



Planes De Medicamentos Con Receta De Medicare

LISTA COMPLETA DE MEDICAMENTOS (formulario) DE CIGNA PARA 2021

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

Plan de cobertura

Cigna Secure Rx (PDP)

HPMS Approved Formulary File Submission ID 21118, Version 18

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 1-800-222-6700 o, para los usuarios de TTY, al 711, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana. Puede que nuestro sistema telefónico automático conteste sus llamadas durante los fines de semana del 1 de abril al 30 de septiembre. También puede visitar [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_S5617_SC_S_V12
INT_21_87406_C_Final_8pS

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 Secure Rx (PDP).

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 20. 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 20. 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 69. El Índice de medicamentos cubiertos proporciona una lista alfabética de todos los medicamentos incluidos en este documento. En el Índice se incluyen los medicamentos de marca y los medicamentos genéricos. Busque en el Índice y encuentre su medicamento. Junto a su medicamento, verá el número de página en la que puede encontrar información sobre la cobertura. Vaya a la página indicada en el Índice de medicamentos cubiertos y busque el nombre de su medicamento en la columna "Nombre del medicamento" de la lista.

¿Qué son los medicamentos genéricos?

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

¿Existen restricciones con respecto a mi cobertura?

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

- **Autorización previa:** Cigna les exige a usted o a su médico que obtengan autorización previa para determinados medicamentos. Esto significa que deberá obtener la

aprobación de Cigna antes de despachar estos medicamentos con receta. Si usted no consigue la aprobación, es posible que Cigna no cubra el medicamento.

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

Para averiguar si su medicamento tiene requisitos o límites adicionales, consulte la lista de medicamentos que comienza en la página 20. También puede obtener más información sobre las restricciones que se aplican a medicamentos cubiertos específicos visitando nuestro sitio web. Hemos publicado en línea documentos que explican nuestras restricciones de autorización previa y tratamiento escalonado. También puede solicitarnos que le enviemos una copia. Nuestra información de contacto aparece en la portada y la contraportada, junto con la fecha de la última actualización de la lista de medicamentos.

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

Opciones para los medicamentos de mantenimiento

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

Estamos comprometidos a ayudarlo a controlar sus condiciones crónicas haciendo que le resulte fácil recibir sus medicamentos de mantenimiento. Podemos trabajar juntos de varias formas para alcanzar esta meta:

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

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

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

- Pregúntele a su médico (u otro proveedor) si hay alternativas genéricas de menor costo disponibles para alguno de sus medicamentos actuales.
- 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, muéstresele 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 20 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 69.

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

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

Establecemos límites a la cantidad para determinados medicamentos, que están indicados con la sigla QL en la lista de Medicamentos cubiertos por categoría de la página 20, 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 1-800-222-6700 (TTY 711), o también puede visitar Cigna.com/member-resources para ver el Directorio de farmacias más actualizado.

Tabla de niveles de medicamentos y costos compartidos

La siguiente tabla representa el nombre del plan, el área de servicio del plan, el número de nivel del medicamento como aparece en la lista de medicamentos y la cantidad del costo compartido para ese número de nivel. El Nivel 1 es para los medicamentos genéricos preferidos. El Nivel 2 es para los medicamentos genéricos. El Nivel 3 es para los medicamentos



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>.

de marca preferida. El Nivel 4 es para los medicamentos no preferidos. El Nivel 5 es para los medicamentos de especialidad. El Nivel 6 se aplica solamente para los planes de Cigna Secure Rx (PDP) y se denomina Medicamentos para cuidados específicos. 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, Nivel 5 o Nivel 6. 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 buscar su área de servicio y el plan de medicamentos con receta 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 [Cigna.com/member-resources](https://www.cigna.com/member-resources) para buscar una farmacia minorista o de pedido por correo preferida que le quede cerca.

Cigna Secure Rx (PDP)	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	Cuidados a largo plazo 31 días Fuera de la red 30 días*
	30/60/90 Días	30/60/90 Días	30/60/90 Días	30/60/90 Días	
ALABAMA					
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos	\$1 / \$2 / \$3	\$19 / \$38 / \$57	\$1 / \$2 / \$0	\$19 / \$38 / \$57	\$19
Nivel 2: Medicamentos genéricos	\$2 / \$4 / \$6	\$20 / \$40 / \$60	\$2 / \$4 / \$0	\$20 / \$40 / \$60	\$20
Nivel 3: Medicamentos de marca preferida	\$35 / \$70 / \$105	\$47 / \$94 / \$141	\$35 / \$70 / \$105	\$47 / \$94 / \$141	\$47
Nivel 4: Medicamentos no preferidos	50%	50%	50%	50%	50%
Nivel 5: Nivel de especialidad	25% (30 días)	25% (30 días)	25% (30 días)	25% (30 días)	25%
Nivel 6: Medicamentos para cuidados específicos	\$0 / \$0 / \$0	\$5 / \$10 / \$15	\$0 / \$0 / \$0	\$5 / \$10 / \$15	\$5
ALASKA					
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos	\$1 / \$2 / \$3	\$10 / \$20 / \$30	\$1 / \$2 / \$0	\$10 / \$20 / \$30	\$10
Nivel 2: Medicamentos genéricos	\$2 / \$4 / \$6	\$12 / \$24 / \$36	\$2 / \$4 / \$0	\$12 / \$24 / \$36	\$12
Nivel 3: Medicamentos de marca preferida	\$30 / \$60 / \$90	\$45 / \$90 / \$135	\$30 / \$60 / \$90	\$45 / \$90 / \$135	\$45
Nivel 4: Medicamentos no preferidos	50%	50%	50%	50%	50%
Nivel 5: Nivel de especialidad	25% (30 días)	25% (30 días)	25% (30 días)	25% (30 días)	25%
Nivel 6: Medicamentos para cuidados específicos	\$0 / \$0 / \$0	\$5 / \$10 / \$15	\$0 / \$0 / \$0	\$5 / \$10 / \$15	\$5

* Pagará el copago o el porcentaje del costo del medicamento que se muestra arriba, más la diferencia entre el cargo facturado por la farmacia fuera de la red y los costos habituales facturados por nuestras farmacias minoristas estándares.

Cigna Secure Rx (PDP)	Opción preferida de costo compartido minorista 30/60/90 Días	Opción estándar de costo compartido minorista 30/60/90 Días	Opción preferida de costo compartido de pedido por correo 30/60/90 Días	Opción estándar de costo compartido de pedido por correo 30/60/90 Días	Cuidados a largo plazo 31 días Fuera de la red 30 días*
ARIZONA					
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos	\$1 / \$2 / \$3	\$19 / \$38 / \$57	\$1 / \$2 / \$0	\$19 / \$38 / \$57	\$19
Nivel 2: Medicamentos genéricos	\$7 / \$14 / \$21	\$20 / \$40 / \$60	\$7 / \$14 / \$0	\$20 / \$40 / \$60	\$20
Nivel 3: Medicamentos de marca preferida	\$47 / \$94 / \$141	\$47 / \$94 / \$141	\$47 / \$94 / \$141	\$47 / \$94 / \$141	\$47
Nivel 4: Medicamentos no preferidos	50%	50%	50%	50%	50%
Nivel 5: Nivel de especialidad	25% (30 días)	25% (30 días)	25% (30 días)	25% (30 días)	25%
Nivel 6: Medicamentos para cuidados específicos	\$0 / \$0 / \$0	\$9 / \$18 / \$27	\$0 / \$0 / \$0	\$9 / \$18 / \$27	\$9
ARKANSAS					
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos	\$1 / \$2 / \$3	\$19 / \$38 / \$57	\$1 / \$2 / \$0	\$19 / \$38 / \$57	\$19
Nivel 2: Medicamentos genéricos	\$2 / \$4 / \$6	\$20 / \$40 / \$60	\$2 / \$4 / \$0	\$20 / \$40 / \$60	\$20
Nivel 3: Medicamentos de marca preferida	\$42 / \$84 / \$126	\$47 / \$94 / \$141	\$42 / \$84 / \$126	\$47 / \$94 / \$141	\$47
Nivel 4: Medicamentos no preferidos	50%	50%	50%	50%	50%
Nivel 5: Nivel de especialidad	25% (30 días)	25% (30 días)	25% (30 días)	25% (30 días)	25%
Nivel 6: Medicamentos para cuidados específicos	\$0 / \$0 / \$0	\$9 / \$18 / \$27	\$0 / \$0 / \$0	\$9 / \$18 / \$27	\$9
CALIFORNIA					
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos	\$1 / \$2 / \$3	\$10 / \$20 / \$30	\$1 / \$2 / \$0	\$10 / \$20 / \$30	\$10
Nivel 2: Medicamentos genéricos	\$2 / \$4 / \$6	\$12 / \$24 / \$36	\$2 / \$4 / \$0	\$12 / \$24 / \$36	\$12
Nivel 3: Medicamentos de marca preferida	\$30 / \$60 / \$90	\$47 / \$94 / \$141	\$30 / \$60 / \$90	\$47 / \$94 / \$141	\$47
Nivel 4: Medicamentos no preferidos	50%	50%	50%	50%	50%
Nivel 5: Nivel de especialidad	25% (30 días)	25% (30 días)	25% (30 días)	25% (30 días)	25%
Nivel 6: Medicamentos para cuidados específicos	\$0 / \$0 / \$0	\$5 / \$10 / \$15	\$0 / \$0 / \$0	\$5 / \$10 / \$15	\$5
COLORADO					
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos	\$1 / \$2 / \$3	\$19 / \$38 / \$57	\$1 / \$2 / \$0	\$19 / \$38 / \$57	\$19
Nivel 2: Medicamentos genéricos	\$3 / \$6 / \$9	\$20 / \$40 / \$60	\$3 / \$6 / \$0	\$20 / \$40 / \$60	\$20
Nivel 3: Medicamentos de marca preferida	\$42 / \$84 / \$126	\$47 / \$94 / \$141	\$42 / \$84 / \$126	\$47 / \$94 / \$141	\$47
Nivel 4: Medicamentos no preferidos	50%	50%	50%	50%	50%
Nivel 5: Nivel de especialidad	25% (30 días)	25% (30 días)	25% (30 días)	25% (30 días)	25%
Nivel 6: Medicamentos para cuidados específicos	\$0 / \$0 / \$0	\$9 / \$18 / \$27	\$0 / \$0 / \$0	\$9 / \$18 / \$27	\$9

* Pagará el copago o el porcentaje del costo del medicamento que se muestra arriba, más la diferencia entre el cargo facturado por la farmacia fuera de la red y los costos habituales facturados por nuestras farmacias minoristas estándares.

Cigna Secure Rx (PDP)	Opción preferida de costo compartido minorista 30/60/90 Días	Opción estándar de costo compartido minorista 30/60/90 Días	Opción preferida de costo compartido de pedido por correo 30/60/90 Días	Opción estándar de costo compartido de pedido por correo 30/60/90 Días	Cuidados a largo plazo 31 días Fuera de la red 30 días*
CONNECTICUT					
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos	\$1 / \$2 / \$3	\$19 / \$38 / \$57	\$1 / \$2 / \$0	\$19 / \$38 / \$57	\$19
Nivel 2: Medicamentos genéricos	\$3 / \$6 / \$9	\$20 / \$40 / \$60	\$3 / \$6 / \$0	\$20 / \$40 / \$60	\$20
Nivel 3: Medicamentos de marca preferida	\$41 / \$82 / \$123	\$47 / \$94 / \$141	\$41 / \$82 / \$123	\$47 / \$94 / \$141	\$47
Nivel 4: Medicamentos no preferidos	50%	50%	50%	50%	50%
Nivel 5: Nivel de especialidad	25% (30 días)	25% (30 días)	25% (30 días)	25% (30 días)	25%
Nivel 6: Medicamentos para cuidados específicos	\$0 / \$0 / \$0	\$9 / \$18 / \$27	\$0 / \$0 / \$0	\$9 / \$18 / \$27	\$9
DELAWARE					
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos	\$1 / \$2 / \$3	\$19 / \$38 / \$57	\$1 / \$2 / \$0	\$19 / \$38 / \$57	\$19
Nivel 2: Medicamentos genéricos	\$2 / \$4 / \$6	\$20 / \$40 / \$60	\$2 / \$4 / \$0	\$20 / \$40 / \$60	\$20
Nivel 3: Medicamentos de marca preferida	\$33 / \$66 / \$99	\$47 / \$94 / \$141	\$33 / \$66 / \$99	\$47 / \$94 / \$141	\$47
Nivel 4: Medicamentos no preferidos	50%	50%	50%	50%	50%
Nivel 5: Nivel de especialidad	25% (30 días)	25% (30 días)	25% (30 días)	25% (30 días)	25%
Nivel 6: Medicamentos para cuidados específicos	\$0 / \$0 / \$0	\$5 / \$10 / \$15	\$0 / \$0 / \$0	\$5 / \$10 / \$15	\$5
DISTRICT OF COLUMBIA					
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos	\$1 / \$2 / \$3	\$19 / \$38 / \$57	\$1 / \$2 / \$0	\$19 / \$38 / \$57	\$19
Nivel 2: Medicamentos genéricos	\$2 / \$4 / \$6	\$20 / \$40 / \$60	\$2 / \$4 / \$0	\$20 / \$40 / \$60	\$20
Nivel 3: Medicamentos de marca preferida	\$33 / \$66 / \$99	\$47 / \$94 / \$141	\$33 / \$66 / \$99	\$47 / \$94 / \$141	\$47
Nivel 4: Medicamentos no preferidos	50%	50%	50%	50%	50%
Nivel 5: Nivel de especialidad	25% (30 días)	25% (30 días)	25% (30 días)	25% (30 días)	25%
Nivel 6: Medicamentos para cuidados específicos	\$0 / \$0 / \$0	\$5 / \$10 / \$15	\$0 / \$0 / \$0	\$5 / \$10 / \$15	\$5
FLORIDA					
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos	\$1 / \$2 / \$3	\$19 / \$38 / \$57	\$1 / \$2 / \$0	\$19 / \$38 / \$57	\$19
Nivel 2: Medicamentos genéricos	\$2 / \$4 / \$6	\$20 / \$40 / \$60	\$2 / \$4 / \$0	\$20 / \$40 / \$60	\$20
Nivel 3: Medicamentos de marca preferida	\$42 / \$84 / \$126	\$47 / \$94 / \$141	\$42 / \$84 / \$126	\$47 / \$94 / \$141	\$47
Nivel 4: Medicamentos no preferidos	50%	50%	50%	50%	50%
Nivel 5: Nivel de especialidad	25% (30 días)	25% (30 días)	25% (30 días)	25% (30 días)	25%
Nivel 6: Medicamentos para cuidados específicos	\$0 / \$0 / \$0	\$5 / \$10 / \$15	\$0 / \$0 / \$0	\$5 / \$10 / \$15	\$5

* Pagará el copago o el porcentaje del costo del medicamento que se muestra arriba, más la diferencia entre el cargo facturado por la farmacia fuera de la red y los costos habituales facturados por nuestras farmacias minoristas estándares.

Cigna Secure Rx (PDP)	Opción preferida de costo compartido minorista 30/60/90 Días	Opción estándar de costo compartido minorista 30/60/90 Días	Opción preferida de costo compartido de pedido por correo 30/60/90 Días	Opción estándar de costo compartido de pedido por correo 30/60/90 Días	Cuidados a largo plazo 31 días Fuera de la red 30 días*
GEORGIA					
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos	\$1 / \$2 / \$3	\$19 / \$38 / \$57	\$1 / \$2 / \$0	\$19 / \$38 / \$57	\$19
Nivel 2: Medicamentos genéricos	\$2 / \$4 / \$6	\$20 / \$40 / \$60	\$2 / \$4 / \$0	\$20 / \$40 / \$60	\$20
Nivel 3: Medicamentos de marca preferida	\$40 / \$80 / \$120	\$47 / \$94 / \$141	\$40 / \$80 / \$120	\$47 / \$94 / \$141	\$47
Nivel 4: Medicamentos no preferidos	50%	50%	50%	50%	50%
Nivel 5: Nivel de especialidad	25% (30 días)	25% (30 días)	25% (30 días)	25% (30 días)	25%
Nivel 6: Medicamentos para cuidados específicos	\$0 / \$0 / \$0	\$5 / \$10 / \$15	\$0 / \$0 / \$0	\$5 / \$10 / \$15	\$5
HAWAII					
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos	\$1 / \$2 / \$3	\$10 / \$20 / \$30	\$1 / \$2 / \$0	\$10 / \$20 / \$30	\$10
Nivel 2: Medicamentos genéricos	\$2 / \$4 / \$6	\$16 / \$32 / \$48	\$2 / \$4 / \$0	\$16 / \$32 / \$48	\$16
Nivel 3: Medicamentos de marca preferida	\$30 / \$60 / \$90	\$44 / \$88 / \$132	\$30 / \$60 / \$90	\$44 / \$88 / \$132	\$44
Nivel 4: Medicamentos no preferidos	50%	50%	50%	50%	50%
Nivel 5: Nivel de especialidad	25% (30 días)	25% (30 días)	25% (30 días)	25% (30 días)	25%
Nivel 6: Medicamentos para cuidados específicos	\$0 / \$0 / \$0	\$5 / \$10 / \$15	\$0 / \$0 / \$0	\$5 / \$10 / \$15	\$5
IDAHO					
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos	\$1 / \$2 / \$3	\$19 / \$38 / \$57	\$1 / \$2 / \$0	\$19 / \$38 / \$57	\$19
Nivel 2: Medicamentos genéricos	\$2 / \$4 / \$6	\$20 / \$40 / \$60	\$2 / \$4 / \$0	\$20 / \$40 / \$60	\$20
Nivel 3: Medicamentos de marca preferida	\$38 / \$76 / \$114	\$47 / \$94 / \$141	\$38 / \$76 / \$114	\$47 / \$94 / \$141	\$47
Nivel 4: Medicamentos no preferidos	50%	50%	50%	50%	50%
Nivel 5: Nivel de especialidad	25% (30 días)	25% (30 días)	25% (30 días)	25% (30 días)	25%
Nivel 6: Medicamentos para cuidados específicos	\$0 / \$0 / \$0	\$5 / \$10 / \$15	\$0 / \$0 / \$0	\$5 / \$10 / \$15	\$5
ILLINOIS					
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos	\$1 / \$2 / \$3	\$19 / \$38 / \$57	\$1 / \$2 / \$0	\$19 / \$38 / \$57	\$19
Nivel 2: Medicamentos genéricos	\$2 / \$4 / \$6	\$20 / \$40 / \$60	\$2 / \$4 / \$0	\$20 / \$40 / \$60	\$20
Nivel 3: Medicamentos de marca preferida	\$37 / \$74 / \$111	\$47 / \$94 / \$141	\$37 / \$74 / \$111	\$47 / \$94 / \$141	\$47
Nivel 4: Medicamentos no preferidos	50%	50%	50%	50%	50%
Nivel 5: Nivel de especialidad	25% (30 días)	25% (30 días)	25% (30 días)	25% (30 días)	25%
Nivel 6: Medicamentos para cuidados específicos	\$0 / \$0 / \$0	\$5 / \$10 / \$15	\$0 / \$0 / \$0	\$5 / \$10 / \$15	\$5

* Pagará el copago o el porcentaje del costo del medicamento que se muestra arriba, más la diferencia entre el cargo facturado por la farmacia fuera de la red y los costos habituales facturados por nuestras farmacias minoristas estándares.

Cigna Secure Rx (PDP)	Opción preferida de costo compartido minorista 30/60/90 Días	Opción estándar de costo compartido minorista 30/60/90 Días	Opción preferida de costo compartido de pedido por correo 30/60/90 Días	Opción estándar de costo compartido de pedido por correo 30/60/90 Días	Cuidados a largo plazo 31 días Fuera de la red 30 días*
INDIANA					
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos	\$1 / \$2 / \$3	\$19 / \$38 / \$57	\$1 / \$2 / \$0	\$19 / \$38 / \$57	\$19
Nivel 2: Medicamentos genéricos	\$2 / \$4 / \$6	\$20 / \$40 / \$60	\$2 / \$4 / \$0	\$20 / \$40 / \$60	\$20
Nivel 3: Medicamentos de marca preferida	\$32 / \$64 / \$96	\$47 / \$94 / \$141	\$32 / \$64 / \$96	\$47 / \$94 / \$141	\$47
Nivel 4: Medicamentos no preferidos	50%	50%	50%	50%	50%
Nivel 5: Nivel de especialidad	25% (30 días)	25% (30 días)	25% (30 días)	25% (30 días)	25%
Nivel 6: Medicamentos para cuidados específicos	\$0 / \$0 / \$0	\$5 / \$10 / \$15	\$0 / \$0 / \$0	\$5 / \$10 / \$15	\$5
IOWA					
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos	\$1 / \$2 / \$3	\$19 / \$38 / \$57	\$1 / \$2 / \$0	\$19 / \$38 / \$57	\$19
Nivel 2: Medicamentos genéricos	\$2 / \$4 / \$6	\$20 / \$40 / \$60	\$2 / \$4 / \$0	\$20 / \$40 / \$60	\$20
Nivel 3: Medicamentos de marca preferida	\$30 / \$60 / \$90	\$47 / \$94 / \$141	\$30 / \$60 / \$90	\$47 / \$94 / \$141	\$47
Nivel 4: Medicamentos no preferidos	50%	50%	50%	50%	50%
Nivel 5: Nivel de especialidad	25% (30 días)	25% (30 días)	25% (30 días)	25% (30 días)	25%
Nivel 6: Medicamentos para cuidados específicos	\$0 / \$0 / \$0	\$5 / \$10 / \$15	\$0 / \$0 / \$0	\$5 / \$10 / \$15	\$5
KANSAS					
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos	\$1 / \$2 / \$3	\$19 / \$38 / \$57	\$1 / \$2 / \$0	\$19 / \$38 / \$57	\$19
Nivel 2: Medicamentos genéricos	\$3 / \$6 / \$9	\$20 / \$40 / \$60	\$3 / \$6 / \$0	\$20 / \$40 / \$60	\$20
Nivel 3: Medicamentos de marca preferida	\$42 / \$84 / \$126	\$47 / \$94 / \$141	\$42 / \$84 / \$126	\$47 / \$94 / \$141	\$47
Nivel 4: Medicamentos no preferidos	50%	50%	50%	50%	50%
Nivel 5: Nivel de especialidad	25% (30 días)	25% (30 días)	25% (30 días)	25% (30 días)	25%
Nivel 6: Medicamentos para cuidados específicos	\$0 / \$0 / \$0	\$9 / \$18 / \$27	\$0 / \$0 / \$0	\$9 / \$18 / \$27	\$9
KENTUCKY					
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos	\$1 / \$2 / \$3	\$19 / \$38 / \$57	\$1 / \$2 / \$0	\$19 / \$38 / \$57	\$19
Nivel 2: Medicamentos genéricos	\$2 / \$4 / \$6	\$20 / \$40 / \$60	\$2 / \$4 / \$0	\$20 / \$40 / \$60	\$20
Nivel 3: Medicamentos de marca preferida	\$32 / \$64 / \$96	\$47 / \$94 / \$141	\$32 / \$64 / \$96	\$47 / \$94 / \$141	\$47
Nivel 4: Medicamentos no preferidos	50%	50%	50%	50%	50%
Nivel 5: Nivel de especialidad	25% (30 días)	25% (30 días)	25% (30 días)	25% (30 días)	25%
Nivel 6: Medicamentos para cuidados específicos	\$0 / \$0 / \$0	\$5 / \$10 / \$15	\$0 / \$0 / \$0	\$5 / \$10 / \$15	\$5

* Pagará el copago o el porcentaje del costo del medicamento que se muestra arriba, más la diferencia entre el cargo facturado por la farmacia fuera de la red y los costos habituales facturados por nuestras farmacias minoristas estándares.

