUSPENSIÓN ORAL	50	<i>pioglitazona-metformina</i>	63
		PEDIARIX (PF)	68		

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>	32	<i>prednicarbato, pomada tópica</i>	58	<i>probenecid/colchicina</i>	68
PIPERACILLIN-TAZOBACTAM, SOL. PARA RECONST. INTRAVENOSA, 13.5 GRAMOS	32	<i>prednisolona, solución oral</i>	60	PROCALAMINE 3%	78
PIQRAY	38	<i>prednisona, comprimidos orales, 1 mg, 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg.</i>	60	<i>prochlorperazina</i>	66
<i>pirazinamida</i>	31	<i>prednisona, comprimidos orales, 50 mg</i>	60	<i>procto-med hc</i>	66
<i>pirimetamina</i>	31	<i>prednisona, comprimidos orales, paquete dosificado</i>	60	<i>procto-pak</i>	66
<i>pirmella</i>	72	<i>prednisona, intensol</i>	60	<i>proctosol hc tópico</i>	66
PLENAMINE	78	<i>prednisona, solución oral</i>	60	<i>proctozona-hc</i>	66
PLENVU	66	<i>pregabalina, cápsulas orales, 100 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	42	<i>progesterona micronizada</i>	70
<i>podofilox</i>	56	<i>pregabalina, cápsulas orales, 225 mg, 300 mg</i>	42	PROGLYCEM	63
<i>polimixina b sulfato de trimetoprima</i>	73	<i>pregabalina, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas, 165 mg, 82.5 mg.</i>	42	PROGRAF INTRAVENOSO	38
POLIVY	38	<i>pregabalina, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas, 330 mg</i>	42	PROGRAF, PAQUETE DE GRÁNULOS ORALES	38
<i>polycin</i>	73	<i>pregabalina, solución oral</i>	42	PROLASTIN-C	59
POMALYST	38	PREMARIN INYECTABLE	70	PROLENSA	74
<i>portia 28</i>	72	PREMARIN ORAL	70	PROLIA	69
PORTRAZZA	38	PREMARIN VAGINAL	70	PROMACTA, COMPRIMIDOS ORALES, 12.5 MG, 25 MG, 50 MG	54
<i>posaconazol, comprimidos orales, liberación retardada (dr/ec).</i>	26	PREMASOL 10%	78	PROMACTA, COMPRIMIDOS ORALES, 75 MG	54
POTASSIUM CHLORID-D5-0.45% NACL, SOLUCIÓN PARENTERAL INTRAVENOSA, 10 MEQ/L, 20 MEQ/L, 40 MEQ/L	77	<i>prevalite</i>	54	PROMACTA, PAQUETE DE POLVO ORAL, 12.5 MG	54
POTASSIUM CHLORIDE-D5-0.2% NACL, SOLUCIÓN PARENTERAL INTRAVENOSA, 20 MEQ/L	78	<i>previfem</i>	72	PROMACTA, PAQUETE DE POLVO ORAL, 25 MG	54
POTASSIUM CHLORIDE-D5-0.9% NACL	78	PREVYMIS, ORAL	27	<i>prometazina oral</i>	75
POTELIGEO	38	PREZCOBIX	28	<i>prometazina, supositorio rectal, 12.5 mg, 25 mg</i>	75
PRADAXA	54	PREZISTA, COMPRIMIDOS ORALES, 75 MG	28	<i>promethegan, supositorio rectal, 25 mg, 50 mg</i>	75
<i>pramipexol, comprimidos orales</i>	43	PREZISTA, COMPRIMIDOS ORALES, 150 MG	28	<i>propafenona, cápsulas orales, liberación prolongada, 12 horas</i>	51
<i>pramipexol, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas</i>	43	PREZISTA, COMPRIMIDOS ORALES, 600 MG	28	<i>propafenona, comprimidos orales</i>	51
PRASUGREL	54	PREZISTA, COMPRIMIDOS ORALES, 800 MG	28	<i>propiltiouracilo</i>	60
<i>pravastatina</i>	54	PREZISTA, SUSPENSIÓN ORAL	28	<i>propionato de fluticasona, crema tópica</i>	57
<i>praziquantel</i>	31	PRIFTIN	31	<i>propionato de fluticasona nasal</i>	75
<i>prazosina</i>	53	PRIMAQUINE	31	<i>propionato de fluticasona, pomada tópica</i>	57
PRED-G	74	<i>primidona</i>	42	<i>propionato de fluticasona-salmeterol para inhalación, blíster con dispositivo</i>	76
PRED-G S.O.P.	74	<i>probenecid</i>	68	<i>propionato de halobetasol, crema tópica</i>	57

Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
<i>propionato de halobetasol, pomada tópica</i>	57	<i>rasagilina</i>	43	<i>ribavirina, comprimidos orales, 200 mg</i>	28
<i>propranolol, cápsulas orales, liberación prolongada, 24 horas</i>	53	REBIF (CON ALBÚMINA)	67	RIDAURA	69
<i>propranolol, comprimidos orales</i>	53	REBIF, PAQUETE DE AJUSTE DE DOSIS	67	<i>rifabutina</i>	31
<i>propranolol-hidroclorotiazida</i>	53	REBIF REBIDOSE, LAPICERA PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA, 8.8 MCG/0.2 ML, 22 MCG/0.5 ML (6)	67	<i>rifampina intravenosa</i>	31
<i>propranolol, solución oral</i>	53	REBIF REBIDOSE, LAPICERA PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA, 22 MCG/0.5 ML, 44 MCG/0.5 ML	67	<i>rifampina oral</i>	31
PROQUAD (PF)	68	<i>reclipsen (28)</i>	72	<i>riluzol</i>	59
PROSOL 20%	78	RECOMBIVAX HB (PF)	68	<i>rimantadina</i>	28
<i>protriptilina</i>	50	RECTIV	66	RINVOQ	69
PULMICORT, SUSPENSIÓN PARA INHALACIÓN PARA NEBULIZACIÓN, 0.25 MG/ 2 ML, 0.5 MG/2 ML	76	<i>regonol</i>	44	RIOMET	63
PULMICORT, SUSPENSIÓN PARA INHALACIÓN PARA NEBULIZACIÓN, 1 MG/2 ML	76	REGRANEX	56	RIOMET, LIBERACIÓN PROLONGADA	63
PULMOZYME	76	RELISTOR, JERINGA SUBCUTÁNEA	66	<i>risedronato, comprimidos orales, 5 mg</i>	69
PURIXAN	38	RELISTOR, SOLUCIÓN SUBCUTÁNEA	66	<i>risedronato, comprimidos orales, 30 mg</i>	59
Q		RENACIDIN	77	<i>risedronato, comprimidos orales, 35 mg (paquete de 12), 35 mg (paquete de 4)</i>	69
QINLOCK	38	RENFLEXIS	66	<i>risedronato, comprimidos orales, 150 mg</i>	69
QUADRACEL (PF)	68	<i>repaglinida, comprimidos orales, 0.5 mg</i>	63	RISPERDAL CONSTA, SUSPENSIÓN INTRAMUSCULAR, RECONST. DE LIB. PROLONGADA, 12.5 MG/2 ML	50
<i>quetiapina, comprimidos orales, 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i>	50	<i>repaglinida, comprimidos orales, 1 mg</i>	63	RISPERDAL CONSTA, SUSPENSIÓN INTRAMUSCULAR, RECONST. DE LIB. PROLONGADA, 25 MG/2 ML, 37.5 MG/2 ML, 50 MG/2 ML	50
<i>quetiapina, comprimidos orales, 300 mg, 400 mg</i>	50	<i>repaglinida, comprimidos orales, 2 mg</i>	63	<i>risperidona, comprimidos de desintegración oral, 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg</i>	50
<i>quetiapina, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas, 150 mg, 200 mg</i>	50	REPATHA	54	<i>risperidona, comprimidos de desintegración oral, 4 mg</i>	50
<i>quetiapina, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas, 300 mg, 400 mg, 50 mg</i>	50	REPATHA PUSHTRONEX	54	<i>risperidona, comprimidos orales, 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg</i>	50
<i>quinapril</i>	53	REPATHA SURECLICK	54	<i>risperidona, comprimidos orales, 4 mg</i>	50
<i>quinapril-hidroclorotiazida</i>	53	RESTASIS	73	<i>risperidona, solución oral</i>	50
R		RESTASIS MULTIDOSIS	73	<i>ritonavir</i>	28
RABAVERT (PF)	68	RETACRIT	67	<i>rivastigmina</i>	44
<i>raloxifeno</i>	69	RETEVMO	38	<i>rivelsa</i>	72
<i>ramelteón</i>	50	RETROVIR INTRAVENOSO	28	<i>rizatriptán</i>	43
<i>ramipril</i>	53	REVLIMID	38		
<i>ranolazina</i>	55	REXULTI	50		
		REYATAZ, PAQUETE DE POLVO ORAL	28		