Cigna Secure Rx (PDP)	Opción preferida de costo compartido minorista 30/60/90 Días	Opción estándar de costo compartido minorista 30/60/90 Días	Opción preferida de costo compartido de pedido por correo 30/60/90 Días	Opción estándar de costo compartido de pedido por correo 30/60/90 Días	Cuidados a largo plazo 31 días Fuera de la red 30 días*
LOUISIANA					
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos	\$1 / \$2 / \$3	\$19 / \$38 / \$57	\$1 / \$2 / \$0	\$19 / \$38 / \$57	\$19
Nivel 2: Medicamentos genéricos	\$2 / \$4 / \$6	\$20 / \$40 / \$60	\$2 / \$4 / \$0	\$20 / \$40 / \$60	\$20
Nivel 3: Medicamentos de marca preferida	\$30 / \$60 / \$90	\$45 / \$90 / \$135	\$30 / \$60 / \$90	\$45 / \$90 / \$135	\$45
Nivel 4: Medicamentos no preferidos	50%	50%	50%	50%	50%
Nivel 5: Nivel de especialidad	25% (30 días)	25% (30 días)	25% (30 días)	25% (30 días)	25%
Nivel 6: Medicamentos para cuidados específicos	\$0 / \$0 / \$0	\$5 / \$10 / \$15	\$0 / \$0 / \$0	\$5 / \$10 / \$15	\$5
MAINE					
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos	\$1 / \$2 / \$3	\$19 / \$38 / \$57	\$1 / \$2 / \$0	\$19 / \$38 / \$57	\$19
Nivel 2: Medicamentos genéricos	\$2 / \$4 / \$6	\$20 / \$40 / \$60	\$2 / \$4 / \$0	\$20 / \$40 / \$60	\$20
Nivel 3: Medicamentos de marca preferida	\$33 / \$66 / \$99	\$47 / \$94 / \$141	\$33 / \$66 / \$99	\$47 / \$94 / \$141	\$47
Nivel 4: Medicamentos no preferidos	50%	50%	50%	50%	50%
Nivel 5: Nivel de especialidad	25% (30 días)	25% (30 días)	25% (30 días)	25% (30 días)	25%
Nivel 6: Medicamentos para cuidados específicos	\$0 / \$0 / \$0	\$5 / \$10 / \$15	\$0 / \$0 / \$0	\$5 / \$10 / \$15	\$5
MARYLAND					
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos	\$1 / \$2 / \$3	\$19 / \$38 / \$57	\$1 / \$2 / \$0	\$19 / \$38 / \$57	\$19
Nivel 2: Medicamentos genéricos	\$2 / \$4 / \$6	\$20 / \$40 / \$60	\$2 / \$4 / \$0	\$20 / \$40 / \$60	\$20
Nivel 3: Medicamentos de marca preferida	\$33 / \$66 / \$99	\$47 / \$94 / \$141	\$33 / \$66 / \$99	\$47 / \$94 / \$141	\$47
Nivel 4: Medicamentos no preferidos	50%	50%	50%	50%	50%
Nivel 5: Nivel de especialidad	25% (30 días)	25% (30 días)	25% (30 días)	25% (30 días)	25%
Nivel 6: Medicamentos para cuidados específicos	\$0 / \$0 / \$0	\$5 / \$10 / \$15	\$0 / \$0 / \$0	\$5 / \$10 / \$15	\$5
MASSACHUSETTS					
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos	\$1 / \$2 / \$3	\$19 / \$38 / \$57	\$1 / \$2 / \$0	\$19 / \$38 / \$57	\$19
Nivel 2: Medicamentos genéricos	\$3 / \$6 / \$9	\$20 / \$40 / \$60	\$3 / \$6 / \$0	\$20 / \$40 / \$60	\$20
Nivel 3: Medicamentos de marca preferida	\$41 / \$82 / \$123	\$47 / \$94 / \$141	\$41 / \$82 / \$123	\$47 / \$94 / \$141	\$47
Nivel 4: Medicamentos no preferidos	50%	50%	50%	50%	50%
Nivel 5: Nivel de especialidad	25% (30 días)	25% (30 días)	25% (30 días)	25% (30 días)	25%
Nivel 6: Medicamentos para cuidados específicos	\$0 / \$0 / \$0	\$9 / \$18 / \$27	\$0 / \$0 / \$0	\$9 / \$18 / \$27	\$9

* Pagará el copago o el porcentaje del costo del medicamento que se muestra arriba, más la diferencia entre el cargo facturado por la farmacia fuera de la red y los costos habituales facturados por nuestras farmacias minoristas estándares.

Cigna Secure Rx (PDP)	Opción preferida de costo compartido minorista 30/60/90 Días	Opción estándar de costo compartido minorista 30/60/90 Días	Opción preferida de costo compartido de pedido por correo 30/60/90 Días	Opción estándar de costo compartido de pedido por correo 30/60/90 Días	Cuidados a largo plazo 31 días Fuera de la red 30 días*
MICHIGAN					
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos	\$1 / \$2 / \$3	\$19 / \$38 / \$57	\$1 / \$2 / \$0	\$19 / \$38 / \$57	\$19
Nivel 2: Medicamentos genéricos	\$2 / \$4 / \$6	\$20 / \$40 / \$60	\$2 / \$4 / \$0	\$20 / \$40 / \$60	\$20
Nivel 3: Medicamentos de marca preferida	\$32 / \$64 / \$96	\$47 / \$94 / \$141	\$32 / \$64 / \$96	\$47 / \$94 / \$141	\$47
Nivel 4: Medicamentos no preferidos	50%	50%	50%	50%	50%
Nivel 5: Nivel de especialidad	25% (30 días)	25% (30 días)	25% (30 días)	25% (30 días)	25%
Nivel 6: Medicamentos para cuidados específicos	\$0 / \$0 / \$0	\$5 / \$10 / \$15	\$0 / \$0 / \$0	\$5 / \$10 / \$15	\$5
MINNESOTA					
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos	\$1 / \$2 / \$3	\$19 / \$38 / \$57	\$1 / \$2 / \$0	\$19 / \$38 / \$57	\$19
Nivel 2: Medicamentos genéricos	\$2 / \$4 / \$6	\$20 / \$40 / \$60	\$2 / \$4 / \$0	\$20 / \$40 / \$60	\$20
Nivel 3: Medicamentos de marca preferida	\$30 / \$60 / \$90	\$47 / \$94 / \$141	\$30 / \$60 / \$90	\$47 / \$94 / \$141	\$47
Nivel 4: Medicamentos no preferidos	50%	50%	50%	50%	50%
Nivel 5: Nivel de especialidad	25% (30 días)	25% (30 días)	25% (30 días)	25% (30 días)	25%
Nivel 6: Medicamentos para cuidados específicos	\$0 / \$0 / \$0	\$5 / \$10 / \$15	\$0 / \$0 / \$0	\$5 / \$10 / \$15	\$5
MISSISSIPPI					
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos	\$1 / \$2 / \$3	\$19 / \$38 / \$57	\$1 / \$2 / \$0	\$19 / \$38 / \$57	\$19
Nivel 2: Medicamentos genéricos	\$2 / \$4 / \$6	\$20 / \$40 / \$60	\$2 / \$4 / \$0	\$20 / \$40 / \$60	\$20
Nivel 3: Medicamentos de marca preferida	\$32 / \$64 / \$96	\$47 / \$94 / \$141	\$32 / \$64 / \$96	\$47 / \$94 / \$141	\$47
Nivel 4: Medicamentos no preferidos	50%	50%	50%	50%	50%
Nivel 5: Nivel de especialidad	25% (30 días)	25% (30 días)	25% (30 días)	25% (30 días)	25%
Nivel 6: Medicamentos para cuidados específicos	\$0 / \$0 / \$0	\$5 / \$10 / \$15	\$0 / \$0 / \$0	\$5 / \$10 / \$15	\$5
MISSOURI					
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos	\$1 / \$2 / \$3	\$19 / \$38 / \$57	\$1 / \$2 / \$0	\$19 / \$38 / \$57	\$19
Nivel 2: Medicamentos genéricos	\$2 / \$4 / \$6	\$20 / \$40 / \$60	\$2 / \$4 / \$0	\$20 / \$40 / \$60	\$20
Nivel 3: Medicamentos de marca preferida	\$41 / \$82 / \$123	\$47 / \$94 / \$141	\$41 / \$82 / \$123	\$47 / \$94 / \$141	\$47
Nivel 4: Medicamentos no preferidos	50%	50%	50%	50%	50%
Nivel 5: Nivel de especialidad	25% (30 días)	25% (30 días)	25% (30 días)	25% (30 días)	25%
Nivel 6: Medicamentos para cuidados específicos	\$0 / \$0 / \$0	\$5 / \$10 / \$15	\$0 / \$0 / \$0	\$5 / \$10 / \$15	\$5

* Pagará el copago o el porcentaje del costo del medicamento que se muestra arriba, más la diferencia entre el cargo facturado por la farmacia fuera de la red y los costos habituales facturados por nuestras farmacias minoristas estándares.

Cigna Secure Rx (PDP)	Opción preferida de costo compartido minorista 30/60/90 Días	Opción estándar de costo compartido minorista 30/60/90 Días	Opción preferida de costo compartido de pedido por correo 30/60/90 Días	Opción estándar de costo compartido de pedido por correo 30/60/90 Días	Cuidados a largo plazo 31 días Fuera de la red 30 días*
MONTANA					
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos	\$1 / \$2 / \$3	\$19 / \$38 / \$57	\$1 / \$2 / \$0	\$19 / \$38 / \$57	\$19
Nivel 2: Medicamentos genéricos	\$2 / \$4 / \$6	\$20 / \$40 / \$60	\$2 / \$4 / \$0	\$20 / \$40 / \$60	\$20
Nivel 3: Medicamentos de marca preferida	\$30 / \$60 / \$90	\$47 / \$94 / \$141	\$30 / \$60 / \$90	\$47 / \$94 / \$141	\$47
Nivel 4: Medicamentos no preferidos	50%	50%	50%	50%	50%
Nivel 5: Nivel de especialidad	25% (30 días)	25% (30 días)	25% (30 días)	25% (30 días)	25%
Nivel 6: Medicamentos para cuidados específicos	\$0 / \$0 / \$0	\$5 / \$10 / \$15	\$0 / \$0 / \$0	\$5 / \$10 / \$15	\$5
NEBRASKA					
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos	\$1 / \$2 / \$3	\$19 / \$38 / \$57	\$1 / \$2 / \$0	\$19 / \$38 / \$57	\$19
Nivel 2: Medicamentos genéricos	\$2 / \$4 / \$6	\$20 / \$40 / \$60	\$2 / \$4 / \$0	\$20 / \$40 / \$60	\$20
Nivel 3: Medicamentos de marca preferida	\$30 / \$60 / \$90	\$47 / \$94 / \$141	\$30 / \$60 / \$90	\$47 / \$94 / \$141	\$47
Nivel 4: Medicamentos no preferidos	50%	50%	50%	50%	50%
Nivel 5: Nivel de especialidad	25% (30 días)	25% (30 días)	25% (30 días)	25% (30 días)	25%
Nivel 6: Medicamentos para cuidados específicos	\$0 / \$0 / \$0	\$5 / \$10 / \$15	\$0 / \$0 / \$0	\$5 / \$10 / \$15	\$5
NEVADA					
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos	\$1 / \$2 / \$3	\$19 / \$38 / \$57	\$1 / \$2 / \$0	\$19 / \$38 / \$57	\$19
Nivel 2: Medicamentos genéricos	\$5 / \$10 / \$15	\$20 / \$40 / \$60	\$5 / \$10 / \$0	\$20 / \$40 / \$60	\$20
Nivel 3: Medicamentos de marca preferida	\$42 / \$84 / \$126	\$47 / \$94 / \$141	\$42 / \$84 / \$126	\$47 / \$94 / \$141	\$47
Nivel 4: Medicamentos no preferidos	50%	50%	50%	50%	50%
Nivel 5: Nivel de especialidad	25% (30 días)	25% (30 días)	25% (30 días)	25% (30 días)	25%
Nivel 6: Medicamentos para cuidados específicos	\$0 / \$0 / \$0	\$9 / \$18 / \$27	\$0 / \$0 / \$0	\$9 / \$18 / \$27	\$9
NEW HAMPSHIRE					
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos	\$1 / \$2 / \$3	\$19 / \$38 / \$57	\$1 / \$2 / \$0	\$19 / \$38 / \$57	\$19
Nivel 2: Medicamentos genéricos	\$2 / \$4 / \$6	\$20 / \$40 / \$60	\$2 / \$4 / \$0	\$20 / \$40 / \$60	\$20
Nivel 3: Medicamentos de marca preferida	\$33 / \$66 / \$99	\$47 / \$94 / \$141	\$33 / \$66 / \$99	\$47 / \$94 / \$141	\$47
Nivel 4: Medicamentos no preferidos	50%	50%	50%	50%	50%
Nivel 5: Nivel de especialidad	25% (30 días)	25% (30 días)	25% (30 días)	25% (30 días)	25%
Nivel 6: Medicamentos para cuidados específicos	\$0 / \$0 / \$0	\$5 / \$10 / \$15	\$0 / \$0 / \$0	\$5 / \$10 / \$15	\$5

* Pagará el copago o el porcentaje del costo del medicamento que se muestra arriba, más la diferencia entre el cargo facturado por la farmacia fuera de la red y los costos habituales facturados por nuestras farmacias minoristas estándares.

Cigna Secure Rx (PDP)	Opción preferida de costo compartido minorista 30/60/90 Días	Opción estándar de costo compartido minorista 30/60/90 Días	Opción preferida de costo compartido de pedido por correo 30/60/90 Días	Opción estándar de costo compartido de pedido por correo 30/60/90 Días	Cuidados a largo plazo 31 días Fuera de la red 30 días*
NEW JERSEY					
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos	\$1 / \$2 / \$3	\$19 / \$38 / \$57	\$1 / \$2 / \$0	\$19 / \$38 / \$57	\$19
Nivel 2: Medicamentos genéricos	\$3 / \$6 / \$9	\$20 / \$40 / \$60	\$3 / \$6 / \$0	\$20 / \$40 / \$60	\$20
Nivel 3: Medicamentos de marca preferida	\$44 / \$88 / \$132	\$47 / \$94 / \$141	\$44 / \$88 / \$132	\$47 / \$94 / \$141	\$47
Nivel 4: Medicamentos no preferidos	50%	50%	50%	50%	50%
Nivel 5: Nivel de especialidad	25% (30 días)	25% (30 días)	25% (30 días)	25% (30 días)	25%
Nivel 6: Medicamentos para cuidados específicos	\$0 / \$0 / \$0	\$9 / \$18 / \$27	\$0 / \$0 / \$0	\$9 / \$18 / \$27	\$9
NEW MEXICO					
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos	\$1 / \$2 / \$3	\$19 / \$38 / \$57	\$1 / \$2 / \$0	\$19 / \$38 / \$57	\$19
Nivel 2: Medicamentos genéricos	\$7 / \$14 / \$21	\$20 / \$40 / \$60	\$7 / \$14 / \$0	\$20 / \$40 / \$60	\$20
Nivel 3: Medicamentos de marca preferida	\$47 / \$94 / \$141	\$47 / \$94 / \$141	\$47 / \$94 / \$141	\$47 / \$94 / \$141	\$47
Nivel 4: Medicamentos no preferidos	50%	50%	50%	50%	50%
Nivel 5: Nivel de especialidad	25% (30 días)	25% (30 días)	25% (30 días)	25% (30 días)	25%
Nivel 6: Medicamentos para cuidados específicos	\$0 / \$0 / \$0	\$9 / \$18 / \$27	\$0 / \$0 / \$0	\$9 / \$18 / \$27	\$9
NEW YORK					
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos	\$1 / \$2 / \$3	\$10 / \$20 / \$30	\$1 / \$2 / \$0	\$10 / \$20 / \$30	\$10
Nivel 2: Medicamentos genéricos	\$2 / \$4 / \$6	\$12 / \$24 / \$36	\$2 / \$4 / \$0	\$12 / \$24 / \$36	\$12
Nivel 3: Medicamentos de marca preferida	\$25 / \$50 / \$75	\$35 / \$70 / \$105	\$25 / \$50 / \$75	\$35 / \$70 / \$105	\$35
Nivel 4: Medicamentos no preferidos	50%	50%	50%	50%	50%
Nivel 5: Nivel de especialidad	25% (30 días)	25% (30 días)	25% (30 días)	25% (30 días)	25%
Nivel 6: Medicamentos para cuidados específicos	\$0 / \$0 / \$0	\$5 / \$10 / \$15	\$0 / \$0 / \$0	\$5 / \$10 / \$15	\$5
NORTH CAROLINA					
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos	\$1 / \$2 / \$3	\$19 / \$38 / \$57	\$1 / \$2 / \$0	\$19 / \$38 / \$57	\$19
Nivel 2: Medicamentos genéricos	\$2 / \$4 / \$6	\$20 / \$40 / \$60	\$2 / \$4 / \$0	\$20 / \$40 / \$60	\$20
Nivel 3: Medicamentos de marca preferida	\$30 / \$60 / \$90	\$47 / \$94 / \$141	\$30 / \$60 / \$90	\$47 / \$94 / \$141	\$47
Nivel 4: Medicamentos no preferidos	50%	50%	50%	50%	50%
Nivel 5: Nivel de especialidad	25% (30 días)	25% (30 días)	25% (30 días)	25% (30 días)	25%
Nivel 6: Medicamentos para cuidados específicos	\$0 / \$0 / \$0	\$5 / \$10 / \$15	\$0 / \$0 / \$0	\$5 / \$10 / \$15	\$5

* Pagará el copago o el porcentaje del costo del medicamento que se muestra arriba, más la diferencia entre el cargo facturado por la farmacia fuera de la red y los costos habituales facturados por nuestras farmacias minoristas estándares.

Cigna Secure Rx (PDP)	Opción preferida de costo compartido minorista 30/60/90 Días	Opción estándar de costo compartido minorista 30/60/90 Días	Opción preferida de costo compartido de pedido por correo 30/60/90 Días	Opción estándar de costo compartido de pedido por correo 30/60/90 Días	Cuidados a largo plazo 31 días Fuera de la red 30 días*
NORTH DAKOTA					
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos	\$1 / \$2 / \$3	\$19 / \$38 / \$57	\$1 / \$2 / \$0	\$19 / \$38 / \$57	\$19
Nivel 2: Medicamentos genéricos	\$2 / \$4 / \$6	\$20 / \$40 / \$60	\$2 / \$4 / \$0	\$20 / \$40 / \$60	\$20
Nivel 3: Medicamentos de marca preferida	\$30 / \$60 / \$90	\$47 / \$94 / \$141	\$30 / \$60 / \$90	\$47 / \$94 / \$141	\$47
Nivel 4: Medicamentos no preferidos	50%	50%	50%	50%	50%
Nivel 5: Nivel de especialidad	25% (30 días)	25% (30 días)	25% (30 días)	25% (30 días)	25%
Nivel 6: Medicamentos para cuidados específicos	\$0 / \$0 / \$0	\$5 / \$10 / \$15	\$0 / \$0 / \$0	\$5 / \$10 / \$15	\$5
OHIO					
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos	\$1 / \$2 / \$3	\$19 / \$38 / \$57	\$1 / \$2 / \$0	\$19 / \$38 / \$57	\$19
Nivel 2: Medicamentos genéricos	\$5 / \$10 / \$15	\$20 / \$40 / \$60	\$5 / \$10 / \$0	\$20 / \$40 / \$60	\$20
Nivel 3: Medicamentos de marca preferida	\$42 / \$84 / \$126	\$47 / \$94 / \$141	\$42 / \$84 / \$126	\$47 / \$94 / \$141	\$47
Nivel 4: Medicamentos no preferidos	50%	50%	50%	50%	50%
Nivel 5: Nivel de especialidad	25% (30 días)	25% (30 días)	25% (30 días)	25% (30 días)	25%
Nivel 6: Medicamentos para cuidados específicos	\$0 / \$0 / \$0	\$9 / \$18 / \$27	\$0 / \$0 / \$0	\$9 / \$18 / \$27	\$9
OKLAHOMA					
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos	\$1 / \$2 / \$3	\$10 / \$20 / \$30	\$1 / \$2 / \$0	\$10 / \$20 / \$30	\$10
Nivel 2: Medicamentos genéricos	\$2 / \$4 / \$6	\$12 / \$24 / \$36	\$2 / \$4 / \$0	\$12 / \$24 / \$36	\$12
Nivel 3: Medicamentos de marca preferida	\$28 / \$56 / \$84	\$35 / \$70 / \$105	\$28 / \$56 / \$84	\$35 / \$70 / \$105	\$35
Nivel 4: Medicamentos no preferidos	50%	50%	50%	50%	50%
Nivel 5: Nivel de especialidad	25% (30 días)	25% (30 días)	25% (30 días)	25% (30 días)	25%
Nivel 6: Medicamentos para cuidados específicos	\$0 / \$0 / \$0	\$5 / \$10 / \$15	\$0 / \$0 / \$0	\$5 / \$10 / \$15	\$5
OREGON					
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos	\$1 / \$2 / \$3	\$19 / \$38 / \$57	\$1 / \$2 / \$0	\$19 / \$38 / \$57	\$19
Nivel 2: Medicamentos genéricos	\$2 / \$4 / \$6	\$20 / \$40 / \$60	\$2 / \$4 / \$0	\$20 / \$40 / \$60	\$20
Nivel 3: Medicamentos de marca preferida	\$36 / \$72 / \$108	\$47 / \$94 / \$141	\$36 / \$72 / \$108	\$47 / \$94 / \$141	\$47
Nivel 4: Medicamentos no preferidos	50%	50%	50%	50%	50%
Nivel 5: Nivel de especialidad	25% (30 días)	25% (30 días)	25% (30 días)	25% (30 días)	25%
Nivel 6: Medicamentos para cuidados específicos	\$0 / \$0 / \$0	\$5 / \$10 / \$15	\$0 / \$0 / \$0	\$5 / \$10 / \$15	\$5

* Pagará el copago o el porcentaje del costo del medicamento que se muestra arriba, más la diferencia entre el cargo facturado por la farmacia fuera de la red y los costos habituales facturados por nuestras farmacias minoristas estándares.