		RHOPRESSA	74		
		<i>ribavirina, cápsulas orales</i>	28		

Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
ROCKLATAN.....	74	SECUADO.....	50	<i>solución de lactato sódico</i>	
ROMIDEPSIN, SOLUCIÓN		SELZENTRY, COMPRIMIDOS		<i>compuesta intravenosa</i>	78
INTRAVENOSA.....	38	ORALES, 25 MG.....	28	SOLU-CORTEF ACT-O-VIAL (PF) ..	60
<i>ropinirol, comprimidos orales</i>	43	SELZENTRY, COMPRIMIDOS		SOMATULINE DEPOT.....	38
<i>rosadan, crema tópica</i>	56	ORALES, 150 MG, 75 MG.....	28	SOMAVERT.....	64
<i>rosadan, gel tópico</i>	56	SELZENTRY, COMPRIMIDOS		<i>sorine</i>	51
<i>rosuvastatina</i>	54	ORALES, 300 MG.....	28	<i>sotalol af</i>	51
ROTARIX.....	68	SELZENTRY, SOLUCIÓN ORAL ..	28	<i>sotalol oral</i>	51
ROTATEQ, VACUNA.....	68	SEREVENT DISKUS.....	76	SOTYLIZE.....	51
<i>roweepra</i>	42	<i>sertralina, comprimidos orales</i>	50	<i>sprintec (28)</i>	72
ROZLYTREK, CÁPSULAS		<i>sertralina, concentrado oral</i>	50	SPRITAM.....	42
ORALES, 100 MG.....	38	<i>setlakin</i>	72	SPRYCEL, COMPRIMIDOS	
ROZLYTREK, CÁPSULAS		SEVELAMER CARBONATE,		ORALES, 20 MG, 70 MG.....	39
ORALES, 200 MG.....	38	COMPRIMIDOS ORALES.....	59	SPRYCEL, COMPRIMIDOS	
RUBRACA.....	38	SEVELAMER CARBONATE,		ORALES, 100 MG, 140 MG,	
<i>rufinamida</i>	42	PAQUETE DE POLVO ORAL.....	59	50 MG, 80 MG.....	38
RUKOBIA.....	28	<i>sharobel</i>	70	<i>sps (con sorbitol)</i>	59
RUXIENCE.....	38	SHINGRIX (PF).....	68	<i>sronyx</i>	72
RYBELSUS.....	63	SIGNIFOR.....	38	<i>ssd</i>	56
RYBREVANT.....	38	<i>sildenafil (hipertensión arterial</i>		STAMARIL (PF).....	68
RYDAPT.....	38	<i>pulmonar), comprimidos orales</i>	76	STELARA, JERINGA	
RYLAZE.....	38	SIMBRINZA.....	74	SUBCUTÁNEA, 45 MG/0.5 ML.....	55
RYTARY.....	43	<i>simliya (28)</i>	72	STELARA, JERINGA	
		<i>simpesse</i>	72	SUBCUTÁNEA, 90 MG/ML.....	55
S		SIMULECT.....	38	STELARA, SOLUCIÓN	
<i>sajazir</i>	76	<i>simvastatina, comprimidos orales</i>	54	SUBCUTÁNEA.....	55
<i>salsalato</i>	46	<i>sirolimus, comprimidos orales</i>	38	STIVARGA.....	39
SAMSCA, COMPRIMIDOS		<i>sirolimus, solución oral</i>	38	STRIBILD.....	28
ORALES, 15 MG.....	64	SIRTURO.....	31	SUBOXONE, PELÍCULA	
SAMSCA, COMPRIMIDOS		SIVEXTRO INTRAVENOSO.....	31	SUBLINGUAL, 2-0.5 MG.....	46
ORALES, 30 MG.....	64	SIVEXTRO ORAL.....	31	SUBOXONE, PELÍCULA	
SANCUSO.....	66	SKYRIZI, JERINGA		SUBLINGUAL, 4-1 MG, 8-2 MG....	46
SANDIMMUNE, SOLUCIÓN ORAL	38	SUBCUTÁNEA, 150 MG/ML.....	55	SUBOXONE, PELÍCULA	
SANDOSTATIN LAR		SKYRIZI, KIT DE JERINGA		SUBLINGUAL, 12-3 MG.....	46
DEPOT, SUSPENSIÓN		SUBCUTÁNEA.....	55	<i>subvenite</i>	42
INTRAMUSCULAR, RECONST.		SKYRIZI, LAPICERA PARA		<i>subvenite, paquete inicial (azul)</i>	42
DE LIB. PROLONGADA.....	38	INYECCIÓN SUBCUTÁNEA.....	55	<i>subvenite, paquete inicial (naranja)</i> .	42
SANTYL.....	56	<i>solifenacina</i>	77	<i>subvenite, paquete inicial (verde)</i> ...	42
SAPHRIS.....	50	SOLQUA 100/33.....	63	<i>succinato de desvenlafaxina</i>	47
<i>sapropterina</i>	64	SOLTAMOX.....	38	<i>succinato de loxapina</i>	49
SARCLISA.....	38	<i>solución de lactato sódico</i>		<i>succinato de metoprolol</i>	52
		<i>compuesta intravenosa</i>	77	<i>succinato de sumatriptán oral</i>	43

Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
<i>succinato de sumatriptán, solución subcutánea</i>	43	<i>sulfato de magnesio inyectable</i>	77	SYNRIBO	39
<i>succinato de sumatriptán, subcutáneo en cartucho</i>	43	<i>sulfato de polimixina b</i>	31	SYNTHROID	65
<i>succinato de sumatriptán, subcutáneo en lapicera</i>	43	<i>sulfato de quinidina, comprimidos orales</i>	51	T	
<i>succinato sódico de cloranfenicol</i>	30	<i>sulfato de quinina</i>	31	TABLOID	39
<i>succinato sódico de metilprednisolona intravenoso</i>	60	<i>sulfato de tobramicina</i>	31	TABRECTA	39
<i>succinato sódico de metilprednisolona, sol. para reconst. inyect., 125 mg, 40 mg</i>	60	<i>sulfonato de poliestireno sódico, polvo oral</i>	59	<i>tacrolimus oral</i>	39
<i>sucralfato, comprimidos orales</i>	67	<i>sulfuro de selenio, loción tópica</i>	55	<i>tacrolimus tópico</i>	56
<i>sucralfato, suspensión oral</i>	67	<i>sulindaco</i>	46	<i>tadalafil (hipertensión arterial pulmonar), comprimidos orales, 20 mg</i>	76
<i>sulfacetamida-prednisolona</i>	74	<i>sumatriptán, rociador nasal no aerosol, 5 mg/activación</i>	43	TAFINLAR	39
<i>sulfacetamida sódica (acné)</i>	56	<i>sumatriptán, rociador nasal no aerosol, 20 mg/activación</i>	43	TAGRISSO	39
<i>sulfacetamida sódica, gotas oftálmicas (ojos)</i>	73	<i>sunitinib</i>	39	TALTZ, JERINGA	55
<i>sulfadiazina</i>	32	SUPRAX, SUSPENSIÓN ORAL PARA RECONSTITUCIÓN, 500 MG/5 ML	29	TALZENNA, CÁPSULAS ORALES, 0.25 MG	39
<i>sulfadiazina de plata</i>	56	SUPREP, KIT DE PREPARACIÓN INTESTINAL	66	TALZENNA, CÁPSULAS ORALES, 1 MG	39
<i>sulfametoxazol-trimetoprima, comprimidos orales</i>	32	SUTAB	66	<i>tamoxifeno</i>	39
<i>sulfametoxazol/trimetoprima, intravenoso</i>	32	SUTENT	39	<i>tamsulosina</i>	77
<i>sulfametoxazol-trimetoprima, suspensión oral</i>	32	<i>syeda</i>	72	TARGRETIN TÓPICO	39
<i>sulfasalazina</i>	66	SYMDEKO	76	<i>tarina 24 fe</i>	72
<i>sulfato de albuterol, comprimidos orales</i>	75	SYMFI	28	<i>tarina fe 1/20 (28)</i>	72
<i>sulfato de albuterol, comprimidos orales, liberación prolongada, 12 horas</i>	75	SYMFI LO	28	<i>tarina fe 1-20 eq (28)</i>	72
<i>sulfato de albuterol, jarabe oral</i>	75	SYMLINPEN 60	63	<i>tartrato de metoprolol-hidroclorotiazida</i>	52
<i>sulfato de albuterol para inhalar, inhalador en aerosol de hfa, 90 mcg/activación (genérico de ProAir)</i>	75	SYMLINPEN 120	63	<i>tartrato de metoprolol oral</i>	52
<i>sulfato de albuterol para inhalar, inhalador en aerosol de hfa, 90 mcg/activación (genérico de Ventolin)</i>	75	SYMPAZAN	42	<i>tartrato de rivastigmina</i>	44
<i>sulfato de albuterol para inhalar, solución para nebulización</i>	75	SYMTUZA	28	TASIGNA, CÁPSULAS ORALES, 50 MG	39
<i>sulfato de gentamicina (pediátrico) (pf)</i>	30	SYNAREL	64	TASIGNA, CÁPSULAS ORALES, 150 MG, 200 MG	39
<i>sulfato de magnesio en agua</i>	77	SYNERCID	31	<i>taysofy</i>	72
		SYNJARDY	63	<i>tazaroteno, crema tópica</i>	56
		SYNJARDY XR, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN INMEDIATA-LIBERACIÓN PROLONGADA, BIFÁSICA, 24 HORAS, 10-1,000 MG, 12.5-1,000 MG, 5-1,000 MG	63	<i>tazicef</i>	29