Cigna Secure Rx (PDP)	Opción preferida de costo compartido minorista 30/60/90 Días	Opción estándar de costo compartido minorista 30/60/90 Días	Opción preferida de costo compartido de pedido por correo 30/60/90 Días	Opción estándar de costo compartido de pedido por correo 30/60/90 Días	Cuidados a largo plazo 31 días Fuera de la red 30 días*
PENNSYLVANIA					
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos	\$1 / \$2 / \$3	\$10 / \$20 / \$30	\$1 / \$2 / \$0	\$10 / \$20 / \$30	\$10
Nivel 2: Medicamentos genéricos	\$2 / \$4 / \$6	\$12 / \$24 / \$36	\$2 / \$4 / \$0	\$12 / \$24 / \$36	\$12
Nivel 3: Medicamentos de marca preferida	\$30 / \$60 / \$90	\$47 / \$94 / \$141	\$30 / \$60 / \$90	\$47 / \$94 / \$141	\$47
Nivel 4: Medicamentos no preferidos	50%	50%	50%	50%	50%
Nivel 5: Nivel de especialidad	25% (30 días)	25% (30 días)	25% (30 días)	25% (30 días)	25%
Nivel 6: Medicamentos para cuidados específicos	\$0 / \$0 / \$0	\$5 / \$10 / \$15	\$0 / \$0 / \$0	\$5 / \$10 / \$15	\$5
RHODE ISLAND					
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos	\$1 / \$2 / \$3	\$19 / \$38 / \$57	\$1 / \$2 / \$0	\$19 / \$38 / \$57	\$19
Nivel 2: Medicamentos genéricos	\$3 / \$6 / \$9	\$20 / \$40 / \$60	\$3 / \$6 / \$0	\$20 / \$40 / \$60	\$20
Nivel 3: Medicamentos de marca preferida	\$41 / \$82 / \$123	\$47 / \$94 / \$141	\$41 / \$82 / \$123	\$47 / \$94 / \$141	\$47
Nivel 4: Medicamentos no preferidos	50%	50%	50%	50%	50%
Nivel 5: Nivel de especialidad	25% (30 días)	25% (30 días)	25% (30 días)	25% (30 días)	25%
Nivel 6: Medicamentos para cuidados específicos	\$0 / \$0 / \$0	\$9 / \$18 / \$27	\$0 / \$0 / \$0	\$9 / \$18 / \$27	\$9
SOUTH CAROLINA					
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos	\$1 / \$2 / \$3	\$19 / \$38 / \$57	\$1 / \$2 / \$0	\$19 / \$38 / \$57	\$19
Nivel 2: Medicamentos genéricos	\$3 / \$6 / \$9	\$20 / \$40 / \$60	\$3 / \$6 / \$0	\$20 / \$40 / \$60	\$20
Nivel 3: Medicamentos de marca preferida	\$42 / \$84 / \$126	\$47 / \$94 / \$141	\$42 / \$84 / \$126	\$47 / \$94 / \$141	\$47
Nivel 4: Medicamentos no preferidos	50%	50%	50%	50%	50%
Nivel 5: Nivel de especialidad	25% (30 días)	25% (30 días)	25% (30 días)	25% (30 días)	25%
Nivel 6: Medicamentos para cuidados específicos	\$0 / \$0 / \$0	\$9 / \$18 / \$27	\$0 / \$0 / \$0	\$9 / \$18 / \$27	\$9
SOUTH DAKOTA					
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos	\$1 / \$2 / \$3	\$19 / \$38 / \$57	\$1 / \$2 / \$0	\$19 / \$38 / \$57	\$19
Nivel 2: Medicamentos genéricos	\$2 / \$4 / \$6	\$20 / \$40 / \$60	\$2 / \$4 / \$0	\$20 / \$40 / \$60	\$20
Nivel 3: Medicamentos de marca preferida	\$30 / \$60 / \$90	\$47 / \$94 / \$141	\$30 / \$60 / \$90	\$47 / \$94 / \$141	\$47
Nivel 4: Medicamentos no preferidos	50%	50%	50%	50%	50%
Nivel 5: Nivel de especialidad	25% (30 días)	25% (30 días)	25% (30 días)	25% (30 días)	25%
Nivel 6: Medicamentos para cuidados específicos	\$0 / \$0 / \$0	\$5 / \$10 / \$15	\$0 / \$0 / \$0	\$5 / \$10 / \$15	\$5

* Pagará el copago o el porcentaje del costo del medicamento que se muestra arriba, más la diferencia entre el cargo facturado por la farmacia fuera de la red y los costos habituales facturados por nuestras farmacias minoristas estándares.

Cigna Secure Rx (PDP)	Opción preferida de costo compartido minorista 30/60/90 Días	Opción estándar de costo compartido minorista 30/60/90 Días	Opción preferida de costo compartido de pedido por correo 30/60/90 Días	Opción estándar de costo compartido de pedido por correo 30/60/90 Días	Cuidados a largo plazo 31 días Fuera de la red 30 días*
TENNESSEE					
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos	\$1 / \$2 / \$3	\$19 / \$38 / \$57	\$1 / \$2 / \$0	\$19 / \$38 / \$57	\$19
Nivel 2: Medicamentos genéricos	\$2 / \$4 / \$6	\$20 / \$40 / \$60	\$2 / \$4 / \$0	\$20 / \$40 / \$60	\$20
Nivel 3: Medicamentos de marca preferida	\$35 / \$70 / \$105	\$47 / \$94 / \$141	\$35 / \$70 / \$105	\$47 / \$94 / \$141	\$47
Nivel 4: Medicamentos no preferidos	50%	50%	50%	50%	50%
Nivel 5: Nivel de especialidad	25% (30 días)	25% (30 días)	25% (30 días)	25% (30 días)	25%
Nivel 6: Medicamentos para cuidados específicos	\$0 / \$0 / \$0	\$5 / \$10 / \$15	\$0 / \$0 / \$0	\$5 / \$10 / \$15	\$5
TEXAS					
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos	\$1 / \$2 / \$3	\$19 / \$38 / \$57	\$1 / \$2 / \$0	\$19 / \$38 / \$57	\$19
Nivel 2: Medicamentos genéricos	\$2 / \$4 / \$6	\$20 / \$40 / \$60	\$2 / \$4 / \$0	\$20 / \$40 / \$60	\$20
Nivel 3: Medicamentos de marca preferida	\$45 / \$90 / \$135	\$47 / \$94 / \$141	\$45 / \$90 / \$135	\$47 / \$94 / \$141	\$47
Nivel 4: Medicamentos no preferidos	50%	50%	50%	50%	50%
Nivel 5: Nivel de especialidad	25% (30 días)	25% (30 días)	25% (30 días)	25% (30 días)	25%
Nivel 6: Medicamentos para cuidados específicos	\$0 / \$0 / \$0	\$9 / \$18 / \$27	\$0 / \$0 / \$0	\$9 / \$18 / \$27	\$9
UTAH					
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos	\$1 / \$2 / \$3	\$19 / \$38 / \$57	\$1 / \$2 / \$0	\$19 / \$38 / \$57	\$19
Nivel 2: Medicamentos genéricos	\$2 / \$4 / \$6	\$20 / \$40 / \$60	\$2 / \$4 / \$0	\$20 / \$40 / \$60	\$20
Nivel 3: Medicamentos de marca preferida	\$38 / \$76 / \$114	\$47 / \$94 / \$141	\$38 / \$76 / \$114	\$47 / \$94 / \$141	\$47
Nivel 4: Medicamentos no preferidos	50%	50%	50%	50%	50%
Nivel 5: Nivel de especialidad	25% (30 días)	25% (30 días)	25% (30 días)	25% (30 días)	25%
Nivel 6: Medicamentos para cuidados específicos	\$0 / \$0 / \$0	\$5 / \$10 / \$15	\$0 / \$0 / \$0	\$5 / \$10 / \$15	\$5
VERMONT					
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos	\$1 / \$2 / \$3	\$19 / \$38 / \$57	\$1 / \$2 / \$0	\$19 / \$38 / \$57	\$19
Nivel 2: Medicamentos genéricos	\$3 / \$6 / \$9	\$20 / \$40 / \$60	\$3 / \$6 / \$0	\$20 / \$40 / \$60	\$20
Nivel 3: Medicamentos de marca preferida	\$41 / \$82 / \$123	\$47 / \$94 / \$141	\$41 / \$82 / \$123	\$47 / \$94 / \$141	\$47
Nivel 4: Medicamentos no preferidos	50%	50%	50%	50%	50%
Nivel 5: Nivel de especialidad	25% (30 días)	25% (30 días)	25% (30 días)	25% (30 días)	25%
Nivel 6: Medicamentos para cuidados específicos	\$0 / \$0 / \$0	\$9 / \$18 / \$27	\$0 / \$0 / \$0	\$9 / \$18 / \$27	\$9

* Pagará el copago o el porcentaje del costo del medicamento que se muestra arriba, más la diferencia entre el cargo facturado por la farmacia fuera de la red y los costos habituales facturados por nuestras farmacias minoristas estándares.

Cigna Secure Rx (PDP)	Opción preferida de costo compartido minorista 30/60/90 Días	Opción estándar de costo compartido minorista 30/60/90 Días	Opción preferida de costo compartido de pedido por correo 30/60/90 Días	Opción estándar de costo compartido de pedido por correo 30/60/90 Días	Cuidados a largo plazo 31 días Fuera de la red 30 días*
VIRGINIA					
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos	\$1 / \$2 / \$3	\$19 / \$38 / \$57	\$1 / \$2 / \$0	\$19 / \$38 / \$57	\$19
Nivel 2: Medicamentos genéricos	\$3 / \$6 / \$9	\$20 / \$40 / \$60	\$3 / \$6 / \$0	\$20 / \$40 / \$60	\$20
Nivel 3: Medicamentos de marca preferida	\$42 / \$84 / \$126	\$47 / \$94 / \$141	\$42 / \$84 / \$126	\$47 / \$94 / \$141	\$47
Nivel 4: Medicamentos no preferidos	50%	50%	50%	50%	50%
Nivel 5: Nivel de especialidad	25% (30 días)	25% (30 días)	25% (30 días)	25% (30 días)	25%
Nivel 6: Medicamentos para cuidados específicos	\$0 / \$0 / \$0	\$9 / \$18 / \$27	\$0 / \$0 / \$0	\$9 / \$18 / \$27	\$9
WASHINGTON					
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos	\$1 / \$2 / \$3	\$19 / \$38 / \$57	\$1 / \$2 / \$0	\$19 / \$38 / \$57	\$19
Nivel 2: Medicamentos genéricos	\$2 / \$4 / \$6	\$20 / \$40 / \$60	\$2 / \$4 / \$0	\$20 / \$40 / \$60	\$20
Nivel 3: Medicamentos de marca preferida	\$36 / \$72 / \$108	\$47 / \$94 / \$141	\$36 / \$72 / \$108	\$47 / \$94 / \$141	\$47
Nivel 4: Medicamentos no preferidos	50%	50%	50%	50%	50%
Nivel 5: Nivel de especialidad	25% (30 días)	25% (30 días)	25% (30 días)	25% (30 días)	25%
Nivel 6: Medicamentos para cuidados específicos	\$0 / \$0 / \$0	\$5 / \$10 / \$15	\$0 / \$0 / \$0	\$5 / \$10 / \$15	\$5
WEST VIRGINIA					
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos	\$1 / \$2 / \$3	\$10 / \$20 / \$30	\$1 / \$2 / \$0	\$10 / \$20 / \$30	\$10
Nivel 2: Medicamentos genéricos	\$2 / \$4 / \$6	\$12 / \$24 / \$36	\$2 / \$4 / \$0	\$12 / \$24 / \$36	\$12
Nivel 3: Medicamentos de marca preferida	\$30 / \$60 / \$90	\$47 / \$94 / \$141	\$30 / \$60 / \$90	\$47 / \$94 / \$141	\$47
Nivel 4: Medicamentos no preferidos	50%	50%	50%	50%	50%
Nivel 5: Nivel de especialidad	25% (30 días)	25% (30 días)	25% (30 días)	25% (30 días)	25%
Nivel 6: Medicamentos para cuidados específicos	\$0 / \$0 / \$0	\$5 / \$10 / \$15	\$0 / \$0 / \$0	\$5 / \$10 / \$15	\$5
WISCONSIN					
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos	\$1 / \$2 / \$3	\$10 / \$20 / \$30	\$1 / \$2 / \$0	\$10 / \$20 / \$30	\$10
Nivel 2: Medicamentos genéricos	\$2 / \$4 / \$6	\$12 / \$24 / \$36	\$2 / \$4 / \$0	\$12 / \$24 / \$36	\$12
Nivel 3: Medicamentos de marca preferida	\$30 / \$60 / \$90	\$35 / \$70 / \$105	\$30 / \$60 / \$90	\$35 / \$70 / \$105	\$35
Nivel 4: Medicamentos no preferidos	50%	50%	50%	50%	50%
Nivel 5: Nivel de especialidad	25% (30 días)	25% (30 días)	25% (30 días)	25% (30 días)	25%
Nivel 6: Medicamentos para cuidados específicos	\$0 / \$0 / \$0	\$5 / \$10 / \$15	\$0 / \$0 / \$0	\$5 / \$10 / \$15	\$5

* Pagará el copago o el porcentaje del costo del medicamento que se muestra arriba, más la diferencia entre el cargo facturado por la farmacia fuera de la red y los costos habituales facturados por nuestras farmacias minoristas estándares.

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	20
MEDICAMENTOS ANTINEOPLÁSICOS/INMUNODEPRESORES	26
MEDICAMENTOS PARA EL SISTEMA NERVIOSO AUTÓNOMO/CENTRAL, NEUROLOGÍA/PSIC	34
CARDIOVASCULARES, HIPERTENSIÓN/LÍPIDOS	42
PRODUCTOS DERMATOLÓGICOS/TRATAMIENTO TÓPICO	46
PRODUCTOS DE DIAGNÓSTICO/AGENTES VARIOS	49
MEDICAMENTOS PARA NARIZ, GARGANTA Y OÍDO	50
SISTEMA ENDOCRINO/DIABETES	51
GASTROENTEROLOGÍA	55
INMUNOLOGÍA, VACUNAS/BIOTECNOLOGÍA	57
SISTEMA LOCOMOTOR/REUMATOLOGÍA	58
OBSTETRICIA/GINECOLOGÍA	59
OFTALMOLOGÍA	63
SISTEMA RESPIRATORIO Y ALERGIA	64
UROLÓGICOS	66
VITAMINAS, HEMATÍNICOS/ELECTROLITOS	66

Guía de la Lista de medicamentos:

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

LA: Disponibilidad limitada. Es posible que este medicamento con receta solo esté disponible en determinadas farmacias. Para obtener más información, consulte su Directorio de farmacias o llame a Servicio al Cliente al 1-800-222-6700, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana. Puede que nuestro sistema telefónico automático conteste sus llamadas durante los fines de semana del 1 de abril al 30 de septiembre. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

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

PA: Este medicamento requiere de autorización previa.

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

ST: Este medicamento tiene requisitos de tratamiento escalonado.

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

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
ANTIINFECCIOSOS		
AGENTES ANTIMICÓTICOS		
ABELCET	4	PA
AMBISOME	5	PA; NDS
<i>anfotericina b</i>	4	PA
<i>caspofungina</i>	5	PA; NDS
<i>clotrimazol, membrana mucosa</i>	2	
CRESEMBA ORAL	4	
<i>fluconazol en nacl (iso-osm.)</i>	4	PA
<i>fluconazol, suspensión oral para reconstitución</i>	3	
<i>fluconazol, comprimidos orales</i>	2	
<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>nistatina, suspensión oral</i>	3	
<i>nistatina, comprimidos orales</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>	4	PA
<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	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>aciclovir, suspensión oral, 200 mg/5 ml</i>	4	
<i>aciclovir, comprimidos orales</i>	2	
<i>aciclovir sódico, solución intravenosa</i>	4	B/D PA
<i>clorhidrato de amantadina</i>	3	
APTIVUS	4	QL (120/30)
<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	4	
CIMDUO	4	
COMPLERA	4	QL (30/30)
DELSTRIGO	4	
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	3	QL (30/30)
<i>efavirenz, cápsulas orales, 200 mg</i>	5	QL (120/30); NDS
<i>efavirenz, cápsulas orales, 50 mg</i>	4	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>	4	QL (30/30)
<i>disoproxilo de efavirenz-lamivudina-tenofovir, comprimidos orales, 600-300-300 mg</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 19.

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	3	QL (30/30)
EMTRIVA, SOLUCIÓN ORAL	3	QL (680/28)
<i>entecavir</i>	4	QL (30/30)
EPCLUSA, COMPRIMIDOS ORALES	5	PA; QL (28/28); NDS
EPIVIR HBV, SOLUCIÓN ORAL	3	
<i>etravirina</i>	5	QL (60/30); NDS
EVOTAZ	4	QL (30/30)
<i>famciclovir</i>	4	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	4	QL (120/30)
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>	4	
<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, cápsulas orales</i>	3	
<i>oseltamivir, suspensión oral para reconstitución</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 19.

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
PIFELTRO	4	
PREVYMIS, ORAL	5	QL (30/30); NDS
PREZCOBIX	4	QL (30/30)
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	4	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>	4	
<i>ritonavir</i>	3	QL (360/30)
RUKOBIA	4	
SELZENTRY, SOLUCIÓN ORAL	5	NDS
SELZENTRY, COMPRIMIDOS ORALES, 150 MG, 75 MG	5	QL (60/30); NDS
SELZENTRY, COMPRIMIDOS ORALES, 25 MG	4	QL (120/30)
SELZENTRY, COMPRIMIDOS ORALES, 300 MG	5	QL (120/30); NDS
<i>estavudina, cápsulas orales</i>	4	QL (60/30)
STRIBILD	5	QL (30/30); NDS
SYMFI	4	
SYMFI LO	4	QL (30/30)
SYMTUZA	4	
TEMIXYS	5	NDS
<i>fumarato de disoproxilo de tenofovir</i>	4	QL (30/30)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
TIVICAY, COMPRIMIDOS ORALES, 10 MG	4	QL (60/30)
TIVICAY, COMPRIMIDOS ORALES, 25 MG, 50 MG	5	QL (60/30); NDS
TIVICAY PD	4	QL (180/30)
TRIUMEQ	5	QL (30/30); NDS
TROGARZO	5	NDS
TRUVADA	5	QL (30/30); NDS
<i>valaciclovir, comprimidos orales, 1 gramo</i>	3	QL (120/30)
<i>valaciclovir, comprimidos orales, 500 mg</i>	3	QL (60/30)
<i>valganciclovir</i>	5	NDS
VEMLIDY	5	NDS
VIRACEPT, COMPRIMIDOS ORALES, 250 MG	4	QL (270/30)
VIRACEPT, COMPRIMIDOS ORALES, 625 MG	4	QL (120/30)
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
<i>zidovudina, cápsulas orales</i>	4	QL (180/30)
<i>zidovudina, jarabe oral</i>	4	QL (1680/28)
<i>zidovudina, comprimidos orales</i>	2	QL (60/30)
CEFALOSPORINAS		
<i>cefaclor, cápsulas orales</i>	4	
<i>cefaclor, suspensión oral para reconstitución, 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml, 375 mg/5 ml</i>	4	
<i>ceftaclor, comprimidos orales, liberación prolongada, 12 horas</i>	4	
<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 19.

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</i>	4	
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>	4	
<i>cefprozilo</i>	3	
<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	
<i>cefuroxima axetilo, comprimidos orales</i>	3	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<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>	2	
<i>cefalexina, suspensión oral para reconstitución</i>	2	
<i>tazicef</i>	4	PA
TEFLARO	4	PA
ERITROMICINAS/OTROS MACRÓLIDOS		
<i>azitromicina intravenosa</i>	4	PA
<i>azitromicina, paquete oral</i>	3	
<i>azitromicina, suspensión oral para reconstitución</i>	4	
<i>azitromicina, comprimidos orales</i>	2	
<i>claritromicina</i>	4	
DIFICID, SUSPENSIÓN ORAL PARA RECONSTITUCIÓN	5	QL (136/10); NDS
DIFICID, COMPRIMIDOS ORALES	5	QL (20/10); NDS
<i>eritrocina (como estearato), comprimidos orales, 250 mg</i>	4	
ERYTHROCIN, SOL. PARA RECONST. INTRAVENOSA, 500 MG	4	PA
<i>etilsuccinato de eritromicina, suspensión oral para reconstitución, 200 mg/5 ml</i>	4	
<i>eritromicina, cápsulas orales, liberación retardada (dr/ec)</i>	4	
<i>eritromicina, comprimidos orales</i>	4	
ANTIINFECCIOSOS VARIOS		
<i>albendazol</i>	5	NDS
<i>amikacina, solución inyectable, 1,000 mg/4 ml, 500 mg/2 ml</i>	4	PA
ARIKAYCE	4	PA; LA
<i>atovacuna</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 19.

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>atovacuna-proguanil</i>	4	
<i>aztreonam</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	
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>	4	PA
CYCLOSERINE	4	
<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	4	
<i>ertapenem</i>	4	
<i>etambutol</i>	4	
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
HYDROXYCHLOROQUINE, COMPRIMIDOS ORALES, 100 MG, 300 MG, 400 MG	2	
<i>hidroxicloroquina, comprimidos orales, 200 mg</i>	2	
<i>imipenem-cilastatina</i>	4	
<i>isoniazida, solución oral</i>	4	
<i>isoniazida, comprimidos orales</i>	2	
<i>ivermectina oral</i>	3	
<i>lincomicina</i>	4	PA
<i>linezolidina en dextrosa al 5%</i>	4	PA
<i>linezolidina, suspensión oral para reconstitución</i>	5	QL (1800/30); NDS
<i>linezolidina, comprimidos orales</i>	3	QL (60/30)
<i>linezolidina-cloruro de sodio al 0.9%</i>	4	PA
<i>mefloquina</i>	2	
<i>meropenem</i>	4	
MEROPENEM-0.9% SODIUM CHLORIDE	4	
<i>metro intravenoso</i>	4	PA
<i>metronidazol en nacl (iso-osm.)</i>	4	PA
<i>metronidazol, comprimidos orales</i>	2	
<i>neomicina</i>	2	
<i>nitazoxanida</i>	5	QL (20/10); 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 19.

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>paromomicina</i>	4	
PASER	4	
PENTAM	4	
<i>pentamidina para inhalar</i>	3	B/D PA; QL (1/28)
<i>pentamidina inyectable</i>	4	
<i>praziquantel</i>	4	
PRIFTIN	4	
PRIMAQUINE	4	
<i>pirazinamida</i>	4	
<i>pirimetamina</i>	5	PA; NDS
<i>sulfato de quinina</i>	4	PA; QL (42/7)
<i>rifabutina</i>	4	
<i>rifampina</i>	4	
SIRTURO	4	PA; LA
SIVEXTRO INTRAVENOSO	5	PA; QL (6/28); NDS
SIVEXTRO ORAL	5	QL (6/28); NDS
<i>estreptomicina</i>	4	PA
SYNERCID	5	PA; NDS
<i>tigeciclina</i>	5	PA; NDS
<i>tobramicina en nacl al 0.225%</i>	5	B/D PA; QL (280/28); NDS
<i>sulfato de tobramicina</i>	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	
<i>vancomicina, sol. para reconst. intravenosa, 1,000 mg, 10 gramos, 250 mg, 5 gramos, 500 mg, 750 mg</i>	4	
VANCOMYCIN, SOL. PARA RECONST. INTRAVENOSA, 1.25 GRAMOS, 1.5 GRAMOS	4	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>vancomicina, cápsulas orales, 125 mg</i>	4	PA; QL (40/10)
<i>vancomicina, cápsulas orales, 250 mg</i>	4	PA; QL (80/10)
<i>vancomicina, sol. para reconst. oral</i>	2	QL (450/10)
VANCOMYCIN-WATER, INYECTABLE (PEG)	4	
XIFAXAN, COMPRIMIDOS ORALES, 550 MG	5	PA; QL (90/30); NDS
PENICILINAS		
<i>amoxicilina, cápsulas orales</i>	2	
<i>amoxicilina, suspensión oral para reconstitución</i>	2	
<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

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 19.

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>penicilina v potásica</i>	2	
<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	
QUINOLONAS		
CIPRO, RECONST. DE MICROCÁPSULAS PARA SUSPENSIÓN ORAL	4	
<i>clorhidrato de ciprofloxacina, comprimidos orales, 100 mg</i>	4	
<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>	4	
<i>sulfametoxazol/trimetoprima, intravenoso</i>	4	PA
<i>sulfametoxazol-trimetoprima, suspensión oral</i>	4	
<i>sulfametoxazol-trimetoprima, comprimidos orales</i>	2	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
TETRACICLINAS		
<i>doxiciclina-100</i>	4	PA
<i>hiclato de doxiciclina intravenoso</i>	4	PA
<i>hiclato de doxiciclina, cápsulas orales</i>	4	
<i>hiclato de doxiciclina, comprimidos orales, 100 mg, 20 mg</i>	4	
<i>monohidrato de doxiciclina, cápsulas orales, 100 mg, 50 mg</i>	3	
<i>monohidrato de doxiciclina, suspensión oral para reconstitución</i>	4	
<i>monohidrato de doxiciclina, comprimidos orales</i>	3	
<i>minociclina, cápsulas orales</i>	2	
NUZYRA INTRAVENOSO	4	PA
NUZYRA ORAL	4	
AGENTES DE LAS VÍAS URINARIAS		
<i>hipurato de metenamina</i>	4	
<i>nitrofurantoína</i>	4	
<i>nitrofurantoína, macrocristales, cápsulas orales, 100 mg, 25 mg</i>	4	
<i>nitrofurantoína, macrocristales, cápsulas orales, 50 mg</i>	3	
<i>monohidrato de nitrofurantoína/ macrocrist.</i>	4	
<i>trimetoprima</i>	2	
MEDICAMENTOS ANTINEOPLÁSICOS/ INMUNODEPRESORES		
AGENTES COADYUVANTES		
<i>leucovorina cálcica, inyectable</i>	4	
<i>leucovorina cálcica, comprimidos orales, 10 mg, 15 mg, 25 mg</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 19.

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>leucovorina cálcica, comprimidos orales, 5 mg</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>	4	PA; QL (120/30)
<i>abiraterona, comprimidos orales, 500 mg</i>	4	PA; QL (60/30)
ABRAXANE	5	PA; NDS
ADCETRIS	4	PA
<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
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>trióxido de arsénico</i>	4	B/D PA
ARZERRA	4	B/D PA
AYVAKIT	5	PA; LA; QL (30/30); NDS
<i>azacitidina</i>	4	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	4	B/D PA
BENDEKA	5	B/D PA; NDS
BESPONSA	5	PA; NDS
<i>bexaroteno</i>	5	PA; NDS
<i>bicalutamida</i>	3	
BLEREP	4	PA
<i>bleomicina</i>	4	B/D PA
BLINCYTO, KIT INTRAVENOSO	4	B/D PA
BORTEZOMIB	5	PA; NDS
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

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 19.

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
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
COTELLIC	5	PA; LA; QL (63/28); NDS
<i>ciclofosfamida, sol. para reconst. intravenosa</i>	5	B/D PA; NDS
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>dactinomicina</i>	4	B/D PA
DANYELZA	4	PA
DARZALEX	5	PA; NDS
DARZALEX FASPRO	5	PA; NDS
<i>daunorrubicina, solución intravenosa</i>	4	B/D PA

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
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>	4	B/D PA
<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>	4	B/D PA
DROXIA	4	
ELLENCÉ	4	B/D PA
ELZONRIS	5	PA; NDS
EMCYT	4	
EMPLICITI	4	PA
ENHERTU	5	PA; NDS
ENVARSUS XR	4	B/D PA
<i>epirubicina, solución intravenosa</i>	4	B/D PA
ERBITUX	4	B/D PA
ERIVEDGE	5	PA; QL (30/30); NDS
ERLEADA	4	PA; QL (120/30)
<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

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 19.

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>everolimus (inmunodepresor), comprimidos orales, 0.5 mg</i>	5	B/D PA; QL (120/30); NDS
EVOMELA	5	PA; NDS
<i>exemestano</i>	4	
EXKIVITY	5	PA; NDS
FARYDAK	5	PA; QL (6/21); NDS
FIRMAGON, KIT CON JERINGA DILUYENTE	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
<i>flutamida</i>	4	
FOLOTYN	5	B/D PA; NDS
FOTIVDA	5	PA; LA; QL (21/28); NDS
<i>fulvestrant</i>	5	B/D PA; NDS
GAVRETO	4	PA; LA; QL (120/30)
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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<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
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	4	B/D PA
JAKAFI	5	PA; QL (60/30); NDS
JEMPERLI	4	PA
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

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 19.

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
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
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>	4	PA
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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
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
LYNPARZA	5	PA; QL (120/30); NDS
LYSODREN	5	NDS
MARQIBO	4	B/D PA
MATULANE	5	NDS
<i>megestrol, suspensión oral, 400 mg/10 ml (10 ml), 400 mg/10 ml (40 mg/ml)</i>	4	PA
<i>megestrol, comprimidos orales</i>	4	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>clorhidrato de melfalán</i>	5	B/D PA; NDS
<i>mercaptopurina</i>	4	
<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	4	PA
MVASI	5	PA; NDS
<i>mofetil micofenolato (clorhidrato)</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 19.

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>mofetil micofenolato, cápsulas orales</i>	3	B/D PA
<i>mofetil micofenolato, suspensión oral para reconstitución</i>	5	B/D PA; NDS
<i>mofetil micofenolato, comprimidos orales</i>	4	B/D PA
<i>micofenolato sódico</i>	4	B/D PA
MYLOTARG	5	PA; NDS
NERLYNX	5	PA; LA; NDS
NEXAVAR	5	PA; LA; QL (120/30); NDS
<i>nilutamida</i>	5	NDS
NINLARO	5	PA; QL (3/28); NDS
NIPENT	4	B/D PA
NUBEQA	4	PA; LA; QL (120/30)
NULOJIX	5	PA; QL (26/28); NDS
<i>acetato de octreotida, solución inyectable, 1,000 mcg/ml, 100 mcg/ml, 200 mcg/ml, 500 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	4	
ONIVYDE	4	B/D PA
ONUREG	4	PA; QL (14/28)
OPDIVO	5	PA; QL (80/28); NDS
ORGOVYX	4	PA; LA; QL (30/30)
<i>oxaliplatino</i>	4	B/D PA
<i>paclitaxel</i>	4	B/D PA
PADCEV	4	PA
PEMAZYRE	4	PA; LA; QL (14/21)
PERJETA	5	PA; NDS

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
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
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	4	PA
RYDAPT	5	PA; QL (240/30); NDS
RYLAZE	4	B/D PA
SANDIMMUNE, SOLUCIÓN ORAL	4	B/D PA
SARCLISA	4	PA
SIGNIFOR	5	PA; NDS
SIMULECT	5	B/D PA; NDS
<i>sirolimus, solución oral</i>	5	B/D PA; NDS
<i>sirolimus, comprimidos orales</i>	4	B/D PA
SOLTAMOX	4	
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 19.

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>	4	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	4	PA
TECENTRIQ	5	PA; NDS
TEMODAR INTRAVENOSO	4	B/D PA
<i>temsirolimus</i>	4	B/D PA
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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
TIBSOVO	5	PA; NDS
TIVDAK	4	PA
<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; NDS
TRODELVY	4	PA
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

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 19.

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>valrubicina</i>	4	B/D PA
VECTIBIX	5	PA; NDS
VELCADE	5	PA; NDS
<i>venclexta, comprimidos orales, 10 mg</i>	4	PA; LA; QL (60/30)
VENCLEXTA, COMPRIMIDOS ORALES, 100 MG	5	PA; LA; QL (120/30); NDS
<i>venclexta, comprimidos orales, 50 mg</i>	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	4	PA; QL (120/30)
XTANDI, COMPRIMIDOS ORALES, 40 MG	4	PA; QL (120/30)
XTANDI, COMPRIMIDOS ORALES, 80 MG	4	PA; QL (60/30)
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	4	PA
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	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 19.

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	4	QL (180/30)
APTOM, COMPRIMIDOS ORALES, 400 MG	4	QL (90/30)
APTOM, COMPRIMIDOS ORALES, 600 MG, 800 MG	4	QL (60/30)
BANZEL	5	PA; NDS
BRIVIACT INTRAVENOSO	4	
BRIVIACT, SOLUCIÓN ORAL	4	QL (600/30)
BRIVIACT, COMPRIMIDOS ORALES	4	QL (60/30)
<i>carbamazepina, cápsulas orales, liberación prolongada, multifásica, 12 horas</i>	4	
<i>carbamazepina, suspensión oral, 100 mg/5 ml, 200 mg/10 ml</i>	4	
<i>carbamazepina, comprimidos orales</i>	3	
<i>carbamazepina, comprimidos orales, liberación prolongada, 12 horas</i>	4	
<i>carbamazepina, comprimidos orales masticables</i>	3	
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>	4	QL (90/30)
<i>clonazepam, comprimidos de desintegración oral, 2 mg</i>	4	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)
DIAZEPAM RECTAL	4	
DILANTIN, 30 MG	4	
<i>divalproex, cápsulas orales con gránulos, lib. retardada</i>	4	
<i>divalproex, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas</i>	4	
<i>divalproex, comprimidos orales, liberación retardada (dr/ec)</i>	2	
EPIDIOLEX	5	PA; LA; NDS
<i>epitol</i>	3	
<i>etosuximida</i>	4	
<i>felbamato</i>	4	
FINTEPLA	4	PA; LA
<i>fosfenitoína</i>	3	
FYCOMPA, SUSPENSIÓN ORAL	4	PA; QL (720/30)
FYCOMPA, COMPRIMIDOS ORALES, 10 MG, 12 MG, 8 MG	4	PA; QL (30/30)
FYCOMPA, COMPRIMIDOS ORALES, 2 MG, 4 MG, 6 MG	4	PA; 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 19.

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>lamotrigina, comprimidos orales masticables dispersables</i>	2	
<i>levetiracetam en nacl (iso-osm.)</i>	4	
<i>levetiracetam intravenoso</i>	3	
<i>levetiracetam, solución oral</i>	2	
<i>levetiracetam, comprimidos orales</i>	2	
<i>levetiracetam, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas</i>	4	
NAYZILAM	4	PA; QL (10/30)
<i>oxcarbazepina, suspensión oral</i>	4	
<i>oxcarbazepina, comprimidos orales</i>	3	
<i>fenobarbital, elixir oral</i>	4	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>	3	
<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>	3	QL (90/30)
<i>pregabalina, cápsulas orales, 225 mg, 300 mg</i>	3	QL (60/30)
<i>pregabalina, solución oral</i>	3	QL (900/30)
<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	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<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>	3	PA
<i>topimarato, comprimidos orales</i>	3	PA
<i>valproato sódico</i>	3	
<i>ácido valproico</i>	2	
<i>ácido valproico (como sal sódica)</i>	2	
VALTOCO	4	PA; QL (10/30)
<i>vigabatrina</i>	5	PA; LA; QL (180/30); NDS
<i>vigadrone</i>	5	PA; LA; QL (180/30); NDS
VIMPAT INTRAVENOSO	4	QL (1200/30)
VIMPAT, SOLUCIÓN ORAL	4	QL (1200/30)
VIMPAT, COMPRIMIDOS ORALES, 100 MG, 150 MG, 200 MG	4	QL (60/30)
VIMPAT, COMPRIMIDOS ORALES, 50 MG	4	QL (120/30)
XCOPRI	4	PA
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)	4	PA
XCOPRI, PAQUETE DE AJUSTE DE DOSIS	4	PA
<i>zonisamida</i>	3	PA
AGENTES ANTIPARKINSONIANOS		
APOKYN	5	PA; LA; QL (60/30); NDS
<i>benzatropina inyectable</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 19.

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>benzatropina oral</i>	2	PA
<i>bromocriptina</i>	4	
<i>carbidopa</i>	5	NDS
<i>carbidopa-levodopa, comprimidos orales</i>	2	
<i>carbidopa-levodopa, comprimidos orales, liberación prolongada</i>	3	
<i>carbidopa-levodopa, comprimidos de desintegración oral</i>	4	
<i>entacapona</i>	4	
GOCOVRI	4	ST
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	
<i>rasagilina</i>	4	
<i>ropinirol, comprimidos orales</i>	2	
RYTARY	4	ST
<i>clorhidrato de selegilina</i>	3	
TRATAMIENTO DE LA MIGRAÑA/CEFALEA EN RACIMOS		
AIMOVIG, AUTOINYECTOR	3	PA; QL (1/30)
<i>dihidroergotamina nasal</i>	4	PA; QL (8/28)
<i>ergotamina-cafeína</i>	3	
<i>naratriptán</i>	4	QL (18/28)
<i>rizatriptán</i>	4	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)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
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)
<i>dimetilfumarato, cápsulas orales, liberación retardada (dr/ec), 120 mg</i>	5	PA; QL (14/30); NDS
<i>dimetilfumarato, cápsulas orales, liberación retardada (dr/ec), 120 mg (14), 240 mg (46)</i>	5	PA; QL (120/180); NDS
<i>dimetilfumarato, 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, 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)
<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>	4	PA; QL (300/30)
<i>memantina, comprimidos orales, 10 mg</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 19.

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>memantina, comprimidos orales, 5 mg</i>	3	PA; QL (90/30)
<i>memantina, comprimidos orales, paquete dosificado</i>	3	PA; QL (98/28)
NAMZARIC	4	PA
NUDEXTA	4	PA
OCREVUS	4	PA
<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 oral</i>	2	
<i>ciclobenzaprina, comprimidos orales, 10 mg, 5 mg</i>	3	PA
<i>dantroleno oral</i>	4	
<i>metocarbamol oral</i>	2	PA
<i>bromuro de piridostigmina, jarabe oral</i>	4	
<i>bromuro de piridostigmina, comprimidos orales, 60 mg</i>	3	
<i>bromuro de piridostigmina, comprimidos orales, liberación prolongada</i>	3	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>regonol</i>	4	
<i>tizanidina, comprimidos orales</i>	2	
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>	3	PA
<i>endocet</i>	4	QL (360/30); NDS
<i>citrato de fentanilo, pastilla bucal con aplicador</i>	5	PA; QL (120/30); NDS
<i>fentanilo, parche transdérmico, 72 horas, 100 mcg/h, 12 mcg/h, 25 mcg/h, 50 mcg/h, 75 mcg/h</i>	4	QL (10/30); NDS
<i>hidrocodona-acetaminofeno, solución oral, 7.5-325 mg/15 ml</i>	4	QL (5550/30); NDS
<i>hidrocodona-acetaminofeno, comprimidos orales, 10-325 mg, 5-325 mg, 7.5-325 mg</i>	4	QL (360/30); NDS
<i>hidrocodona-ibuprofeno, comprimidos orales, 7.5-200 mg</i>	4	QL (50/30); NDS
<i>hidromorfona, líquido oral</i>	4	QL (2400/30); NDS
<i>hidromorfona, comprimidos orales</i>	4	QL (180/30); NDS
INFUMORPH P/F	4	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

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 19.

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>metadona, solución oral, 5 mg/5 ml</i>	4	QL (1200/30); NDS
<i>metadona, comprimidos orales, 10 mg</i>	2	QL (120/30); NDS
<i>metadona, comprimidos orales, 5 mg</i>	2	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>	4	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, solución oral</i>	4	QL (900/30); NDS
MORPHINE, COMPRIMIDOS ORALES	3	QL (180/30); NDS
<i>morfina, comprimidos orales, liberación prolongada</i>	3	QL (120/30); NDS
<i>oxicodona, comprimidos orales, 10 mg, 15 mg, 20 mg, 30 mg</i>	4	QL (180/30); NDS
<i>oxicodona, comprimidos orales, 5 mg</i>	4	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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<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>	4	QL (10/28); NDS
<i>celecoxib</i>	4	QL (60/30)
<i>diclofenaco potásico, comprimidos orales, 50 mg</i>	2	
<i>diclofenaco sódico oral</i>	2	
<i>diclofenaco sódico, gel tópico al 1%</i>	3	QL (1000/28)
<i>diflunisal</i>	4	
<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	

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 19.

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>naloxona, solución inyectable</i>	2	
<i>naloxona, jeringa inyectable, 1 mg/ml</i>	2	
<i>naltrexona</i>	3	
<i>naproxeno, suspensión oral</i>	4	
<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	
SUBOXONE, PELÍCULA SUBLINGUAL, 12-3 MG	4	QL (60/30)
SUBOXONE, PELÍCULA SUBLINGUAL, 2-0.5 MG	4	QL (360/30)
SUBOXONE, PELÍCULA SUBLINGUAL, 4-1 MG, 8-2 MG	4	QL (90/30)
<i>sulindaco</i>	2	
<i>tramadol, comprimidos orales, 50 mg</i>	2	QL (240/30); NDS
<i>tramadol-acetaminofeno</i>	4	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	4	
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>amitriptilina</i>	2	
<i>amoxapina</i>	4	

<i>aripiprazol, solución oral</i>	4	
<i>aripiprazol, comprimidos orales</i>	3	QL (30/30)
<i>aripiprazol, comprimidos de desintegración oral</i>	5	QL (60/30); NDS
ARISTADA	4	
ARISTADA INITIO	4	
<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)
<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	4	PA; QL (30/30)
<i>chlorpromazine</i>	4	
<i>clorpromazina, comprimidos orales</i>	4	
<i>citalopram, solución oral</i>	4	
<i>citalopram, comprimidos orales</i>	6	
<i>clomipramina</i>	4	
<i>clorazepato dipotásico, comprimidos orales, 15 mg</i>	4	QL (180/30)
<i>clorazepato dipotásico, comprimidos orales, 3.75 mg</i>	4	QL (90/30)
<i>clorazepato dipotásico, comprimidos orales, 7.5 mg</i>	4	QL (360/30)
<i>clozapina, comprimidos orales, 100 mg, 200 mg</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 19.

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>clozapina, comprimidos orales, 25 mg, 50 mg</i>	3	
<i>clozapina, comprimidos de desintegración oral</i>	4	
<i>desipramina</i>	4	
<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, 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, intensol</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	
DRIZALMA, CÁPSULAS ORALES CON GRÁNULOS, LIB. RETARDADA, 20 MG, 30 MG, 60 MG	4	QL (60/30)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
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>	3	QL (60/30)
EMSAM	4	QL (30/30)
<i>oxalato de escitalopram, solución oral</i>	4	QL (600/30)
<i>oxalato de escitalopram, comprimidos orales</i>	2	
FANAPT, COMPRIMIDOS ORALES	4	PA; QL (60/30)
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, 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, solución oral</i>	2	
<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	
<i>clorhidrato de flufenazina, comprimidos orales</i>	2	
<i>fluvoxamina, comprimidos orales, 100 mg</i>	3	QL (90/30)

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

Cursiva minúscula = Medicamento genérico

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 19.

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>fluvoxamina, comprimidos orales, 25 mg</i>	3	QL (30/30)
<i>fluvoxamina, comprimidos orales, 50 mg</i>	3	QL (60/30)
<i>haloperidol</i>	2	
<i>decanoato de haloperidol</i>	4	
<i>lactato de haloperidol inyectable</i>	4	
<i>lactato de haloperidol oral</i>	2	
HETLIOZ	5	PA; QL (30/30); NDS
<i>clorhidrato de imipramina</i>	3	
INVEGA SUSTENNA	4	
INVEGA TRINZA	4	
LATUDA, COMPRIMIDOS ORALES, 120 MG, 20 MG, 40 MG, 60 MG	4	QL (30/30)
LATUDA, COMPRIMIDOS ORALES, 80 MG	4	QL (60/30)
<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)
<i>lorazepam, comprimidos orales, 2 mg</i>	2	QL (150/30)
<i>succinato de loxapina</i>	4	
LYBALVI	4	PA; QL (30/30)
<i>maprotilina</i>	4	
MARPLAN	4	QL (180/30)
<i>clorhidrato de metilfenidato, comprimidos orales</i>	4	QL (90/30)
<i>clorhidrato de metilfenidato, comprimidos orales, liberación prolongada</i>	4	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<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>	4	
<i>mirtazapina, comprimidos orales</i>	2	
<i>mirtazapina, comprimidos de desintegración oral</i>	3	QL (30/30)
<i>modafinil, comprimidos orales, 100 mg</i>	3	PA; QL (30/30)
<i>modafinil, comprimidos orales, 200 mg</i>	3	PA; QL (60/30)
<i>molindona</i>	2	
<i>nefazodona</i>	4	
<i>nortriptilina</i>	2	
NUPLAZID, CÁPSULAS ORALES	4	PA; QL (30/30)
NUPLAZID, COMPRIMIDOS ORALES, 10 MG	4	PA; QL (30/30)
<i>olanzapina intramuscular</i>	4	QL (30/30)
<i>olanzapina, comprimidos orales</i>	3	
<i>olanzapina, comprimidos de desintegración oral</i>	4	QL (30/30)
<i>paliperidona, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas, 1.5 mg, 3 mg, 9 mg</i>	4	PA; QL (30/30)
<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	
PAXIL, SUSPENSIÓN ORAL	4	ST; QL (900/30)
<i>perfenazina</i>	4	
<i>perfenazina-amitriptilina</i>	4	
PERSERIS	4	QL (1/30)

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 19.

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>fenelzina</i>	3	
<i>pimozida</i>	4	
<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>ramelteón</i>	4	QL (30/30)
REXULTI	4	QL (30/30)
RISPERDAL CONSTA	4	
<i>risperidona, solución oral</i>	4	
<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>	4	QL (60/30)
<i>risperidona, comprimidos de desintegración oral, 4 mg</i>	4	QL (120/30)
SAPHRIS	4	QL (60/30)
SECUADO	4	QL (30/30)
<i>sertralina, concentrado oral</i>	4	
<i>sertralina, comprimidos orales</i>	1	
<i>tioridazina</i>	4	
<i>tiotixeno</i>	4	
<i>tranilcipromina</i>	4	
<i>trazodona</i>	2	
<i>trifluoperazina, comprimidos orales, 1 mg</i>	3	
<i>trifluoperazina, comprimidos orales, 10 mg, 2 mg, 5 mg</i>	4	
<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)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
VERSACLOZ	4	
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	4	PA; QL (30/30)
VRAYLAR, CÁPSULAS ORALES, PAQUETE DOSIFICADO	4	PA; QL (7/30)
XYREM	5	PA; LA; QL (540/30); NDS
<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>	4	QL (60/30)
<i>mesilato de ziprasidona</i>	4	QL (6/30)
<i>zolpidem, comprimidos orales</i>	3	QL (30/30)
ZYPREXA RELPREVV	4	PA

CARDIOVASCULARES, HIPERTENSIÓN/LÍPIDOS

AGENTES ANTIARRÍTMICOS

<i>amiodarona, solución intravenosa</i>	4	B/D PA
<i>amiodarona, comprimidos orales, 100 mg, 200 mg</i>	2	
<i>amiodarona, comprimidos orales, 400 mg</i>	4	
<i>dofetilida</i>	4	
<i>flecainida</i>	4	
<i>lidocaína (pf), jeringa intravenosa</i>	4	
<i>mexiletina</i>	4	
<i>pacerona, comprimidos orales, 100 mg, 200 mg, 400 mg</i>	4	
<i>propafenona</i>	4	
<i>sulfato de quinidina, 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 19.

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>sorine</i>	2	
<i>sotalol af</i>	2	
<i>sotalol oral</i>	2	
SOTYLIZE	4	
TRATAMIENTO ANTIHIPERTENSIVO		
<i>acebutolol</i>	2	
<i>amilorida</i>	2	
<i>amilorida-hidroclorotiazida</i>	2	
<i>amlodipina</i>	6	
<i>amlodipina-benazepril</i>	2	
<i>amlodipina-valsartán</i>	2	
<i>amlodipina-valsartán-HCTZ</i>	2	
<i>atenolol</i>	6	
<i>atenolol-clortalidona</i>	2	
<i>benazepril</i>	6	
<i>benazepril-hidroclorotiazida</i>	6	
<i>betaxolol oral</i>	3	
BIDIL	3	
<i>fumarato de bisoprolol</i>	2	
<i>bisoprolol-hidroclorotiazida</i>	1	
<i>bumetanida inyectable</i>	4	
<i>bumetanida, comprimidos orales, 0.5 mg, 1 mg</i>	2	
<i>bumetanida, comprimidos orales, 2 mg</i>	3	
BYSTOLIC	4	
<i>candesartán, comprimidos orales, 16 mg, 4 mg, 8 mg</i>	2	QL (60/30)
<i>candesartán, comprimidos orales, 32 mg</i>	2	QL (30/30)
<i>candesartán-hidroclorotiazida</i>	2	
<i>captopril</i>	4	
<i>captopril-hidroclorotiazida</i>	4	
<i>cartia xt</i>	3	
<i>carvedilol</i>	6	
<i>clorotiazida sódica</i>	4	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>clortalidona, comprimidos orales, 25 mg, 50 mg</i>	2	
<i>clonidina</i>	4	QL (4/28)
<i>clorhidrato de clonidina, comprimidos orales</i>	2	
DEMSEER	4	PA
<i>clorhidrato de diltiazem intravenoso</i>	4	
<i>clorhidrato de diltiazem, cápsulas orales, liberación prolongada, 24 horas, degradable</i>	3	
<i>clorhidrato de diltiazem, cápsulas orales, liberación prolongada, 12 horas</i>	3	
<i>clorhidrato de diltiazem, cápsulas orales, liberación prolongada, 24 horas, 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg, 420 mg</i>	3	
<i>clorhidrato de diltiazem, cápsulas orales, liberación prolongada, 24 horas, 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg</i>	3	
<i>clorhidrato de diltiazem, comprimidos orales</i>	2	
<i>clorhidrato de diltiazem, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas</i>	3	
<i>dilt-xr</i>	3	
<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)
EDARBI	4	
EDARBYCLOR	4	
<i>maleato de enalapril, comprimidos orales</i>	1	
<i>enalapril-hidroclorotiazida</i>	1	
<i>etacrinato sódico</i>	4	
<i>felodipina</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 19.