		SYNJARDY XR, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN INMEDIATA-LIBERACIÓN PROLONGADA, BIFÁSICA, 24 HORAS, 25-1,000 MG	63	TAZORAC	56
				<i>taztia xt, cápsulas orales, liberación prolongada, 24 horas, 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg</i>	53
				TAZVERIK	39
				TDVAX	68

Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
TECENTRIQ	39	TESTOSTERONE CYPIONATE, ACEITE INTRAMUSCULAR, 200 MG/ML	64	<i>tolcapona</i>	43
TECFIDERA, CÁPSULAS ORALES, LIBERACIÓN RETARDADA (DR/EC), 120 MG	44	TETANUS, DIPHTHERIA TOX PEDIÁTRICA (PF)	68	<i>tolterodina</i>	77
TECFIDERA, CÁPSULAS ORALES, LIBERACIÓN RETARDADA (DR/EC), 120 MG (14), 240 MG (46)	44	<i>tetrabenazina, comprimidos</i> <i>orales, 12.5 mg</i>	44	<i>tolvaptán, comprimidos</i> <i>orales, 30 mg</i>	64
TECFIDERA, CÁPSULAS ORALES, LIBERACIÓN RETARDADA (DR/EC), 240 MG	44	<i>tetrabenazina, comprimidos</i> <i>orales, 25 mg</i>	44	<i>topimarato, comprimidos orales</i>	42
TECHLITE, AGUJA PARA LAPICERA	63	<i>tetraciclina</i>	33	<i>topiramato, cápsulas</i> <i>orales, con gránulos</i>	42
TEFLARO	29	THALOMID, CÁPSULAS ORALES, 100 MG, 150 MG, 50 MG ..	39	<i>toposar</i>	39
TEKTURNA HCT	53	THALOMID, CÁPSULAS ORALES, 200 MG	39	<i>topotecán, sol. para</i> <i>reconst. intravenosa</i>	39
<i>telmisartán</i>	53	THEO-24	76	<i>topotecán, solución intravenosa,</i> <i>4 mg/4 ml (1 mg/ml)</i>	39
<i>telmisartán-amlodipina</i>	53	<i>tiadylt, liberación prolongada</i>	53	<i>toremifeno</i>	39
<i>telmisartán-hiclorotiazida</i>	53	<i>tiagabina</i>	42	<i>torsemida oral</i>	53
<i>temazepam</i>	50	TIBSOVO	39	TOUJEO MAX U-300 SOLOSTAR ..	63
TEMIXYS	28	<i>tigeciclina</i>	31	TOUJEO SOLOSTAR U-300, INSULINA	63
TEMODAR INTRAVENOSO	39	<i>tilia fe</i>	72	TOVIAZ	77
<i>temsirolimus</i>	39	TIMOLOL MALEATE, SOLUCIÓN GELIFICANTE OFTÁLMICA (OJOS)	73	TPN ELECTROLYTES	78
TENIVAC (PF), JERINGA INTRAMUSCULAR	68	<i>tioridazina</i>	50	TRADJENTA	63
<i>teofilina, comprimidos orales,</i> <i>liberación prolongada, 12 horas,</i> <i>300 mg, 450 mg</i>	76	<i>tiotepa</i>	39	<i>tramadol-acetaminofeno</i>	47
<i>teofilina, comprimidos orales,</i> <i>liberación prolongada, 24 horas</i>	76	<i>tiotixeno</i>	50	<i>tramadol, comprimidos</i> <i>orales, 50 mg</i>	46
TEPMETKO	39	<i>tis-u-sol pentalito</i>	58	<i>trandolapril</i>	53
<i>terazosina, cápsulas orales,</i> <i>1 mg, 2 mg, 5 mg</i>	53	TIVDAK	39	<i>tranilcipromina</i>	50
<i>terazosina, cápsulas orales, 10 mg</i> ..	53	TIVICAY, COMPRIMIDOS ORALES, 10 MG	28	TRAVASOL 10%	78
<i>terbutalina</i>	76	TIVICAY, COMPRIMIDOS ORALES, 25 MG, 50 MG	28	<i>travoprost</i>	74
<i>terconazol</i>	70	TIVICAY PD	28	TRAZIMERA	39
TERIPARATIDE	69	<i>tizanidina, cápsulas orales</i>	44	<i>trazodona</i>	50
<i>testosterona, gel transdérmico</i>	64	<i>tizanidina, comprimidos orales</i>	44	TREANDA	39
<i>testosterona, gel transdérmico</i> <i>en bomba con dosis medidas,</i> <i>12.5 mg/1.25 gramos (1%)</i>	64	TOBI PODHALER, CÁPSULA DE INHALACIÓN CON DISPOSITIVO DE INHALACIÓN	31	TRECTOR	31
<i>testosterona, gel transdérmico en</i> <i>paquete, 1% (25 mg/2.5 gramos),</i> <i>1% (50 mg/5 gramos)</i>	64	<i>tobramicina-dexametasona</i>	74	TRELEGY ELLIPTA	76