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>fosinopril</i>	2	
<i>fosinopril-hidroclorotiazida</i>	2	
<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>	6	
<i>hidroclorotiazida</i>	6	
<i>indapamida</i>	2	
<i>irbesartán</i>	1	QL (30/30)
<i>irbesartán-hidroclorotiazida</i>	1	QL (30/30)
<i>isradipina</i>	4	
<i>labetalol oral</i>	6	
<i>lisinopril</i>	6	
<i>lisinopril-hidroclorotiazida</i>	6	
<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>	3	
<i>metildopa</i>	4	
<i>metolazona</i>	3	
<i>succinato de metoprolol</i>	2	
<i>tartrato de metoprolol-hidroclorotiazida</i>	2	
<i>tartrato de metoprolol, comprimidos orales, 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	6	
<i>metirosina</i>	5	PA; NDS
<i>minoxidil oral</i>	2	
<i>moexipril</i>	2	
<i>nadolol</i>	4	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>nadolol-bendroflumetiazida, comprimidos orales, 80-5 mg</i>	4	
<i>nebivolol</i>	4	
<i>nicardipina, solución intravenosa</i>	4	
<i>nicardipina oral</i>	4	
<i>nifedipina, comprimidos orales, liberación prolongada</i>	2	
<i>nifedipina, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas</i>	2	
<i>nimodipina</i>	4	
<i>olmesartán</i>	3	
<i>olmesartán-hidroclorotiazida</i>	3	
<i>perindopril erbumina</i>	2	
<i>pindolol</i>	3	
<i>prazosina</i>	4	
<i>propranolol, cápsulas orales, liberación prolongada, 24 horas</i>	4	
<i>propranolol, solución oral</i>	4	
<i>propranolol, comprimidos orales</i>	2	
<i>propranolol-hidroclorotiazida</i>	3	
<i>quinapril</i>	6	
<i>quinapril-hidroclorotiazida</i>	2	
<i>ramipril</i>	1	
<i>espironolactona</i>	2	
<i>espironolactona-hidroclorotiazida</i>	2	
<i>taztia xt, cápsulas orales, liberación prolongada, 24 horas, 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg</i>	3	
<i>telmisartán</i>	2	
<i>telmisartán-amlodipina</i>	2	
<i>telmisartán-hidroclorotiazida</i>	2	
<i>terazosina, cápsulas orales, 1 mg, 2 mg, 5 mg</i>	6	QL (30/30)
<i>terazosina, cápsulas orales, 10 mg</i>	6	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 19.

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>tiadylt, liberación prolongada</i>	3	
<i>maleato de timolol oral</i>	4	
<i>torsemida oral</i>	2	
<i>trandolapril</i>	2	
<i>triamtereno-hidroclorotiazida, cápsulas orales, 37.5-25 mg</i>	1	
<i>triamtereno-hidroclorotiazida, comprimidos orales</i>	1	
UPTRAVI, ORAL	4	PA; LA; NDS
<i>valsartán, comprimidos orales, 160 mg, 40 mg, 80 mg</i>	2	QL (60/30)
<i>valsartán, comprimidos orales, 320 mg</i>	2	QL (30/30)
<i>valsartán-hidroclorotiazida</i>	2	QL (30/30)
<i>verapamilo, solución intravenosa</i>	4	
<i>verapamilo, cápsulas orales, píldoras ct de lib. prol., 24 horas</i>	2	
<i>verapamilo, cápsulas orales, píldoras de lib. prol., 24 horas, 120 mg, 180 mg, 240 mg</i>	2	
VERAPAMIL, CÁPSULAS ORALES, PÍLDORAS DE LIB. PROL., 24 HORAS, 360 MG	3	
<i>verapamilo, comprimidos orales</i>	1	
<i>verapamilo, comprimidos orales, liberación prolongada</i>	2	
TRATAMIENTO DE COAGULACIÓN		
<i>ácido aminocaproico oral</i>	4	
BRILINTA	4	QL (60/30)
<i>cilostazol</i>	2	
<i>clopidogrel, comprimidos orales, 300 mg</i>	4	
<i>clopidogrel, comprimidos orales, 75 mg</i>	6	QL (30/30)
<i>dipiridamol oral</i>	3	
ELIQUIS	3	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
ELIQUIS, TRATAMIENTO INICIAL PARA TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA/ EMBOLIA PULMONAR, 30 DÍAS	3	
<i>enoxaparina</i>	4	
<i>fondaparinux, jeringa subcutánea, 10 mg/0.8 ml, 5 mg/0.4 ml, 7.5 mg/0.6 ml</i>	5	NDS
<i>fondaparinux, jeringa subcutánea, 2.5 mg/0.5 ml</i>	4	
<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	
<i>jantoven</i>	1	
<i>pentoxifilina</i>	2	
<i>prasugrel</i>	4	
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

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 19.

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>warfarina</i>	1	
XARELTO	3	
XARELTO, TRATAMIENTO INICIAL PARA TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA/ EMBOLIA PULMONAR, 30 DÍAS	3	
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>colestipol, gránulos orales</i>	4	
<i>colestipol, paquete oral</i>	4	
<i>colestipol, comprimidos orales</i>	3	
<i>ezetimiba</i>	3	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>	3	
<i>ácido fenofibrico (colina)</i>	4	
<i>gemfibrozil</i>	2	
LIVALO	4	QL (30/30)
<i>lovastatina, comprimidos orales, 10 mg</i>	6	QL (30/30)
<i>lovastatina, comprimidos orales, 20 mg, 40 mg</i>	6	QL (60/30)
<i>niacina, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas</i>	4	
<i>pravastatina</i>	6	QL (30/30)
<i>prevalite, polvo oral</i>	3	
PREVALITE, PAQUETE DE POLVO ORAL	3	
REPATHA	3	PA; QL (3/28)
REPATHA PUSHTRONEX	3	PA; QL (3.5/28)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
REPATHA SURECLICK	3	PA; QL (3/28)
<i>rosuvastatina</i>	2	QL (30/30)
<i>simvastatina, comprimidos orales</i>	6	QL (30/30)
VASCEPA	3	
AGENTES CARDIOVASCULARES VARIOS		
CORLANOR, COMPRIMIDOS ORALES	4	PA
<i>digitek</i>	3	
<i>digox</i>	3	
<i>digoxina, oral</i>	3	
ENTRESTO	3	QL (60/30)
LANOXIN, COMPRIMIDOS ORALES, 62.5 MCG (0.0625 MG)	4	
<i>ranolazina</i>	4	QL (60/30)
VERQUVO	3	PA; QL (30/30)
VYNDAMAX	4	PA
VYNDAQEL	4	PA
NITRATOS		
<i>dinitrato de isosorbida, comprimidos orales</i>	4	
<i>mononitrato de isosorbida</i>	2	
MINITRAN	4	
<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>sulfuro de selenio, loción tópica</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 19.

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
SKYRIZI, LAPICERA PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA	5	PA; QL (1/28); NDS
SKYRIZI, JERINGA SUBCUTÁNEA, 150 MG/ML	5	PA; QL (1/28); NDS
SKYRIZI, KIT DE JERINGA SUBCUTÁNEA	5	PA; QL (2/28); NDS
STELARA INTRAVENOSA	5	PA; 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>	2	
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
<i>fluorouracilo, crema tópica, 5%</i>	3	
<i>fluorouracilo, solución tópica</i>	3	
<i>glydo</i>	3	QL (60/30)
<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>	3	
<i>clorhidrato de lidocaína, gel para membrana mucosa</i>	3	QL (60/30)
<i>clorhidrato de lidocaína, gel para membrana mucosa en aplicador</i>	3	QL (60/30)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>clorhidrato de lidocaína, solución para membrana mucosa, 2%</i>	2	
<i>clorhidrato de lidocaína, solución para membrana mucosa, 4% (40 mg/ml)</i>	3	
<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>	2	
<i>lidocaína-prilocaina, crema tópica</i>	4	QL (30/30)
<i>metoxaleno</i>	4	
PANRETIN	5	NDS
PICATO	4	
<i>podofilox</i>	4	
REGRANEX	5	PA; NDS
SANTYL	4	
<i>sulfadiazina de plata</i>	3	
SSD	4	
<i>tacrolimus tópico</i>	4	PA; QL (100/30)
VALCHLOR	5	PA; NDS
ZTLIDO	4	PA; QL (90/30)
TRATAMIENTO DEL ACNÉ		
<i>avita</i>	4	PA
<i>claravis</i>	4	
<i>fosfato de clindamicina, gel tópico</i>	4	QL (120/30)
CLINDAMYCIN PHOSPHATE, GEL TÓPICO, UNA VEZ AL DÍA	4	QL (120/30)
<i>fosfato de clindamicina, loción tópica</i>	4	QL (120/30)
<i>fosfato de clindamicina, solución tópica</i>	4	QL (120/30)
<i>fosfato de clindamicina, paño tópico</i>	4	QL (60/30)
<i>eritromicina, paños</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 19.

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>eritromicina con etanol, gel tópico</i>	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>	4	
<i>rosadan, crema tópica</i>	4	
<i>rosadan, gel tópico</i>	4	
<i>tazaroteno, crema tópica</i>	4	PA
TAZORAC, CREMA TÓPICA, 0.05%	4	PA
TAZORAC, GEL TÓPICO	4	PA
<i>tretinoína, microesferas, gel tópico al 0.1%</i>	4	PA
<i>tretinoína, microesferas, gel tópico con bomba al 0.1%</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
ANTIBACTERIANOS TÓPICOS		
<i>gentamicina, crema tópica</i>	4	
<i>gentamicina, pomada tópica</i>	3	
<i>mupirocina</i>	2	QL (44/30)
<i>mupirocina cálcica</i>	4	QL (30/30)
<i>sulfacetamida sódica (acné)</i>	4	
ANTIMICÓTICOS TÓPICOS		
<i>ciclodan, solución tópica</i>	4	
<i>ciclopirox, crema tópica</i>	4	QL (90/28)
<i>ciclopirox, champú tópico</i>	4	QL (120/28)
<i>ciclopirox, solución tópica</i>	4	
<i>ciclopirox, suspensión tópica</i>	4	QL (60/28)
<i>clotrimazol, crema tópica</i>	2	QL (45/28)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>clotrimazol, solución tópica</i>	3	QL (30/28)
<i>clotrimazol-betametasona, crema tópica</i>	4	QL (45/28)
<i>clotrimazol-betametasona, loción tópica</i>	4	QL (60/28)
<i>econazol</i>	4	QL (85/28)
<i>ketoconazol, crema tópica</i>	2	QL (60/28)
<i>ketoconazol, champú tópico</i>	2	QL (120/28)
<i>nyamyc</i>	4	
<i>nistatina, crema tópica</i>	2	QL (30/28)
<i>nistatina, pomada tópica</i>	2	QL (30/28)
<i>nistatina, polvo tópico</i>	3	
<i>nistatina-triamcinolona</i>	4	QL (60/28)
<i>nystop</i>	4	
ANTIVIRALES TÓPICOS		
<i>aciclovir, pomada tópica</i>	4	QL (30/30)
DENAVIR	4	
CORTICOESTEROIDES TÓPICOS		
<i>ala-cort, crema tópica, 1%</i>	2	
<i>alclometasona, crema tópica</i>	3	
<i>alclometasona, pomada tópica</i>	2	
<i>dipropionato de betametasona</i>	4	
<i>valerato de betametasona, crema tópica</i>	3	
<i>valerato de betametasona, loción tópica</i>	4	
<i>valerato de betametasona, pomada tópica</i>	3	
<i>betametasona, crema tópica aumentada</i>	2	
<i>betametasona, gel tópico aumentado</i>	4	
<i>betametasona, loción tópica aumentada</i>	4	
<i>betametasona, pomada tópica aumentada</i>	4	
<i>desoximetasona, crema tópica</i>	4	
<i>desoximetasona, gel tópico</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 19.

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>desoximetasona, pomada tópica</i>	4	
<i>fluocinolona</i>	4	
<i>fluocinolona y gorra de baño</i>	4	
<i>fluocinonida, crema tópica, 0.05%</i>	3	
<i>fluocinonida, gel tópico</i>	4	QL (120/30)
<i>fluocinonida, pomada tópica</i>	4	QL (120/30)
<i>fluocinonida, solución tópica</i>	4	QL (120/30)
<i>propionato de fluticasona, crema tópica</i>	4	
<i>propionato de fluticasona, pomada tópica</i>	4	
<i>propionato de halobetasol, crema tópica</i>	4	
<i>propionato de halobetasol, pomada tópica</i>	4	
<i>butirato de hidrocortisona, crema tópica</i>	4	QL (120/30)
<i>butirato de hidrocortisona, pomada tópica</i>	4	
<i>butirato de hidrocortisona-emoliente</i>	4	QL (120/30)
<i>hidrocortisona, crema tópica, 1%, 2.5%</i>	2	
<i>hidrocortisona, loción tópica, 2.5%</i>	2	
<i>hidrocortisona, pomada tópica, 1%, 2.5%</i>	2	
<i>valerato de hidrocortisona</i>	4	
<i>mometasona tópica</i>	2	
<i>prednicarbato, pomada tópica</i>	2	
<i>triamcinolona acetónida, crema tópica</i>	2	
<i>triamcinolona acetónida, loción tópica</i>	3	
<i>triamcinolona acetónida, pomada tópica</i>	2	
<i>triderm, crema tópica, 0.1%</i>	2	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>tritocin</i>	2	
ESCABICIDAS/PEDICULICIDAS TÓPICOS		
<i>lindano, champú tópico</i>	4	
<i>malatión</i>	4	
<i>permetrina</i>	3	
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 pentálico</i>	4	
AGENTES VARIOS		
<i>acamprosato</i>	4	
<i>anagrelida</i>	3	
AURYXIA	4	PA; QL (360/30)
CARBAGLU	5	PA; LA; 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, comprimidos orales</i>	5	PA; NDS
<i>dextrosa al 10% y nacl al 0.2%</i>	4	
DEXTROSE AL 10% EN AGUA (D10W)	4	
<i>dextrosa al 25% en agua (d25w)</i>	4	
<i>dextrosa al 30% en agua (d30w)</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 19.

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
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	
<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>	4	
<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)
INCRELEX	4	PA; LA
<i>levocarnitina (con azúcar)</i>	4	
<i>levocarnitina, solución oral, 100 mg/ml</i>	4	
<i>levocarnitina, comprimidos orales</i>	4	
<i>midodrina</i>	4	
<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>	4	
PROLASTIN-C, SOL. PARA RECONST. INTRAVENOSA	5	PA; LA; NDS
PROLASTIN-C, SOLUCIÓN INTRAVENOSA	5	B/D PA; LA; NDS
<i>riluzol</i>	3	
<i>carbonato de sevelámero, paquete de polvo oral</i>	5	NDS

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>carbonato de sevelámero, comprimidos orales</i>	4	
<i>cloruro de sodio al 0.9%, intravenoso</i>	4	
<i>cloruro de sodio para irrigación</i>	4	
<i>fenilbutirato sódico</i>	5	PA; NDS
<i>sulfonato de poliestireno sódico, polvo oral</i>	4	
<i>sps (con sorbitol)</i>	4	
<i>trientina</i>	5	PA; QL (240/30); NDS
VELPHORO	4	
VELTASSA	3	
<i>agua para irrigación, estéril</i>	4	
XIAFLEX	4	PA
<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	
<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>	2	
<i>bromuro de ipratropio nasal</i>	2	QL (30/30)
<i>oralone</i>	4	
<i>paroex, enjuague bucal</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 19.

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>triamcinolona acetonida, pasta dental</i>	4	
PREPARACIONES ÓTICAS VARIAS		
<i>ácido acético ótico (oído)</i>	3	
<i>flac, aceite ótico</i>	4	
<i>fluocinolona acetonida, aceite</i>	4	
<i>hidrocortisona-ácido acético</i>	4	
ESTEROIDES/ANTIBIÓTICOS ÓTICOS		
<i>CIPRODEX</i>	3	
<i>ciprofloxacina-dexametasona</i>	3	
<i>neomicina-polimixina-hidrocortisona ótica (oído)</i>	4	
SISTEMA ENDOCRINO/DIABETES		
HORMONAS SUPRARRENALES		
<i>DEPO-MEDROL</i>	4	
<i>dexametasona, intenosol</i>	4	
<i>dexametasona, elixir oral</i>	2	
<i>dexametasona, solución oral</i>	2	
<i>dexametasona, comprimidos orales</i>	2	
<i>fosfato sódico de dexametasona (pf), solución inyectable</i>	4	
<i>fosfato sódico de dexametasona, solución inyectable</i>	4	
<i>fludrocortisona</i>	2	
<i>hidrocortisona oral</i>	3	
<i>metilprednisolona</i>	2	
<i>acetato de metilprednisolona</i>	4	
<i>succinato sódico de metilprednisolona, sol. para reconst. inyect., 125 mg, 40 mg</i>	4	
<i>succinato sódico de metilprednisolona intravenoso</i>	4	
<i>prednisolona, solución oral</i>	4	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>fosfato sódico de prednisolona, solución oral, 15 mg/5 ml (3 mg/ml), 15 mg/5 ml (5 ml), 25 mg/5 ml (5 mg/ml), 5 mg base/5 ml (6.7 mg/5 ml)</i>	4	
<i>prednisona, intenosol</i>	4	
<i>prednisona, solución oral</i>	2	
<i>prednisona, comprimidos orales</i>	2	B/D PA
<i>prednisona, comprimidos orales, paquete dosificado, 10 mg, 10 mg (paq. de 48)</i>	2	
<i>prednisona, comprimidos orales, paquete dosificado, 5 mg, 5 mg (paq. de 48)</i>	1	
<i>SOLU-CORTEF ACT-O-VIAL (PF)</i>	4	
<i>triamcinolona acetonida, suspensión inyectable, 40 mg/ml</i>	4	
AGENTES ANTITIROIDEOS		
<i>metimazol, comprimidos orales, 10 mg, 5 mg</i>	2	
<i>propiltiouracilo</i>	4	
TRATAMIENTO DE LA DIABETES		
<i>acarbosa, comprimidos orales, 100 mg</i>	2	QL (90/30)
<i>acarbosa, comprimidos orales, 25 mg</i>	2	QL (360/30)
<i>acarbosa, comprimidos orales, 50 mg</i>	2	QL (180/30)
<i>PAÑOS CON ALCOHOL</i>	3	
<i>BAQSIMI</i>	3	
<i>BD, AGUJA PARA LAPICERA</i>	3	QL (200/30)
<i>BYDUREON BCISE</i>	4	QL (4/28)
<i>diazoxida</i>	4	
<i>GASAS, 2 X 2</i>	3	
<i>glimepirida, comprimidos orales, 1 mg</i>	1	QL (240/30)

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 19.

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<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>	6	QL (120/30)
<i>glipizida, comprimidos orales, 5 mg</i>	6	QL (240/30)
<i>glipizida, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas, 10 mg</i>	2	QL (60/30)
<i>glipizida, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas, 2.5 mg</i>	2	QL (240/30)
<i>glipizida, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas, 5 mg</i>	2	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	4	QL (30/30)
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	6	
HUMALOG KWIKPEN, INSULINA	6	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
HUMALOG MIX 50-50, INSULINA U-100	6	
HUMALOG MIX 50-50 KWIKPEN	6	
HUMALOG MIX 75-25 KWIKPEN	6	
HUMALOG MIX 75-25 (U-100), INSULINA	6	
HUMALOG U-100, INSULINA	6	
HUMULIN 70/30 U-100, INSULINA	6	
HUMULIN 70/30 U-100 KWIKPEN	6	
HUMULIN N NPH, INSULINA KWIKPEN	6	
HUMULIN N NPH U-100, INSULINA	6	
HUMULIN R REGULAR U-100, INSULINA	6	
HUMULIN R U-500 (CONC) INSULINA	5	B/D PA; NDS
HUMULIN R U-500 (CONC) KWIKPEN	5	NDS
INSULINA, AGUJA PARA LAPICERA	3	QL (200/30)
JERINGA PARA INSULINA (DES.), U-100 0.3 ML, 1 ML, 1/2 ML	3	QL (200/30)
INVOKAMET	3	QL (60/30)
INVOKAMET XR	3	QL (60/30)
INVOKANA	3	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)

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 19.

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
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	6	
LANTUS U-100, INSULINA	6	
LEVEMIR FLEXTOUCH U-100, INSULINA	6	
LEVEMIR U-100, INSULINA	6	
LYUMJEV KWIKPEN U-100, INSULINA	6	
LYUMJEV KWIKPEN U-200, INSULINA	6	
LYUMJEV U-100, INSULINA	6	
<i>metformina, solución oral</i>	4	QL (750/30)
<i>metformina, comprimidos orales, 1,000 mg</i>	6	QL (75/30)
<i>metformina, comprimidos orales, 500 mg</i>	6	QL (150/30)
<i>metformina, comprimidos orales, 850 mg</i>	6	QL (90/30)
<i>metformina, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas, 500 mg (genérico de Glucophage XR)</i>	6	QL (120/30)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>metformina, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas, 750 mg (genérico de Glucophage XR)</i>	6	QL (60/30)
<i>metformina, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas, 1,000 mg</i>	4	QL (60/30)
<i>nateglinida, comprimidos orales, 120 mg</i>	2	QL (90/30)
<i>nateglinida, comprimidos orales, 60 mg</i>	2	QL (180/30)
AGUJAS, INSULINA DES., DE SEGURIDAD	3	QL (200/30)
NOVOFINE, AGUJA PARA LAPICERA	3	QL (200/30)
NOVOTWIST, AGUJA PARA LAPICERA	3	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)
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>	2	QL (90/30)
PROGLYCEM	4	
<i>repaglinida, comprimidos orales, 0.5 mg</i>	4	QL (960/30)
<i>repaglinida, comprimidos orales, 1 mg</i>	4	QL (480/30)
<i>repaglinida, comprimidos orales, 2 mg</i>	4	QL (240/30)
RYBELSUS	3	QL (30/30)
SOLIQUA 100/33	3	QL (15/30)
SYNJARDY	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 19.

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
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	3	QL (200/30)
TOUJEO MAX U-300 SOLOSTAR	6	
TOUJEO SOLOSTAR U-300, INSULINA	6	
TRADJENTA	3	QL (30/30)
TRESIBA FLEXTOUCH U-100	6	
TRESIBA FLEXTOUCH U-200	6	
TRESIBA U-100, INSULINA	6	
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)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
XULTOPHY 100/3.6	3	QL (15/30)
HORMONAS VARIAS		
ALDURAZYME	5	PA; NDS
<i>cabergolina</i>	4	
<i>calcitonina (salmón), nasal</i>	3	
<i>calcitriol, solución intravenosa, 1 mcg/ml</i>	4	
<i>calcitriol oral</i>	2	
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>	4	
<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
<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)

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 19.