		<i>tobramicina en nacl al 0.225%</i>	31	TRELSTAR, SUSPENSIÓN INTRAMUSCULAR PARA RECONSTITUCIÓN	39
		<i>tobramicina oftálmica (ojos)</i>	73	TRESIBA FLEXTOUCH U-100	63
		TOBEX, POMADA OFTÁLMICA (OJOS)	73	TRESIBA FLEXTOUCH U-200	63
				TRESIBA U-100, INSULINA	63
				<i>tretinoína (antineoplásico)</i>	39
				<i>tretinoína, crema tópica,</i> <i>0.025%, 0.05%, 0.1%</i>	56
				<i>tretinoína, microesferas</i>	56

Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
<i>tretinoína tópica, gel tópico, 0.01%</i> .56		<i>trimetoprima</i>33		TYBLUME72	
<i>tretinoína tópica, gel tópico, 0.025%, 0.05%</i> .56		<i>tri-mili</i>72		TYBOST28	
<i>triamcinolona acetonaída, crema tópica, 0.1%</i> .58		<i>trimipramina</i>50		<i>tydemy</i>72	
<i>triamcinolona acetonaída, crema tópica, 0.025%, 0.5%</i> .58		TRINTELLIX50		TYKERB39	
<i>triamcinolona acetonaída, loción tópica</i>58		<i>tri-nymyo</i>72		TYMLOS69	
<i>triamcinolona acetonaída, pasta dental</i>60		<i>trióxido de arsénico</i>34		TYPHIM VI68	
<i>triamcinolona acetonaída, pomada tópica</i>58		<i>tri-previfem (28)</i>72		TYSABRI44	
<i>triamcinolona acetonaída, suspensión inyectable, 40 mg/ml</i>60		TRIPTODUR39			
<i>triamtereno-hidroclorotiazida, cápsulas orales, 37.5-25 mg</i>53		<i>tri-sprintec (28)</i>72		U	
<i>triamtereno-hidroclorotiazida, comprimidos orales</i>53		<i>tritocin</i>58		UKONIQ39	
<i>triderm, crema tópica, 0.1%</i>58		TRIUMEQ28		UNITHROID, COMPRIMIDOS ORALES, 100 MCG, 112 MCG, 125 MCG, 150 MCG, 175 MCG, 200 MCG, 25 MCG, 300 MCG, 50 MCG, 75 MCG, 88 MCG65	
<i>trientina</i>59		<i>trivora (28)</i>72		<i>unithroid, comprimidos orales, 137 mcg</i>65	
<i>tri-estarylla</i>72		<i>tri-vylibra</i>72		UNITUXIN39	
<i>tri femynor</i>72		<i>tri-vylibra lo</i>72		UPTRAVI, ORAL53	
<i>trifluoperazina</i>50		TRODELVY39		<i>ursodiol, cápsulas orales, 300 mg</i>66	
<i>trifluridina</i>73		TROGARZO28		<i>ursodiol, comprimidos orales</i>66	
<i>trihexifenidilo</i>43		TROKENDI XR, CÁPSULAS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA, 24 HORAS, 100 MG, 25 MG, 50 MG42			
TRIJARDY XR, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN INMEDIATA-LIBERACIÓN PROLONGADA, BIFÁSICA, 24 HORAS, 10-5-1,000 MG, 25-5-1,000 MG63		TROKENDI XR, CÁPSULAS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA, 24 HORAS, 200 MG42		V	
TRIJARDY XR, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN INMEDIATA-LIBERACIÓN PROLONGADA, BIFÁSICA, 24 HORAS, 12.5-2.5-1,000 MG, 5-2.5-1,000 MG63		TROPHAMINE 10%78		<i>valaciclovir, comprimidos orales, 1 gramo</i>28	
TRIKAFTA76		TRULICITY63		<i>valaciclovir, comprimidos orales, 500 mg</i>28	
<i>tri-legest fe</i>72		TRUMENBA68		VALCHLOR56	
<i>tri-lynyah</i>72		TRUSELTIQ, CÁPSULAS ORALES, 75 MG/DÍA (25 MG X 3)39		<i>valerato de betametasona, crema tópica</i>57	
<i>tri-lo-estarylla</i>72		TRUSELTIQ, CÁPSULAS ORALES, 100 MG/DÍA (100 MG X 1)39		<i>valerato de betametasona, espuma tópica</i>57	
<i>tri-lo-marzia</i>72		TRUSELTIQ, CÁPSULAS ORALES, 125 MG/DÍA (100 MG X 1-25 MG X 1), 50 MG/DÍA (25 MG X 2)39		<i>valerato de betametasona, loción tópica</i>57	
<i>tri-lo-mili</i>72		TRUVADA28		<i>valerato de betametasona, pomada tópica</i>57	
<i>tri-lo-sprintec</i>72		TRUXIMA39		<i>valerato de estradiol, aceite intramuscular, 20 mg/ml, 40 mg/ml</i>70	
		TUKYSA, COMPRIMIDOS ORALES, 50 MG39		<i>valerato de hidrocortisona</i>58	
		TUKYSA, COMPRIMIDOS ORALES, 150 MG39		<i>valganciclovir</i>28	
		TURALIO39		<i>valproato sódico</i>42	
		TWINRIX (PF)68			

Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
<i>valrubicina</i>	39	VENCLEXTA, COMPRIMIDOS ORALES, 50 MG	40	VIMPAT INTRAVENOSO	43
<i>valsartán, comprimidos orales, 160 mg, 40 mg, 80 mg</i>	53	VENCLEXTA, COMPRIMIDOS ORALES, 100 MG	40	VIMPAT, SOLUCIÓN ORAL	43
<i>valsartán, comprimidos orales, 320 mg</i>	53	VENCLEXTA, PAQUETE INICIAL ..	40	<i>vinblastine</i>	40
<i>valsartán-hidroclorotiazida</i>	53	<i>venlafaxina, cápsulas orales, liberación prolongada, 24 horas</i> ..	50	<i>vincasar pfs</i>	40
VALTOCO	42	<i>venlafaxina, comprimidos orales</i> ..	50	<i>vincristina</i>	40
<i>vancomicina, cápsulas orales, 125 mg</i>	31	VENTAVIS	76	<i>vinorelbina</i>	40
<i>vancomicina, cápsulas orales, 250 mg</i>	31	VENTOLIN HFA	76	VIOKACE, COMPRIMIDOS ORALES, 10,440-39,150-39,150 UNIDADES ..	66
<i>vancomicina, sol. para reconst. intravenosa, 1,000 mg, 10 gramos, 250 mg, 5 gramos, 500 mg, 750 mg</i>	31	VERAPAMIL, CÁPSULAS ORALES, PÍLDORAS DE LIB. PROL., 24 HORAS, 360 MG	53	VIOKACE, COMPRIMIDOS ORALES, 20,880-78,300-78,300 UNIDADES ..	66
<i>vancomicina, sol. para reconst. oral</i>	31	<i>verapamilo, cápsulas orales, píldoras ct de lib. prol., 24 horas</i> ..	53	<i>viorele (28)</i>	73
VANCOMYCIN EN CLORURO DE SODIO AL 0.9%, INFUSIÓN SECUNDARIA INTRAVENOSA	31	<i>verapamilo, cápsulas orales, píldoras de lib. prol., 24 horas, 120 mg, 180 mg, 240 mg</i>	53	VIRACEPT, COMPRIMIDOS ORALES, 250 MG	28
VANCOMYCIN EN DEXTROSA AL 5%, INFUSIÓN SECUNDARIA INTRAVENOSA	31	<i>verapamilo, comprimidos orales</i> ..	53	VIRACEPT, COMPRIMIDOS ORALES, 625 MG	28
VANCOMYCIN INYECTABLE	31	<i>verapamilo, comprimidos orales, liberación prolongada</i>	53	VIREAD, COMPRIMIDOS ORALES, 150 MG, 200 MG, 250 MG	28
VANCOMYCIN, SOL. PARA RECONST. INTRAVENOSA, 1.25 GRAMOS, 1.5 GRAMOS	31	<i>verapamilo, solución intravenosa</i> ..	53	VIREAD, POLVO ORAL	28
VANCOMYCIN-WATER, INYECTABLE (PEG)	32	VERSACLOZ	50	VITAMINAS PRENATALES, COMPRIMIDOS ORALES	78
<i>vandazol</i>	70	VERZENIO	40	VITRAKVI, CÁPSULAS ORALES, 25 MG	40
VAQTA (PF)	68	<i>vestura (28)</i>	73	VITRAKVI, CÁPSULAS ORALES, 100 MG	40
<i>vareniclina</i>	59	V-GO 20	63	VITRAKVI, SOLUCIÓN ORAL	40
VARIVAX (PF)	68	V-GO 30	63	VIVITROL	47
VARIZIG	68	V-GO 40	63	VIZIMPRO	40
VASCEPA	55	VICTOZA 2-PAK	63	<i>volnea (28)</i>	73
VECTIBIX	39	VICTOZA 3-PAK	63	<i>voriconazol, comprimidos orales, 50 mg</i>	26
VELCADE	40	<i>vienva</i>	73	<i>voriconazol, comprimidos orales, 200 mg</i>	26
<i>velivet, régimen trifásico (28)</i>	72	<i>vigabatrina</i>	42	<i>voriconazol intravenoso</i>	26
VELTASSA	59	<i>vigadrone</i>	42	<i>voriconazol, suspensión oral para reconstitución</i>	26
VEMLIDY	28	VIIBRYD, COMPRIMIDOS ORALES	50	VOSEVI	28