Medicamentos cubiertos por categoría

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	4	
<i>cipionato de testosterona, aceite intramuscular, 100 mg/ml, 200 mg/ml, 200 mg/ml (1 ml)</i>	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	
<i>levotiroxina, comprimidos orales</i>	2	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
LEVOXYL, COMPRIMIDOS ORALES, 100 MCG, 112 MCG, 125 MCG, 137 MCG, 150 MCG, 175 MCG, 200 MCG, 25 MCG, 50 MCG, 75 MCG, 88 MCG	3	
<i>liotironina oral</i>	2	
SYNTHROID	4	
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

ANTI-DIARREICOS/ANTI-ESPAASMÓDICOS

<i>diciclomina, cápsulas orales</i>	2	
<i>diciclomina, solución oral</i>	4	
<i>diciclomina, comprimidos orales</i>	2	
<i>difenoxilato-atropina</i>	4	
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, comprimidos orales, 1 mg, 2 mg</i>	4	
<i>loperamida, cápsulas orales</i>	2	

AGENTES GASTROINTESTINALES VARIOS

<i>alosetrón</i>	5	PA; NDS
<i>aprepitant</i>	4	B/D PA
<i>balsalazida</i>	4	
<i>budesonida oral</i>	4	
<i>compro</i>	4	
<i>constulosa</i>	2	
CORTIFOAM	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 19.

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
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>	2	
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>	2	
<i>clorhidrato de granisetron oral</i>	4	B/D PA; QL (60/30)
<i>hidrocortisona rectal</i>	3	
<i>hidrocortisona, crema tópica con aplicador perineal</i>	2	
<i>lactulosa, solución oral</i>	2	
LINZESS	3	QL (30/30)
<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	
MOVANTIK	4	QL (30/30)
OALIVA	4	PA; LA; QL (30/30)
<i>ondansetrón</i>	2	B/D PA
<i>clorhidrato de ondansetrón (pf)</i>	4	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>clorhidrato de ondansetrón intravenoso</i>	4	
ONDANSETRON HCL, SOLUCIÓN ORAL	4	B/D PA; QL (450/30)
<i>clorhidrato de ondansetrón, comprimidos orales</i>	2	B/D PA
<i>peg 3350-electrolitos, sol. para reconst. oral, 236-22.74-6.74-5.86 gramos</i>	2	
<i>peg-electrolitos</i>	2	
PENTASA	4	
PLENVU	4	
<i>proclorperazina</i>	4	
<i>edisilato de proclorperazina</i>	4	
<i>maleato de proclorperazina oral</i>	2	
<i>procto-med hc</i>	2	
<i>procto-pak</i>	2	
<i>proctosol hc tópico</i>	2	
<i>proctozone-hc</i>	2	
RECTIV	4	
RELISTOR, SOLUCIÓN SUBCUTÁNEA	5	PA; NDS
RELISTOR, JERINGA SUBCUTÁNEA	5	PA; NDS
REMICADE	5	PA; NDS
SANCUSO	5	NDS
<i>escopolamina base</i>	4	QL (10/30)
<i>sulfasalazina</i>	2	
SUPREP, KIT DE PREPARACIÓN INTESTINAL	4	
SUTAB	4	
<i>ursodiol, cápsulas orales, 300 mg</i>	3	
<i>ursodiol, comprimidos orales</i>	4	
VIOKACE	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 19.

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
ZENPEP, CÁPSULAS ORALES, LIBERACIÓN RETARDADA (DR/EC) 10,000-32,000-42,000 UNIDADES, 15,000-47,000-63,000 UNIDADES, 20,000-63,000-84,000 UNIDADES, 25,000-79,000-105,000 UNIDADES, 3,000-10,000-14,000-UNIDADES, 40,000-126,000-168,000 UNIDADES, 5,000-17,000-24,000 UNIDADES	3	

TRATAMIENTO DE ÚLCERAS

<i>cimetidina</i>	3	
DEXILANT	4	QL (30/30)
<i>famotidina, suspensión oral</i>	3	
<i>famotidina, comprimidos orales, 20 mg, 40 mg</i>	4	
<i>misoprostol</i>	3	
<i>omeprazol, cápsulas orales, liberación retardada (dr/ec)</i>	4	
<i>pantoprazol, comprimidos orales, liberación retardada (dr/ec), 20 mg</i>	2	
<i>pantoprazol, comprimidos orales, liberación retardada (dr/ec), 40 mg</i>	2	QL (60/30)
<i>sucralfato, comprimidos orales</i>	2	

INMUNOLOGÍA, VACUNAS/BIOTECNOLOGÍA

MEDICAMENTOS BIOTECNOLÓGICOS

ACTIMMUNE	5	PA; NDS
ARANESP (EN POLISORBATO)	4	PA
ARCALYST	5	PA; 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
MOZOBIL	5	B/D PA; NDS
NIVESTYM	5	PA; NDS
PROCRIT	4	PA
ZARXIO	5	PA; NDS
ZIEXTENZO	4	PA

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	
BEXSERO	3	
BOOSTRIX TDAP	3	
BOTOX	4	PA
DAPTACEL (DTAP PEDIÁTRICA) (PF)	3	
ENGRIX-B (PF), JERINGA INTRAMUSCULAR	3	B/D PA
ENGRIX-B (PF), USO PEDIÁTRICO	3	B/D PA
<i>fomepizol</i>	5	NDS
GAMUNEX-C	5	B/D PA; NDS
GARDASIL 9 (PF)	4	
HAVRIX (PF), JERINGA INTRAMUSCULAR	3	
HIBERIX (PF)	3	
HIZENTRA	4	B/D PA
IMOVAX (PF), VACUNA ANTIRRÁBICA	4	
INFANRIX (DTAP) (PF), JERINGA INTRAMUSCULAR	3	
IPOX	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 19.

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
IXIARO (PF)	4	
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	
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)	4	QL (2/999)
STAMARIL (PF)	4	
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)	4	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
SISTEMA LOCOMOTOR/REUMATOLOGÍA		
TRATAMIENTO DE LA GOTA		
<i>alopurinol</i>	1	
<i>colchicina, comprimidos orales</i>	4	QL (120/30)
<i>febuxostat</i>	4	ST
MITIGARE	3	
<i>probenecid</i>	3	
<i>probenecid/colchicina</i>	3	
TRATAMIENTO DE LA OSTEOPOROSIS		
<i>alendronato, comprimidos orales, 10 mg, 5 mg</i>	1	QL (30/30)
<i>alendronato, comprimidos orales, 35 mg, 70 mg</i>	1	QL (4/28)
BINOSTO	4	QL (4/28)
<i>ibandronato oral</i>	3	QL (1/30)
PROLIA	4	QL (1/180)
<i>raloxifeno</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-UVEITS-ADOL HS	5	PA; QL (4/180); 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 19.

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
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)
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) PEN, KIT DE LAPICERA PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA, 80 MG/0.8 ML	5	PA; QL (2/28); 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>	3	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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
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

OBSTETRICIA/GINECOLOGÍA

ESTRÓGENOS/PROGESTINAS

<i>camila</i>	3	
<i>deblitane</i>	3	
DOTTI	3	QL (8/28)
DUAVEE	4	PA
<i>errin</i>	3	
<i>estradiol oral</i>	3	
<i>estradiol, parche transdérmico quincenal</i>	3	QL (8/28)
<i>estradiol, parche transdérmico semanal</i>	3	QL (4/28)
<i>estradiol, comprimidos vaginales</i>	4	
<i>valerato de estradiol, aceite intramuscular, 20 mg/ml, 40 mg/ml</i>	4	
<i>heather</i>	3	
<i>caproato de hidroxiprogesterona</i>	5	NDS
<i>incassia</i>	3	
<i>jencycla</i>	3	
<i>lyza</i>	3	
<i>medroxiprogesterona intramuscular</i>	4	
<i>medroxiprogesterona oral</i>	2	
<i>nora-be</i>	3	
<i>noretisterona (anticonceptivo)</i>	3	
<i>acetato de noretisterona</i>	4	
PREMARIN INYECTABLE	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 19.

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
PREMARIN ORAL	4	
PREMARIN VAGINAL	3	
PREMPRO, COMPRIMIDOS ORALES, 0.45-1.5 MG, 0.625-2.5 MG, 0.625-5 MG	3	
<i>progesterona micronizada</i>	2	
<i>sharobel</i>	3	
<i>yuvaferm</i>	4	
PRODUCTOS OBSTÉTRICOS/GINECOLÓGICOS VARIOS		
<i>fosfato de clindamicina vaginal</i>	4	
<i>metronidazol vaginal</i>	4	
<i>terconazol</i>	4	
<i>ácido tranexámico oral</i>	3	
<i>vandazol</i>	4	
ANTICONCEPTIVOS ORALES/ AGENTES RELACIONADOS		
<i>afirmelle</i>	2	
<i>altavera (28)</i>	2	
<i>alyacen 1/35 (28)</i>	4	
<i>alyacen 7/7/7 (28)</i>	3	
<i>amethia</i>	3	
<i>amethyst (28)</i>	2	
<i>apri</i>	2	
<i>aranelle (28)</i>	4	
<i>ashlyna</i>	4	
<i>aubra</i>	3	
<i>aubra eq</i>	3	
<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>	3	
<i>balziva (28)</i>	4	
<i>blisovi 24 fe</i>	2	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>blisovi fe 1.5/30 (28)</i>	4	
<i>blisovi fe 1/20 (28)</i>	4	
<i>briellyn</i>	2	
<i>camrese</i>	3	
<i>camrese lo</i>	4	
<i>caziant (28)</i>	4	
<i>charlotte 24 fe</i>	2	
<i>chateal (28)</i>	3	
<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>	3	
<i>cyred</i>	3	
<i>cyred eq</i>	3	
<i>dasetta 1/35 (28)</i>	3	
<i>dasetta 7/7/7 (28)</i>	3	
<i>daysee</i>	3	
<i>desog-e.estradiol/e.estradiol</i>	4	
<i>desogestrel-etinilestradiol</i>	2	
<i>dolishale</i>	2	
<i>drospirenona-e.estradiol-lm.fa</i>	2	
<i>drospirenona-etinilestradiol</i>	2	
<i>elinest</i>	3	
<i>emoquette</i>	4	
<i>enpresse</i>	2	
<i>enskyce</i>	2	
<i>estarylla</i>	4	
<i>etiodiol diac-etinilestradiol</i>	4	
<i>falmina (28)</i>	2	
<i>feminor</i>	4	
<i>gemmily</i>	2	
<i>hailey</i>	2	
<i>hailey 24 fe</i>	3	
<i>hailey fe 1.5/30 (28)</i>	3	
<i>hailey fe 1/20 (28)</i>	3	
<i>iclevia</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 19.

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>introvale</i>	4	
<i>isibloom</i>	3	
<i>jaimiess</i>	2	
<i>jasmiel</i> (28)	2	
<i>jolessa</i>	3	
<i>juleber</i>	4	
<i>junel</i> 1.5/30 (21)	4	
<i>junel</i> 1/20 (21)	4	
<i>junel fe</i> 1.5/30 (28)	4	
<i>junel fe</i> 1/20 (28)	4	
<i>junel fe</i> 24	4	
<i>kaitlib fe</i>	2	
<i>kalliga</i>	2	
<i>kariva</i> (28)	4	
<i>kelnor</i> 1/35 (28)	4	
<i>kelnor</i> 1-50 (28)	4	
<i>kurvelo</i> (28)	2	
<i>l norgest/e.estradiol-e.estradiol</i> , comprimidos orales, paquete dosificado, 3 meses, 0.10 mg-20 mcg (84)/10 mcg (7)	3	
<i>l norgest/e.estradiol-e.estradiol</i> , comprimidos orales, paquete dosificado, 3 meses, 0.15 mg-20 mcg/0.15 mg-25 mcg	2	
<i>l norgest/e.estradiol-e.estradiol</i> , comprimidos orales, paquete dosificado, 3 meses, 0.15 mg-30 mcg (84)/10 mcg (7)	4	
<i>larin</i> 1.5/30 (21)	2	
<i>larin</i> 1/20 (21)	2	
<i>larin</i> 24 fe	2	
<i>larin fe</i> 1.5/30 (28)	2	
<i>larin fe</i> 1/20 (28)	2	
<i>larissia</i>	4	
<i>layolis fe</i>	2	
<i>leena</i> 28	2	
<i>lessina</i>	2	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>levonest</i> (28)	2	
<i>levonorgestrel-etinilestradiol</i> , comprimidos orales, 0.1-20 mg-mcg, 90-20 mcg (28)	4	
<i>levonorgestrel-etinilestradiol</i> , comprimidos orales, 0.15-0.03 mg	3	
<i>levonorgestrel-etinilestradiol</i> , comprimidos orales, paquete dosificado, 3 meses	4	
<i>levonorg-etinilestradiol</i> trifásico	4	
<i>levora</i> -28	2	
<i>lillow</i> (28)	2	
<i>lojaimiess</i>	2	
<i>loryna</i> (28)	2	
<i>low-ogestrel</i> (28)	4	
<i>lo-zumandimine</i> (28)	2	
<i>luter</i> (28)	3	
<i>marlissa</i> (28)	2	
<i>merzee</i>	2	
<i>mibelas</i> 24 fe	4	
<i>microgestin</i> 1.5/30 (21)	4	
<i>microgestin</i> 1/20 (21)	4	
<i>microgestin fe</i> 1.5/30 (28)	4	
<i>microgestin fe</i> 1/20 (28)	4	
<i>mili</i>	4	
<i>mono-lynyah</i>	3	
<i>necon</i> 0.5/35 (28)	3	
<i>nikki</i> (28)	2	
<i>noret.-etinilestradiol/hierro</i>	2	
<i>noretisterona ac-etinilestradiol</i> , comprimidos orales, 1-20 mg-mcg, 1.5-30 mg-mcg	4	
<i>noretisterona-etinilestradiol-hierro</i> , cápsulas orales	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 19.

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>noretisterona-etinilestradiol-hierro, comprimidos orales, 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7), 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7)</i>	3	
<i>noretisterona-etinilestradiol-hierro, comprimidos orales masticables</i>	3	
<i>norgestimato-etinilestradiol, comprimidos orales, 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg, 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg (28)</i>	4	
<i>norgestimato-etinilestradiol, comprimidos orales, 0.25-35 mg-mcg</i>	3	
<i>nortrel 0.5/35 (28)</i>	4	
<i>nortrel 1/35 (21)</i>	2	
<i>nortrel 1/35 (28)</i>	2	
<i>nortrel 7/7/7 (28)</i>	3	
<i>nylia 7/7/7 (28)</i>	2	
<i>nymyo</i>	2	
<i>ocella</i>	2	
<i>orsythia</i>	2	
<i>philith</i>	3	
<i>pimtrea (28)</i>	3	
<i>pirmella, comprimidos orales, 0.5/0.75/1 mg-35 mcg</i>	3	
<i>pirmella, comprimidos orales, 1-35 mg-mcg</i>	2	
<i>portia 28</i>	2	
<i>previfem</i>	4	
<i>reclipsen (28)</i>	2	
<i>rivelsa</i>	2	
<i>setlakin</i>	4	
<i>simliya (28)</i>	2	
<i>simpesse</i>	2	
<i>sprintec (28)</i>	4	
<i>sronyx</i>	4	
<i>syeda</i>	2	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>tarina 24 fe</i>	3	
<i>tarina fe 1/20 (28)</i>	3	
<i>tarina fe 1-20 eq (28)</i>	3	
<i>taysofy</i>	2	
<i>tilia fe</i>	3	
<i>tri femynor</i>	2	
<i>tri-estarylla</i>	4	
<i>tri-legest fe</i>	3	
<i>tri-linyah</i>	4	
<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>	4	
<i>tri-nymyo</i>	2	
<i>tri-previfem (28)</i>	4	
<i>tri-sprintec (28)</i>	4	
<i>trivora (28)</i>	2	
<i>tri-vylibra</i>	4	
<i>tri-vylibra lo</i>	4	
<i>TYBLUME</i>	4	
<i>tydemy</i>	4	
<i>velivet, régimen trifásico (28)</i>	4	
<i>vestura (28)</i>	2	
<i>vienva</i>	4	
<i>viorele (28)</i>	3	
<i>volnea (28)</i>	2	
<i>vyfemla (28)</i>	2	
<i>vylibra</i>	4	
<i>wera (28)</i>	3	
<i>wymzya fe</i>	2	
<i>zarah</i>	2	
<i>zovia 1/35e (28)</i>	2	
<i>zovia 1-35 (28)</i>	2	
<i>zumandimine (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 19.

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
OFTALMOLOGÍA		
ANTIBIÓTICOS		
<i>ak-poly-bac</i>	2	
<i>bacitracina oftálmica (ojos)</i>	4	
<i>bacitracina-polimixina b-oftálmica (ojos)</i>	2	
BESIVANCE	4	
CILOXAN, POMADA OFTÁLMICA (OJOS)	3	
<i>clorhidrato de ciprofloxacina oftálmico (ojos)</i>	2	
<i>eritromicina oftálmica (ojos)</i>	2	
<i>gentak, pomada oftálmica (ojos)</i>	2	
<i>gentamicina, gotas oftálmicas (ojos)</i>	3	
<i>moxifloxacina oftálmica (ojos)</i>	3	
NATACYN	4	
<i>neomicina-bacitracina-polimixina</i>	4	
<i>neomicina-polimixina-gramicidina</i>	3	
<i>neo-polycin</i>	4	
<i>ofloxacina oftálmica (ojos)</i>	2	
<i>polycin</i>	2	
<i>polimixina b sulfato de trimetoprima</i>	2	
<i>tobramicina oftálmica (ojos)</i>	2	
ANTIVÍRICOS		
<i>trifluridina</i>	4	
ZIRGAN	3	
BETABLOQUEANTES		
<i>carteolol</i>	2	
<i>levobunolol, gotas oftálmicas (ojos), 0.5%</i>	6	
<i>maleato de timolol, gotas oftálmicas (ojos)</i>	1	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>maleato de timolol, solución gelificante oftálmica (ojos)</i>	4	
PRODUCTOS OFTALMOLÓGICOS VARIOS		
<i>atropina, gotas oftálmicas (ojos)</i>	3	
<i>azalastina oftálmica (ojos)</i>	4	
BLEPHAMIDE	4	
BLEPHAMIDE S.O.P.	4	
<i>cromoglicato oftálmico (ojos)</i>	2	
CYSTARAN	5	PA; NDS
<i>epinastina</i>	4	
EYLEA	4	PA
<i>olopatadina oftálmica (ojos)</i>	4	
OXERVATE	4	PA; QL (112/999)
<i>clorhidrato de pilocarpina, gotas oftálmicas (ojos), 1%, 2%, 4%</i>	3	
RESTASIS	3	QL (60/30)
RESTASIS MULTIDOSIS	3	QL (60/30)
<i>sulfacetamida sódica, gotas oftálmicas (ojos)</i>	2	
<i>sulfacetamida-prednisolona</i>	2	
ZERVATE	4	
AGENTES ANTIINFLAMATORIOS NO ESTEROIDEOS		
<i>diclofenaco sódico oftálmico (ojos)</i>	2	
<i>flurbiprofeno sódico</i>	2	
<i>ketorolaco oftálmico (ojos)</i>	2	
PROLENSA	4	
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>brinzolamida</i>	4	
COMBIGAN	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 19.

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>dorzolamida</i>	2	
<i>dorzolamida-timolol</i>	2	
<i>latanoprost</i>	6	
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>	4	
<i>neomicina-polimixina b-dexametasona</i>	2	
<i>neomicina-polimixina-hc oftálmica (ojos)</i>	4	
<i>neo-polycin hc</i>	4	
<i>tobramicina-dexametasona</i>	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>	4	
AGENTES SIMPATICOMIMÉTICOS		
ALPHAGAN P, GOTAS OFTÁLMICAS (OJOS), 0.1%	3	
<i>apraclonidina</i>	4	
<i>brimonidina, gotas oftálmicas (ojos), 0.15%</i>	4	
<i>brimonidina, gotas oftálmicas (ojos), 0.2%</i>	2	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
SISTEMA RESPIRATORIO Y ALERGIA		
AGENTES ANTIHISTAMÍNICOS/ANTIALÉRGICOS		
<i>desloratadina, comprimidos orales</i>	3	QL (30/30)
<i>clorhidrato de difenhidramina, solución inyectable, 50 mg/ml</i>	4	
<i>epinefrina, autoinyector para inyección</i>	3	QL (2/30)
<i>epinefrina, solución inyectable, 1 mg/ml</i>	4	
<i>clorhidrato de hidroxizina, comprimidos orales</i>	3	PA
<i>levocetirizina, solución oral</i>	4	
<i>levocetirizina, comprimidos orales</i>	2	QL (30/30)
<i>prometazina, jarabe oral</i>	4	PA
<i>prometazina, comprimidos orales</i>	2	PA
AGENTES PULMONARES		
<i>acetilcisteína</i>	4	B/D PA
ADEMPAS	5	PA; LA; QL (90/30); NDS
ADVAIR DISKUS	3	QL (60/30)
ADVAIR HFA	3	QL (12/30)
<i>sulfato de albuterol para inhalar, inhalador en aerosol de hfa, 90 mcg/activación (genérico de ProAir)</i>	3	QL (17/30)
<i>sulfato de albuterol para inhalar, inhalador en aerosol de hfa, 90 mcg/activación (genérico de Proventil)</i>	3	QL (13.4/30)
<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>	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 19.

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>sulfato de albuterol, comprimidos orales, liberación prolongada, 12 horas</i>	4	
ALYQ	5	PA; QL (60/30); NDS
AMBRISENTAN	5	PA; LA; QL (30/30); NDS
ANORO ELLIPTA	3	QL (60/30)
ARNUITY ELLIPTA	3	QL (30/30)
ATROVENT HFA	4	QL (25.8/30)
BREO ELLIPTA	3	QL (60/30)
<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	4	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)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
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>	4	QL (16/30)
<i>fumarato de formoterol</i>	4	B/D PA; QL (120/30)
HAEGARDA	5	PA; LA; 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>metaproterenol, jarabe oral</i>	4	
<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	4	B/D PA; QL (120/30)
PULMOZYME	5	B/D PA; QL (150/30); NDS
<i>sajazir</i>	5	PA; QL (18/30); NDS
SEREVENT DISKUS	3	QL (60/30)

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 19.

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<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	
<i>teofilina, comprimidos orales, liberación prolongada, 12 horas, 300 mg, 450 mg</i>	2	
<i>teofilina, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas</i>	2	
TRELEGY ELLIPTA	3	QL (60/30)
TRIKAFTA	5	PA; NDS
VENTAVIS	4	PA
VENTOLIN HFA	3	QL (36/30)
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
<i>zafirlukast</i>	4	QL (60/30)
UROLÓGICOS		
ANTICOLINÉRGICOS/ANTIESPASMÓDICOS		
MYRBETRIQ, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA, 24 HORAS	4	
<i>cloruro de oxibutinina, jarabe oral</i>	2	
<i>cloruro de oxibutinina, comprimidos orales</i>	2	
<i>cloruro de oxibutinina, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas</i>	3	QL (60/30)
<i>solifenacina</i>	4	
<i>tolterodina, comprimidos orales</i>	4	
TOVIAZ	4	QL (30/30)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
TRATAMIENTO DE LA HIPERPLASIA PROSTÁTICA BENIGNA (HPB)		
<i>alfuzosina</i>	2	
<i>dutasterida</i>	2	
<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>	3	
CYSTAGON	4	LA
ELMIRON	4	
K-PHOS ORIGINAL	4	
<i>citrato de potasio</i>	4	
RENACIDIN	4	
VITAMINAS, HEMATÍNICOS/ELECTROLITOS		
ELECTROLITOS		
<i>acetato de calcio (aglutinante de fosfato)</i>	3	
<i>klor-con</i>	2	
KLOR-CON 10	3	
KLOR-CON 8	3	
<i>klor-con m10</i>	2	
<i>klor-con m15</i>	2	
<i>klor-con m20</i>	2	
<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	
PHOSLYRA	4	
POTASSIUM CHLORID-D5-0.45% NACL, SOLUCIÓN PARENTERAL INTRAVENOSA, 10 MEQ/L, 20 MEQ/L, 40 MEQ/L	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 19.