VENCLEXTA, COMPRIMIDOS ORALES, 10 MG	40	VIIBRYD, COMPRIMIDOS ORALES, PAQUETE DOSIFICADO, 10 MG (7), 20 MG (23)	50	VOTRIENT	40
		VIMPAT, COMPRIMIDOS ORALES, 50 MG	43	VRAYLAR, CÁPSULAS ORALES ..	50
		VIMPAT, COMPRIMIDOS ORALES, 100 MG, 150 MG, 200 MG	43	VRAYLAR, CÁPSULAS ORALES, PAQUETE DOSIFICADO	50

Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
<i>vyfemla</i> (28).....	73	XIGDUO XR, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN INMEDIATA-LIBERACIÓN PROLONGADA, BIFÁSICA, 24 HORAS, 2.5-1,000 MG, 5-1,000 MG, 5-500 MG..	63	YUPELRI	76
<i>vylibra</i>	73	XIGDUO XR, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN INMEDIATA-LIBERACIÓN PROLONGADA, BIFÁSICA, 24 HORAS, 10-1,000 MG, 10-500 MG	63	<i>yuvafem</i>	70
VYNDAMAX	55	XIIDRA	74	Z	
VYNDAQEL.....	55	XOFLUZA.....	28	<i>zafirlukast</i>	76
VYXEOS.....	40	XOLAIR, JERINGA SUBCUTÁNEA, 75 MG/0.5 ML	76	<i>zaleplon, cápsulas orales, 5 mg</i>	51
W		XOLAIR, JERINGA SUBCUTÁNEA, 150 MG/ML	76	<i>zaleplon, cápsulas orales, 10 mg</i> ...	51
<i>warfarina</i>	54	XOLAIR, SOL. PARA RECONST. SUBCUTÁNEA	76	ZALTRAP	40
WELIREG.....	40	XOPENEX	76	ZANOSAR	40
<i>wera</i> (28)	73	XOPENEX CONCENTRADO.....	76	<i>zarah</i>	73
<i>wixela inhub</i>	76	XOSPATA.....	40	ZARXIO	67
<i>wymzya fe</i>	73	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)	40	ZEJULA	40
X		XTAMPZA ER.....	46	ZELBORAF	40
XALKORI	40	XTANDI, CÁPSULAS ORALES.....	40	ZEMAIRA	59
XARELTO.....	54	XTANDI, COMPRIMIDOS ORALES, 40 MG	40	<i>zenatane</i>	56
XARELTO, TRATAMIENTO INICIAL PARA TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA/EMBOLIA PULMONAR, 30 DÍAS	54	XTANDI, COMPRIMIDOS ORALES, 80 MG	40	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 ...	66
XATMEP	40	XULTOPHY 100/3.6	63	ZEPZELCA	40
XCOPRI	43	XYREM.....	50	<i>zidovudina, cápsulas orales</i>	28
XCOPRI, PAQUETE DE AJUSTE DE DOSIS	43	Y		<i>zidovudina, comprimidos orales</i>	28
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)	43	YERVOY.....	40	<i>zidovudina, jarabe oral</i>	28
XELJANZ, COMPRIMIDOS ORALES	69	YF-VAX (PF)	68	ZIEXTENZO	67
XELJANZ, SOLUCIÓN ORAL	69	YONDELIS.....	40	ZIRABEV	40
XELJANZ XR	69			ZIRGAN	73
XGEVA	33			ZOLADEX	40
XHANCE.....	76			ZOLEDRONIC AC-MANNITOL-0.9NACL.....	64
XIAFLEX.....	59			ZOLINZA	40
XIFAXAN, COMPRIMIDOS ORALES, 550 MG	32			<i>zolpidem, comprimidos orales</i>	51
				<i>zonisamida</i>	43
				ZORTRESS, COMPRIMIDOS ORALES, 1 MG	40
				ZOSTAVAX (PF).....	68
				ZOSYN EN DEXTROSA, ISO-OSM.....	32

Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
<i>zovia</i> 1-35 (28)	73				
<i>zovia</i> 1/35e (28)	73				
ZTLIDO	56				
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	47				
ZUBSOLV, COMPRIMIDOS SUBLINGUALES, 8.6-2.1 MG	47				
<i>zumandimine</i> (28)	73				
ZYDELIG	40				
ZYKADIA, COMPRIMIDOS ORALES	40				
ZYLET	74				
ZYNLONTA	40				
ZYPREXA RELPREVV	51				

Notas

[illegible]

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. با **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 hóló, kójl' hódíílnih **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 توجه 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

946449SP p