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<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>	2	
<i>cloruro de potasio, comprimidos orales, liberación prolongada, partículas/cristales</i>	2	
<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	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<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	
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
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
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

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 19.

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
VITAMINAS/HEMATÍNICOS		
fluoruro (de sodio), comprimidos orales	1	
fluoruro (de sodio), comprimidos orales masticables, 1 mg (2.2 mg de fluoruro de sodio)	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 19.

Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
A		<i>acetilcisteína</i>	64	AFINITOR DISPERZ, COMPRIMIDOS ORALES PARA SUSPENSIÓN, 3 MG, 5 MG	27
<i>abacavir, comprimidos orales</i>	20	<i>aciclovir, cápsulas orales</i>	20	<i>afirmelle</i>	60
<i>abacavir-lamivudina</i>	20	<i>aciclovir, comprimidos orales</i>	20	<i>agua para irrigación, estéril</i>	50
<i>abacavir-lamivudina-zidovudina</i>	20	<i>aciclovir, pomada tópica</i>	48	AGUJAS, INSULINA DES., DE SEGURIDAD	53
<i>abacavir, solución oral</i>	20	<i>aciclovir sódico, solución intravenosa</i>	20	AIMOVIG, AUTOINYECTOR	36
ABELCET	20	<i>aciclovir, suspensión oral, 200 mg/5 ml</i>	20	<i>ak-poly-bac</i>	63
ABILIFY MAINTENA	39	<i>ácido acético ótico (oído)</i>	51	<i>ala-cort, crema tópica, 1%</i>	48
<i>abiraterona, comprimidos orales, 250 mg</i>	27	<i>ácido aminocaproico oral</i>	45	<i>albendazol</i>	23
<i>abiraterona, comprimidos orales, 500 mg</i>	27	<i>ácido fenofibríco (colina)</i>	46	<i>alclometasona, crema tópica</i>	48
ABRAXANE	27	<i>ácido tranexámico oral</i>	60	<i>alclometasona, pomada tópica</i>	48
<i>acamprosato</i>	49	<i>ácido valproico</i>	35	ALDURAZYME	54
<i>acarbose, comprimidos orales, 25 mg</i>	51	<i>ácido valproico (como sal sódica)</i>	35	ALECENSA	27
<i>acarbose, comprimidos orales, 50 mg</i>	51	<i>ácido zoledrónico-manitol-agua, infusión secundaria intravenosa, 4 mg/100 ml</i>	55	<i>alendronato, comprimidos orales, 10 mg, 5 mg</i>	58
<i>acarbose, comprimidos orales, 100 mg</i>	51	<i>ácido zoledrónico-manitol-agua, infusión secundaria intravenosa, 5 mg/100 ml</i>	50	<i>alendronato, comprimidos orales, 35 mg, 70 mg</i>	58
<i>acebutolol</i>	43	<i>ácido zoledrónico, solución intravenosa</i>	55	<i>alfuzosina</i>	66
<i>acetaminofeno-codeína, comprimidos orales, 300-15 mg, 300-30 mg</i>	37	<i>acitretina</i>	46	ALIMTA	27
<i>acetaminofeno-codeína, comprimidos orales, 300-60 mg</i>	37	ACTHIB (PF)	57	ALIQOPA	27
<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>	37	ACTIMMUNE	57	<i>alopurinol</i>	58
<i>acetato de calcio (aglutinante de fosfato)</i>	66	ADACEL (TDAP ADOLESC./ADULTOS) (PF)	57	<i>alosetrón</i>	55
<i>acetato de metilprednisolona</i>	51	ADASUVE	39	ALPHAGAN P, GOTAS OFTÁLMICAS (OJOS), 0.1%	64
<i>acetato de noretisterona</i>	59	ADCETRIS	27	<i>alprazolam, comprimidos orales, 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg</i>	39
<i>acetato de octreotida, solución inyectable, 1,000 mcg/ml, 100 mcg/ml, 200 mcg/ml, 500 mcg/ml</i>	31	ADEMPAS	64	<i>alprazolam, comprimidos orales, 2 mg</i>	39
<i>acetato de octreotida, solución inyectable, 50 mcg/ml</i>	31	<i>adriamicina, sol. para reconst. intravenosa, 10 mg</i>	27	<i>altavera (28)</i>	60
<i>acetato de prednisolona</i>	64	<i>adriamicina, solución intravenosa</i>	27	ALUNBRIG, COMPRIMIDOS ORALES, 30 MG	27
<i>acetazolamida</i>	63	<i>adrucil, solución intravenosa, 2.5 gramos/50 ml</i>	27	ALUNBRIG, COMPRIMIDOS ORALES, 180 MG, 90 MG	27
<i>acetazolamida sódica</i>	63	ADVAIR DISKUS	64	ALUNBRIG, COMPRIMIDOS ORALES, PAQUETE DOSIFICADO	27
		ADVAIR HFA	64	<i>alyacen 1/35 (28)</i>	60
		AFINITOR, COMPRIMIDOS ORALES, 10 MG	27	<i>alyacen 7/7/7 (28)</i>	60
		AFINITOR DISPERZ, COMPRIMIDOS ORALES PARA SUSPENSIÓN, 2 MG	27	ALYQ	65
				AMBISOME	20
				AMBRISANTAN	65

Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
<i>amethia</i>	60	APOKYN.....	35	<i>aubra</i>	60
<i>amethyst (28)</i>	60	<i>apraclonidina</i>	64	<i>aubra eq</i>	60
<i>amikacina, solución inyectable, 1,000 mg/4 ml, 500 mg/2 ml</i>	23	<i>aprepitant</i>	55	<i>aurovela 1.5/30 (21)</i>	60
<i>amilorida</i>	43	<i>apri</i>	60	<i>aurovela 1/20 (21)</i>	60
<i>amilorida-hidroclorotiazida</i>	43	APTOM, COMPRIMIDOS ORALES, 200 MG.....	34	<i>aurovela 24 fe</i>	60
AMINOSYN II 15%.....	67	APTOM, COMPRIMIDOS ORALES, 400 MG.....	34	<i>aurovela fe 1.5/30 (28)</i>	60
AMINOSYN-PF 7% (SIN SULFITOS).....	67	APTOM, COMPRIMIDOS ORALES, 600 MG, 800 MG.....	34	<i>aurovela fe 1-20 (28)</i>	60
<i>amiodarona, comprimidos orales, 100 mg, 200 mg</i>	42	APTIVUS.....	20	AURYXIA.....	49
<i>amiodarona, comprimidos orales, 400 mg</i>	42	<i>aranelle (28)</i>	60	AUSTEDO, COMPRIMIDOS ORALES, 6 MG.....	36
<i>amiodarona, solución intravenosa</i> ..	42	ARANESP (EN POLISORBATO) ..	57	AUSTEDO, COMPRIMIDOS ORALES, 12 MG, 9 MG.....	36
<i>amitriptilina</i>	39	ARCALYST.....	57	<i>aviane</i>	60
<i>amlodipina</i>	43	ARIKAYCE.....	23	<i>avita</i>	47
<i>amlodipina-benazepril</i>	43	<i>aripiprazol, comprimidos de desintegración oral</i>	39	<i>ayuna</i>	60
<i>amlodipina-valsartán</i>	43	<i>aripiprazol, comprimidos orales</i>	39	AYVAKIT.....	27
<i>amlodipina-valsartán-HCTZ</i>	43	<i>aripiprazol, solución oral</i>	39	<i>azacitidina</i>	27
<i>amoxapina</i>	39	ARISTADA.....	39	<i>azalastina oftálmica (ojos)</i>	63
<i>amoxicilina, cápsulas orales</i>	25	ARISTADA INITIO.....	39	<i>azatioprina, comprimidos orales, 50 mg</i>	27
<i>amoxicilina-clavulanato de pot., comprimidos orales</i>	25	ARNUIITY ELLIPTA.....	65	<i>azatioprina sódica</i>	27
<i>amoxicilina-clavulanato de pot., comprimidos orales, liberación prolongada, 12 horas</i>	25	ARRANON.....	27	<i>azelastina nasal</i>	50
<i>amoxicilina-clavulanato de pot., comprimidos orales masticables</i>	25	ARZERRA.....	27	<i>azitromicina, comprimidos orales</i> ...	23
<i>amoxicilina-clavulanato de pot., suspensión oral para reconstitución</i> ..	25	<i>ashlyna</i>	60	<i>azitromicina intravenosa</i>	23
<i>amoxicilina, comprimidos orales</i>	25	<i>atazanavir, cápsulas orales, 150 mg, 300 mg</i>	20	<i>azitromicina, paquete oral</i>	23
<i>amoxicilina, comprimidos orales masticables, 125 mg, 250 mg</i>	25	<i>atazanavir, cápsulas orales, 200 mg</i> ..	20	<i>azitromicina, suspensión oral para reconstitución</i>	23
<i>amoxicilina, suspensión oral para reconstitución</i>	25	<i>atenolol</i>	43	AZOPT.....	63
<i>ampicilina, cápsulas orales, 500 mg</i> ..	25	<i>atenolol-clortalidona</i>	43	<i>aztreonam</i>	24
<i>ampicilina sódica</i>	25	ATGAM.....	57	<i>azurette (28)</i>	60
<i>ampicilina-sulbactam</i>	25	<i>atomoxetina, cápsulas orales, 10 mg, 18 mg, 25 mg, 40 mg</i>	39		
<i>anagrelida</i>	49	<i>atomoxetina, cápsulas orales, 100 mg, 60 mg, 80 mg</i>	39	B	
<i>anastrozol</i>	27	<i>atorvastatina</i>	46	<i>bacitracina intramuscular</i>	24
<i>anfotericina b</i>	20	<i>atovacuna</i>	23	<i>bacitracina oftálmica (ojos)</i>	63
ANORO ELLIPTA.....	65	<i>atovacuna-proguanil</i>	24	<i>bacitracina-polimixina b-oftálmica (ojos)</i>	63
		ATRIPLA.....	20	<i>baclofeno oral</i>	37
		<i>atropina, gotas oftálmicas (ojos)</i>	63	<i>balsalazida</i>	55
		ATROVENT HFA.....	65	BALVERSA.....	27
				<i>balziva (28)</i>	60

Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
BANZEL	34	BLEPHAMIDE S.O.P.	63	<i>budesonida, suspensión para inhalación para nebulización, 1 mg/2 ml</i>	65
BAQSIMI.	51	BLINCYTO, KIT INTRAVENOSO ..	27	<i>bumetanida, comprimidos orales, 0.5 mg, 1 mg</i>	43
BARACLUDE, SOLUCIÓN ORAL ..	20	<i>blisovi 24 fe</i>	60	<i>bumetanida, comprimidos orales, 2 mg</i>	43
BAVENCIO.	27	<i>blisovi fe 1.5/30 (28)</i>	60	<i>bumetanida inyectable</i>	43
BCG (PF), VACUNA CON VIRUS VIVOS	57	<i>blisovi fe 1/20 (28)</i>	60	<i>buprenorfina-naloxona, comprimidos sublinguales, 2-0.5 mg</i> ..	38
BD, AGUJA PARA LAPICERA	51	BOOSTRIX TDAP	57	<i>buprenorfina-naloxona, comprimidos sublinguales, 8-2 mg</i> ..	38
BELEODAQ.	27	BORTEZOMIB	27	<i>buprenorfina-naloxona, película sublingual, 2-0.5 mg</i>	38
<i>benazepril</i>	43	BOSULIF, COMPRIMIDOS ORALES, 100 MG	27	<i>buprenorfina-naloxona, película sublingual, 4-1 mg, 8-2 mg</i>	38
<i>benazepril-hidroclorotiazida</i>	43	BOSULIF, COMPRIMIDOS ORALES, 400 MG, 500 MG	27	<i>buprenorfina-naloxona, película sublingual, 12-3 mg</i>	38
BENDEKA	27	BOTOX	57	<i>buspirona</i>	39
BENLYSTA.	58	BRAFTOVI, CÁPSULAS ORALES, 75 MG	27	<i>busulfán</i>	27
<i>benzatropina inyectable</i>	35	BREO ELLIPTA	65	<i>butirato de hidrocortisona, crema tópica</i>	49
<i>benzatropina oral</i>	36	<i>briellyn</i>	60	<i>butirato de hidrocortisona-emoliente</i>	49
BESIVANCE	63	BRILINTA	45	<i>butirato de hidrocortisona, pomada tópica</i>	49
BESPONSA.	27	<i>brimonidina, gotas oftálmicas (ojos), 0.2%</i>	64	<i>butorfanol nasal</i>	38
<i>betametasona, crema tópica aumentada</i>	48	<i>brimonidina, gotas oftálmicas (ojos), 0.15%</i>	64	BYDUREON BCISE	51
<i>betametasona, gel tópico aumentado</i>	48	BRINZOLAMIDA	63	BYSTOLIC	43
<i>betametasona, loción tópica aumentada</i>	48	BRIVIACT, COMPRIMIDOS ORALES	34		
<i>betametasona, pomada tópica aumentada</i>	48	BRIVIACT INTRAVENOSO	34		
BETASERON, KIT PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA	57	BRIVIACT, SOLUCIÓN ORAL	34		
<i>betaxolol oral</i>	43	<i>bromocriptina</i>	36		
<i>bexaroteno</i>	27	<i>bromuro de ipratropio nasal</i>	50		
BEXSERO	57	<i>bromuro de ipratropio para inhalar</i> ..	65		
<i>bicalutamida</i>	27	<i>bromuro de piridostigmina, comprimidos orales, 60 mg</i>	37		
<i>bicarbonato de sodio, jeringa intravenosa, 10 meq/10 ml (8.4%), 7.5% (0.9 meq/ml), 8.4% (1 meq/ml)</i>	67	<i>bromuro de piridostigmina, comprimidos orales, liberación prolongada</i>	37		
BICILLIN L-A.	25	<i>bromuro de piridostigmina, jarabe oral</i>	37		
BIDIL	43	BRUKINSA	27		
BIKTARVY	20	<i>budesonida oral</i>	55		
BINOSTO.	58	<i>budesonida, suspensión para inhalación para nebulización, 0.25 mg/2 ml, 0.5 mg/2 ml</i>	65		
<i>bisoprolol-hidroclorotiazida</i>	43				
BLENREP	27				
<i>bleomicina</i>	27				
BLEPHAMIDE.	63				

C

CABENUVA.	20
<i>cabergolina</i>	54
CABOMETYX, COMPRIMIDOS ORALES, 20 MG, 60 MG	27
CABOMETYX, COMPRIMIDOS ORALES, 40 MG	27
<i>calcipotrieno, crema tópica</i>	46
<i>calcipotrieno, cuero cabelludo</i>	46
<i>calcipotrieno, pomada tópica</i>	46
<i>calcitonina (salmón), nasal</i>	54
<i>calcitriol oral</i>	54

Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
<i>calcitriol, solución intravenosa, 1 mcg/ml</i>	54	<i>carmustina</i>	28	<i>cefepodoxima</i>	23
CALQUENCE	27	<i>carteolol</i>	63	<i>cefprozilo</i>	23
<i>camila</i>	59	<i>cartia xt</i>	43	<i>ceftazidima</i>	23
<i>camrese</i>	60	<i>carvedilol</i>	43	CEFTAZIDIME IN D5W	23
<i>camrese lo</i>	60	<i>casprofungina</i>	20	<i>ceftriaxona en dextrosa, iso-osm.</i> ...	23
<i>candesartán, comprimidos orales, 16 mg, 4 mg, 8 mg</i>	43	CAYSTON	24	<i>ceftriaxona intravenosa</i>	23
<i>candesartán, comprimidos orales, 32 mg</i>	43	<i>caziant (28)</i>	60	<i>ceftriaxona, sol. para reconst. inject., 1 gramo, 10 gramos, 2 gramos, 250 mg, 500 mg</i>	23
<i>candesartán-hidroclorotiazida</i>	43	<i>cefaclor, cápsulas orales</i>	22	CEFTRIAZONE, SOL. PARA RECONST. INJECT., 100 GRAMOS	23
CAPLYTA	39	<i>cefaclor, suspensión oral para reconstitución, 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml, 375 mg/5 ml</i>	22	<i>cefuroxima axetilo, comprimidos orales</i>	23
CAPRELSA, COMPRIMIDOS ORALES, 100 MG	27	<i>cefadroxilo, cápsulas orales</i>	22	<i>cefuroxima sódica intravenosa</i>	23
CAPRELSA, COMPRIMIDOS ORALES, 300 MG	28	<i>cefadroxilo, comprimidos orales</i>	22	<i>cefuroxima sódica, sol. para reconst. inject., 750 mg</i>	23
<i>caproato de hidroxiprogesterona</i> ...	59	<i>cefadroxilo, suspensión oral para reconstitución, 250 mg/5 ml, 500 mg/5 ml</i>	22	<i>celecoxib</i>	38
<i>captopril</i>	43	<i>cefalexina, cápsulas orales, 250 mg, 500 mg</i>	23	CELONTIN, CÁPSULAS ORALES, 300 MG	34
<i>captopril-hidroclorotiazida</i>	43	<i>cefalexina, suspensión oral para reconstitución</i>	23	CEREZYME, SOL. PARA RECONST. INTRAVENOSA, 400 UNIDADES	54
CARBAGLU	49	<i>cefazolina en dextrosa (iso-osm.), infusión secundaria intravenosa, 1 gramo/50 ml, 2 gramos/50 ml</i>	23	CHANTIX	50
<i>carbamazepina, cápsulas orales, liberación prolongada, multifásica, 12 horas</i>	34	<i>cefazolina intravenosa</i>	23	CHANTIX, PAQUETE MENSUAL DE CONTINUACIÓN ...	50
<i>carbamazepina, comprimidos orales</i>	34	<i>cefazolina, sol. para reconst. inject., 1 g, 10 g, 100 g, 300 g, 500 mg</i>	23	CHANTIX, PAQUETE MENSUAL INICIAL	50
<i>carbamazepina, comprimidos orales, liberación prolongada, 12 horas</i>	34	CEFAZOLIN EN DEXTROSA (ISO-OSM.), INFUSIÓN SECUNDARIA INTRAVENOSA, 2 GRAMOS/100 ML	23	<i>charlotte 24 fe</i>	60
<i>carbamazepina, comprimidos orales masticables</i>	34	<i>cefdinir</i>	23	<i>chateal (28)</i>	60
<i>carbamazepina, suspensión oral, 100 mg/5 ml, 200 mg/10 ml</i> ...	34	<i>cefepima en dextrosa, iso-osm.</i>	23	<i>chateal eq (28)</i>	60
<i>carbidopa</i>	36	<i>cefepima inyectable</i>	23	CHEMET	49
<i>carbidopa-levodopa, comprimidos de desintegración oral</i>	36	CEFEPIME EN DEXTROSA 5%	23	<i>chlorpromazine</i>	39
<i>carbidopa-levodopa, comprimidos orales</i>	36	CEFEPIME, INTRAVENOSO	23	CHORIONIC GONADOTROPIN, HUMANA INTRAMUSCULAR	54
<i>carbidopa-levodopa, comprimidos orales, liberación prolongada</i>	36	<i>cefixima</i>	23	<i>ciclobenzaprina, comprimidos orales, 10 mg, 5 mg</i>	37
<i>carbonato de litio</i>	41	<i>ceflaclor, comprimidos orales, liberación prolongada, 12 horas</i>	22	<i>ciclodan, solución tópica</i>	48
<i>carbonato de sevelámero, comprimidos orales</i>	50	CEFOTETAN EN DEXTROSA, ISO-OSM.	23	<i>ciclofosfamida oral</i>	28
<i>carbonato de sevelámero, paquete de polvo oral</i>	50	<i>cefotetan inyectable</i>	23	<i>ciclofosfamida, sol. para reconst. intravenosa</i>	28
<i>carboplatino, solución intravenosa</i> ..	28	<i>cefoxitina</i>	23	<i>ciclopirox, champú tópico</i>	48
		<i>cefoxitina en dextrosa, iso-osm.</i>	23	<i>ciclopirox, crema tópica</i>	48

Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
<i>ciclopirox, solución tópica</i>	48	CLINIMIX 4.25%/D10W, SIN SULFITOS	67	<i>clorhidrato de bupropión (agente para dejar de fumar)</i>	50
<i>ciclopirox, suspensión tópica</i>	48	CLINIMIX 5%/D15W, SIN SULFITOS	67	<i>clorhidrato de bupropión, comprimidos orales, 75 mg</i>	39
<i>ciclosporina, cápsulas orales</i>	28	CLINIMIX 5%-D20W (SIN SULFITOS)	67	<i>clorhidrato de bupropión, comprimidos orales, 100 mg</i>	39
<i>ciclosporina intravenosa</i>	28	CLINIMIX 6%-D5W (SIN SULFITOS)	67	<i>clorhidrato de bupropión, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas, 150 mg</i>	39
<i>ciclosporina modificada</i>	28	CLINIMIX 8%-D10W (SIN SULFITOS)	67	<i>clorhidrato de bupropión, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas, 300 mg</i>	39
<i>cilostazol</i>	45	CLINIMIX 8%-D14W (SIN SULFITOS)	67	<i>clorhidrato de bupropión, comprimidos orales, liberación sostenida, 12 horas</i>	39
CILOXAN, POMADA OFTÁLMICA (OJOS)	63	CLINIMIX E 4.25%/D10W, SIN SULFITOS	67	<i>clorhidrato de ciprofloxacina, comprimidos orales, 100 mg</i>	26
CIMDUO	20	CLINISOL SF 15%	67	<i>clorhidrato de ciprofloxacina, comprimidos orales, 250 mg, 500 mg, 750 mg</i>	26
<i>cimetidina</i>	57	<i>clobazam, comprimidos orales</i>	34	<i>clorhidrato de ciprofloxacina oftálmico (ojos)</i>	63
<i>cinacalcet, comprimidos orales, 30 mg, 60 mg</i>	54	<i>clobazam, suspensión oral</i>	34	<i>clorhidrato de clindamicina</i>	24
<i>cinacalcet, comprimidos orales, 90 mg</i>	54	<i>clofarabina</i>	28	<i>clorhidrato de clonidina, comprimidos orales</i>	43
<i>cipionato de testosterona, aceite intramuscular, 100 mg/ml, 200 mg/ml, 200 mg/ml (1 ml)</i>	55	<i>clomipramina</i>	39	<i>clorhidrato de difenhidramina, solución inyectable, 50 mg/ml</i>	64
CIPRODEX	51	<i>clonazepam, comprimidos de desintegración oral, 0.125 mg, 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg</i>	34	<i>clorhidrato de diltiazem, cápsulas orales, liberación prolongada, 12 horas</i>	43
<i>ciprofloxacina-dexametasona</i>	51	<i>clonazepam, comprimidos de desintegración oral, 2 mg</i>	34	<i>clorhidrato de diltiazem, cápsulas orales, liberación prolongada, 24 horas, 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg</i>	43
<i>ciprofloxacina en dextrosa al 5%</i>	26	<i>clonazepam, comprimidos orales, 0.5 mg, 1 mg</i>	34	<i>clorhidrato de diltiazem, cápsulas orales, liberación prolongada, 24 horas, 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg, 420 mg</i>	43
CIPRO, RECONST. DE MICROCÁPSULAS PARA SUSPENSIÓN ORAL	26	<i>clonazepam, comprimidos orales, 2 mg</i>	34	<i>clorhidrato de diltiazem, cápsulas orales, liberación prolongada, 24 horas, degradable</i>	43
<i>cisplatino, solución intravenosa</i>	28	<i>clonidina</i>	43	<i>clorhidrato de diltiazem, comprimidos orales</i>	43
<i>citalopram, comprimidos orales</i>	39	<i>clopidogrel, comprimidos orales, 75 mg</i>	45	<i>clorhidrato de diltiazem, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas</i>	43
<i>citalopram, solución oral</i>	39	<i>clopidogrel, comprimidos orales, 300 mg</i>	45	<i>clorhidrato de diltiazem, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas</i>	43
<i>cítarabina</i>	28	<i>clorazepato dipotásico, comprimidos orales, 3.75 mg</i>	39		
<i>cítarabina (pf)</i>	28	<i>clorazepato dipotásico, comprimidos orales, 7.5 mg</i>	39		
<i>citrato de fentanilo, pastilla bucal con aplicador</i>	37	<i>clorazepato dipotásico, comprimidos orales, 15 mg</i>	39		
<i>citrato de potasio</i>	66	<i>clorhidrato de amantadina</i>	20		
<i>cladribina</i>	28	<i>clorhidrato de buprenorfina, inyectable</i>	37		
<i>claravis</i>	47	<i>clorhidrato de buprenorfina sublingual</i>	37		
<i>claritromicina</i>	23				
<i>clindamicina en dextrosa al 5%</i>	24				
<i>clindamicina pediátrica</i>	24				
CLINDAMYCIN EN CLORURO DE SODIO AL 0.9%	24				
CLINDAMYCIN PHOSPHATE, GEL TÓPICO, UNA VEZ AL DÍA	47				
CLINIMIX, 4.25%/D5W, SIN SULFITOS	49				

Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
clorhidrato de diltiazem intravenoso.	43	clorhidrato de ondansetrón intravenoso	56	cloruro de potasio en nacl al 0.9%, solución parenteral intravenosa, 20 meq/l, 40 meq/l	67
clorhidrato de flufenazina, comprimidos orales	40	clorhidrato de ondansetrón (pf)	56	cloruro de potasio intravenoso.	67
clorhidrato de flufenazina, concentrado oral	40	clorhidrato de paroxetina, comprimidos orales	41	cloruro de potasio, líquido oral.	67
clorhidrato de flufenazina, elixir oral	40	clorhidrato de paroxetina, suspensión oral	41	cloruro de potasio-nacl al 0.45%.	67
clorhidrato de flufenazina inyectable	40	clorhidrato de pilocarpina, gotas oftálmicas (ojos), 1%, 2%, 4%	63	cloruro de potasio, paquete oral	67
clorhidrato de granisetron oral	56	clorhidrato de pilocarpina oral	50	cloruro de sodio al 0.9%, intravenoso	50
clorhidrato de hidroxizina, comprimidos orales	64	clorhidrato de selegilina	36	cloruro de sodio al 0.45%, solución parenteral intravenosa.	67
clorhidrato de imipramina	41	clorhidrato de terbinafina oral	20	cloruro de sodio al 3%	67
clorhidrato de lidocaína, gel para membrana mucosa	47	clorhidrato de ziprasidona	42	cloruro de sodio al 5%	67
clorhidrato de lidocaína, gel para membrana mucosa en aplicador	47	clorotiazida sódica	43	cloruro de sodio intravenoso	67
clorhidrato de lidocaína, laringotraqueal	47	clorpromazina, comprimidos orales	39	cloruro de sodio para irrigación	50
clorhidrato de lidocaína, solución inyectable	47	clortalidona, comprimidos orales, 25 mg, 50 mg	43	clotrimazol-betametasona, crema tópica	48
clorhidrato de lidocaína, solución para membrana mucosa, 2%	47	cloruro de betanecol	66	clotrimazol-betametasona, loción tópica	48
clorhidrato de lidocaína, solución para membrana mucosa, 4% (40 mg/ml)	47	cloruro de oxibutinina, comprimidos orales	66	clotrimazol, crema tópica	48
clorhidrato de melfalán	30	cloruro de oxibutinina, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas	66	clotrimazol, membrana mucosa	20
clorhidrato de metilfenidato, comprimidos orales	41	cloruro de oxibutinina, jarabe oral	66	clotrimazol, solución tópica	48
clorhidrato de metilfenidato, comprimidos orales, liberación prolongada	41	cloruro de potasio, cápsulas orales, liberación prolongada	67	clozapina, comprimidos de desintegración oral	40
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)	41	cloruro de potasio, comprimidos orales, liberación prolongada	67	clozapina, comprimidos orales, 25 mg, 50 mg	40
clorhidrato de metoclopramida, comprimidos orales	56	cloruro de potasio, comprimidos orales, liberación prolongada, partículas/cristales	67	clozapina, comprimidos orales, 100 mg, 200 mg	39
clorhidrato de metoclopramida, solución oral	56	cloruro de potasio-d5-nacl al 0.2%, solución parenteral intravenosa, 30 meq/l, 40 meq/l	67	COARTEM	24
clorhidrato de ondansetrón, comprimidos orales	56	cloruro de potasio en agua, infusión secundaria intravenosa	67	colchicina, comprimidos orales	58
		cloruro de potasio en d5-nacl al 0.45%, solución parenteral intravenosa, 30 meq/l	67	colestipol, comprimidos orales	46
		cloruro de potasio en dext. al 5%, solución parenteral intravenosa, 20 meq/l, 30 meq/l, 40 meq/l	67	colestipol, gránulos orales	46
		cloruro de potasio en lr-d5, solución parenteral intravenosa, 20 meq/l	67	colestipol, paquete oral	46
				colestiramina (con azúcar)	46
				colestiramina suave	46
				colistina (colistimetato sódico)	24
				COMBIGAN	63
				COMBIVENT RESPIMAT	65
				COMETRIQ, CÁPSULAS ORALES, 60 MG/DÍA (20 MG X 3/DÍA)	28

Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
COMETRIQ, CÁPSULAS ORALES, 100 MG/DÍA (80 MG X 1-20 MG X 1).....	28	<i>d</i> al 5% y cloruro de sodio al 0.9% . . . 49		<i>desmopresina</i> , rociador nasal con bomba	54
COMETRIQ, CÁPSULAS ORALES, 140 MG/DÍA (80 MG X 1-20 MG X 3).....	28	<i>d</i> al 10%-cloruro de sodio al 0.45% . 49		<i>desmopresina</i> , rociador nasal no aerosol, 10 mcg/aplicación (0.1 ml) . 54	
COMPLERA	20	<i>dalfampridina</i>	36	<i>desog-e.estradiol/e.estradiol</i>	60
<i>compro</i>	55	DALIRESP	65	<i>desogestrel-etinilestradiol</i>	60
<i>constulosa</i>	55	<i>danazol</i>	54	<i>desoximetasona</i> , crema tópica	48
COPAXONE, JERINGA SUBCUTÁNEA, 20 MG/ML	36	<i>dantroleno oral</i>	37	<i>desoximetasona</i> , gel tópico	48
COPAXONE, JERINGA SUBCUTÁNEA, 40 MG/ML	36	DANYELZA	28	<i>desoximetasona</i> , pomada tópica . . . 49	
COPIKTRA	28	<i>dapsona oral</i>	24	<i>dexametasona</i> , comprimidos orales . 51	
CORLANOR, COMPRIMIDOS ORALES	46	DAPTACEL (DTAP PEDIÁTRICA) (PF)	57	<i>dexametasona</i> , elixir oral	51
CORTIFOAM	55	<i>daptomicina</i> , sol. para reconst. intravenosa, 500 mg	24	<i>dexametasona</i> , intensol	51
COTELIC	28	DAPTOMYCIN, SOL. PARA RECONST. INTRAVENOSA, 350 MG	24	<i>dexametasona</i> , solución oral	51
CREON	56	DARZALEX	28	DEXILANT	57
CRESEMBA ORAL	20	DARZALEX FASPRO	28	<i>dexmetilfenidato</i> , comprimidos orales	40
<i>cromoglicato oftálmico (ojos)</i>	63	<i>dasetta</i> 1/35 (28)	60	<i>dextroanfetamina-anfetamina</i> , cápsulas orales, liberación prolongada, 24 horas	40
<i>cromoglicato oral</i>	56	<i>dasetta</i> 7/7/7 (28)	60	<i>dextroanfetamina-anfetamina</i> , comprimidos orales, 5 mg	40
<i>cromoglicato para inhalar</i>	65	<i>daunorrubicina</i> , solución intravenosa	28	<i>dextroanfetamina-anfetamina</i> , comprimidos orales, 10 mg	40
<i>cryselle</i> (28)	60	DAURISMO, COMPRIMIDOS ORALES, 25 MG	28	<i>dextroanfetamina-anfetamina</i> , comprimidos orales, 12.5 mg, 30 mg, 7.5 mg	40
<i>cyclafem</i> 1/35 (28)	60	DAURISMO, COMPRIMIDOS ORALES, 100 MG	28	<i>dextroanfetamina-anfetamina</i> , comprimidos orales, 15 mg	40
<i>cyclafem</i> 7/7/7 (28)	60	<i>daysee</i>	60	<i>dextroanfetamina-anfetamina</i> , comprimidos orales, 20 mg	40
CYCLOPHOSPHAMIDE, SOLUCIÓN INTRAVENOSA	28	<i>deblitane</i>	59	<i>dextroanfetamina</i> , cápsulas orales, liberación prolongada	40
CYCLOSERINE	24	<i>decanoato de flufenazina</i>	40	<i>dextroanfetamina</i> , comprimidos orales	40
CYRAMZA	28	<i>decanoato de haloperidol</i>	41	<i>dextrosa</i> al 5%-cloruro de sodio al 0.2%	50
<i>cyred</i>	60	<i>decitabina</i>	28	<i>dextrosa</i> al 5%-cloruro de sodio al 0.3%	50
<i>cyred eq</i>	60	<i>deferasirox</i> , comprimidos orales . . . 49		<i>dextrosa</i> al 5% en agua (d5w), infusión secundaria intravenosa . . . 50	
CYSTADANE	56	DELSTRIGO	20	<i>dextrosa</i> al 5%-solución de lactato sódico compuesta	50
CYSTAGON	66	DEMSEER	43	<i>dextrosa</i> al 10% y nacl al 0.2%	49
CYSTARAN	63	DENAVIR	48		
D		DEPEN TITRATABS	58		
<i>dacarbazina</i>	28	DEPO-MEDROL	51		
<i>dactinomycin</i>	28	DESCOVY	20		
<i>d</i> al 2.5%-cloruro de sodio al 0.45% . 49		<i>desipramina</i>	40		
<i>d</i> al 5%-cloruro de sodio al 0.45% . . 49		<i>desloratadina</i> , comprimidos orales . 64			
		<i>desmopresina</i> inyectable	54		
		<i>desmopresina oral</i>	54		

Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA	
dextrosa al 25% en agua (d25w) ...	49	difluprednato	64	donepezilo, comprimidos de desintegración oral, 10 mg	36	
dextrosa al 30% en agua (d30w) ...	49	digitek	46	donepezilo, comprimidos orales, 5 mg.....	36	
dextrosa al 50% en agua (d50w) ...	50	digox	46	donepezilo, comprimidos orales, 10 mg	36	
dextrosa al 70% en agua (d70w) ...	50	digoxina, oral.....	46	dorzolamida.....	64	
DEXTROSE 5% IN WATER (D5W), SOLUCIÓN PARENTERAL INTRAVENOSA	50	dihidroergotamina nasal	36	dorzolamida-timolol.....	64	
DEXTROSE AL 10% EN AGUA (D10W)	49	DILANTIN, 30 MG	34	DOTTI	59	
DIACOMIT, CÁPSULAS ORALES, 250 MG.....	34	dilt-xr	43	DOVATO.....	20	
DIACOMIT, CÁPSULAS ORALES, 500 MG.....	34	dimetilfumarato, cápsulas orales, liberación retardada (dr/ec), 120 mg	36	doxazosina, comprimidos orales, 1 mg, 2 mg, 4 mg.....	43	
DIACOMIT, PAQUETE DE POLVO ORAL, 250 MG	34	dimetilfumarato, cápsulas orales, liberación retardada (dr/ec), 120 mg (14), 240 mg (46)...	36	doxazosina, comprimidos orales, 8 mg.....	43	
DIACOMIT, PAQUETE DE POLVO ORAL, 500 MG	34	dimetilfumarato, cápsulas orales, liberación retardada (dr/ec), 240 mg	36	doxepina, cápsulas orales.....	40	
diazepam, comprimidos orales	40	dinitrato de isosorbida, comprimidos orales	46	doxepina, concentrado oral	40	
diazepam, concentrado oral	40	dipiridamol oral.....	45	doxercalciferol	54	
diazepam, intensol.....	40	dipropionato de betametasona	48	doxiciclina-100	26	
diazepam inyectable	40	disoproxilo de efavirenz- lamivudina-tenofovir, comprimidos orales, 400-300-300 mg.....	20	doxorubicina, liposomal pegilada ..	28	
DIAZEPAM RECTAL.....	34	disoproxilo de efavirenz- lamivudina-tenofovir, comprimidos orales, 600-300-300 mg.....	20	doxorubicina, solución intravenosa	28	
diazepam, solución oral, 5 mg/5 ml (1 mg/ml)	40	disulfiram	50	doxorubicin	28	
diazoxida	51	divalproex, cápsulas orales con gránulos, lib. retardada	34	DRIZALMA, CÁPSULAS ORALES CON GRÁNULOS, LIB. RETARDADA, 20 MG, 30 MG, 60 MG	40	
diciclomina, cápsulas orales.....	55	divalproex, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas	34	DRIZALMA, CÁPSULAS ORALES CON GRÁNULOS, LIB. RETARDADA, 40 MG	40	
diciclomina, comprimidos orales	55	divalproex, comprimidos orales, liberación retardada (dr/ec).....	34	dronabinol	56	
diciclomina, solución oral.....	55	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)	28	drospirenona-e.estradiol-lm.fa	60	
diclofenaco potásico, comprimidos orales, 50 mg.....	38	dofetilida	42	drospirenona-etinilestradiol	60	
diclofenaco sódico, gel tópico al 1%	38	dolishale	60	DROXIA	28	
diclofenaco sódico oftálmico (ojos) ..	63	donepezilo, comprimidos de desintegración oral, 5 mg	36	droxidopa, cápsulas orales, 100 mg	50	
diclofenaco sódico oral.....	38			droxidopa, cápsulas orales, 200 mg, 300 mg.....	50	
dicloxacilina.....	25			DUAVEE.....	59	
didanosina, cápsulas orales, liberación retardada (dr/ec), 250 mg, 400 mg.....	20			duloxetine, cápsulas orales, liberación retardada (dr/ec), 20 mg, 30 mg, 60 mg	40	
difenoxilato-atropina	55			DUPIXENT, LAPICERA PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA, 200 MG/1.14 ML	47	
DIFICID, COMPRIMIDOS ORALES	23					
DIFICID, SUSPENSIÓN ORAL PARA RECONSTITUCIÓN.....	23					
diflunisal	38					

Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
DUPIXENT, LAPICERA PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA, 300 MG/2 ML	47	ENBREL, JERINGA SUBCUTÁNEA	58	eritromicina oftálmica (ojos)	63
DUREZOL	64	ENBREL MINI	58	eritromicina, paños	47
<i>dutasterida</i>	66	ENBREL, SOL. PARA RECONST. SUBCUTÁNEA	58	eritromicina-peróxido de benzoílo	48
E		ENBREL, SOLUCIÓN SUBCUTÁNEA	58	ERIVEDGE	28
<i>ec-naproxeno</i>	38	ENBREL SURECLICK	58	ERLEADA	28
<i>econazol</i>	48	<i>endocet</i>	37	<i>erlotinib, comprimidos orales, 25 mg</i>	28
EDARBI	43	ENERGIX-B (PF), JERINGA INTRAMUSCULAR	57	<i>erlotinib, comprimidos orales, 100 mg, 150 mg</i>	28
EDARBYCLOR	43	ENERGIX-B (PF), USO PEDIÁTRICO	57	<i>errin</i>	59
<i>edisilato de proclorperazina</i>	56	ENHERTU	28	<i>ertapenem</i>	24
EDURANT	20	<i>enoxaparina</i>	45	ERYTHROCIN, SOL. PARA RECONST. INTRAVENOSA, 500 MG	23
<i>efavirenz, cápsulas orales, 50 mg</i>	20	<i>enpresse</i>	60	ESBRIET, CÁPSULAS ORALES	65
<i>efavirenz, cápsulas orales, 200 mg</i>	20	<i>enskyce</i>	60	ESBRIET, COMPRIMIDOS ORALES, 267 MG	65
<i>efavirenz, comprimidos orales</i>	20	<i>entacapona</i>	36	ESBRIET, COMPRIMIDOS ORALES, 801 MG	65
<i>efavirenz-emtricitabina-tenofovir</i>	20	<i>entecavir</i>	21	<i>escopolamina base</i>	56
ELAPRASE	54	ENTRESTO	46	<i>espirolactona</i>	44
<i>electrolitos-48 en d5w</i>	67	<i>enulosa</i>	56	<i>espirolactona-hidroclorotiazida</i>	44
<i>elinest</i>	60	ENVARISUS XR	28	<i>estaryl</i>	60
ELIQUIS	45	EPCLUSA, COMPRIMIDOS ORALES	21	<i>estavudina, cápsulas orales</i>	22
ELIQUIS, TRATAMIENTO INICIAL PARA TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA/EMBOLIA PULMONAR, 30 DÍAS	45	EPIDIOLEX	34	<i>estradiol, comprimidos vaginales</i>	59
ELLENCÉ	28	<i>epinastina</i>	63	<i>estradiol oral</i>	59
ELMIRON	66	<i>epinefrina, autoinyector para inyección</i>	64	<i>estradiol, parche transdérmico quincenal</i>	59
ELZONRIS	28	<i>epinefrina, solución inyectable, 1 mg/ml</i>	64	<i>estradiol, parche transdérmico semanal</i>	59
EMCYT	28	<i>epirubicina, solución intravenosa</i>	28	<i>estreptomina</i>	25
EMEND, SUSPENSIÓN ORAL PARA RECONSTITUCIÓN	56	<i>epitol</i>	34	<i>etacrinato sódico</i>	43
<i>emoquette</i>	60	EPIVIR HBV, SOLUCIÓN ORAL	21	<i>etambutol</i>	24
EMPLICITI	28	ERBITUX	28	<i>etilsuccinato de eritromicina, suspensión oral para reconstitución, 200 mg/5 ml</i>	23
EMSAM	40	<i>ergotamina-cafeína</i>	36	<i>etidolol</i>	60
<i>emtricitabina</i>	21	<i>eritrocina (como estearato), comprimidos orales, 250 mg</i>	23	<i>etodolaco</i>	38
<i>emtricitabina-tenofovir (tdf)</i>	21	<i>eritromicina, cápsulas orales, liberación retardada (dr/ec)</i>	23	ETOPOPHOS	28
EMTRIVA, CÁPSULAS ORALES	21	<i>eritromicina, comprimidos orales</i>	23	<i>etopósido intravenoso</i>	28
EMTRIVA, SOLUCIÓN ORAL	21	<i>eritromicina con etanol, gel tópico</i>	48	<i>etosuximida</i>	34
EMVERM	24	<i>eritromicina con etanol, solución tópica</i>	48	<i>etravirina</i>	21
<i>enalapril-hidroclorotiazida</i>	43				
<i>enantato de testosterona</i>	55				

Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
EUTHYROX.....	55	<i>fenobarbital</i> sódico, solución inyectable	35	<i>floxuridina</i>	29
<i>everolimus</i> (antineoplásico), comprimidos orales.....	28	<i>fenofibrato</i> , cápsulas orales micronizadas, 134 mg, 200 mg, 67 mg	46	<i>flucitosina</i>	20
<i>everolimus</i> (inmunodepresor), comprimidos orales, 0.5 mg	29	<i>fenofibrato</i> , comprimidos orales, 160 mg, 54 mg	46	<i>fluconazol</i> , comprimidos orales.....	20
<i>everolimus</i> (inmunodepresor), comprimidos orales, 0.25 mg, 0.75 mg.....	28	<i>fenofibrato</i> , comprimidos orales nanocristalizados, 145 mg, 48 mg ..	46	<i>fluconazol</i> en nacl (iso-osm.)	20
EVOMELA	29	<i>fentanilo</i> , parche transdérmico, 72 horas, 100 mcg/h, 12 mcg/h, 25 mcg/h, 50 mcg/h, 75 mcg/h	37	<i>fluconazol</i> , suspensión oral para reconstitución	20
EVOTAZ	21	FETZIMA, CÁPSULAS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA, 24 HORAS	40	<i>fludarabina</i>	29
<i>exemestano</i>	29	FETZIMA, CÁPSULAS ORALES, LIB. PROL., 24 HORAS, PAQUETE DOSIFICADO	40	<i>fludrocortisona</i>	51
EXKIVITY.....	29	<i>finasterida</i> , comprimidos orales, 5 mg	66	<i>flunisolid</i> a	65
EYLEA.....	63	FINTEPLA	34	<i>fluocinolona</i>	49
<i>ezetimiba</i>	46	FIRMAGON, KIT CON JERINGA DILUYENTE	29	<i>fluocinolona</i> acetónida, aceite	51
F		FIRVANQ, SOL. PARA RECONST. INTRAVENOSA, 25 MG/ML	24	<i>fluocinolona</i> y gorra de baño	49
FABRAZYME	54	FIRVANQ, SOL. PARA RECONST. INTRAVENOSA, 50 MG/ML	24	<i>fluocinonida</i> , crema tópica, 0.05% ..	49
<i>falmina</i> (28)	60	<i>flac</i> , aceite ótico	51	<i>fluocinonida</i> , gel tópico.....	49
<i>famciclovir</i>	21	<i>flecainida</i>	42	<i>fluocinonida</i> , pomada tópica.....	49
<i>famotidina</i> , comprimidos orales, 20 mg, 40 mg	57	FLOVENT DISKUS PARA INHALAR, BLÍSTER CON DISPOSITIVO, 100 MCG/ACTIVACIÓN, 50 MCG/ACTIVACIÓN	65	<i>fluocinonida</i> , solución tópica.....	49
<i>famotidina</i> , suspensión oral	57	FLOVENT DISKUS PARA INHALAR, BLÍSTER CON DISPOSITIVO, 250 MCG/ACTIVACIÓN.....	65	<i>fluorometolona</i>	64
FANAPT, COMPRIMIDOS ORALES ..	40	FLOVENT, INHALADOR EN AEROSOL DE HFA, 44 MCG/ACTIVACIÓN	65	<i>fluorouracilo</i> , crema tópica, 5%	47
FANAPT, COMPRIMIDOS ORALES, PAQUETE DOSIFICADO	40	FLOVENT, INHALADOR EN AEROSOL DE HFA, 110 MCG/ACTIVACIÓN.....	65	<i>fluorouracilo</i> intravenoso	29
FARYDAK	29	FLOVENT, INHALADOR EN AEROSOL DE HFA, 220 MCG/ACTIVACIÓN.....	65	<i>fluorouracilo</i> , solución tópica	47
<i>febuxostat</i>	58			<i>fluoruro</i> (de sodio), comprimidos orales.....	68
<i>felbamato</i>	34			<i>fluoruro</i> (de sodio), comprimidos orales masticables, 1 mg (2.2 mg de fluoruro de sodio).....	68
<i>felodipina</i>	43			<i>fluoxetina</i> , cápsulas orales, 10 mg ..	40
<i>feminor</i>	60			<i>fluoxetina</i> , cápsulas orales, 20 mg ..	40
<i>fenelzina</i>	42			<i>fluoxetina</i> , cápsulas orales, 40 mg ..	40
<i>fenilbutirato</i> sódico.....	50			<i>fluoxetina</i> , solución oral	40
<i>fenitoína</i> , comprimidos orales masticables.....	35			<i>flurbiprofeno</i> , comprimidos orales, 100 mg	38
<i>fenitoína</i> sódica, liberación prolongada	35			<i>flurbiprofeno</i> sódico.....	63
<i>fenitoína</i> sódica, solución intravenosa	35			<i>flutamida</i>	29
<i>fenitoína</i> , suspensión oral	35			<i>fluvoxamina</i> , comprimidos orales, 25 mg	41
<i>fenobarbital</i> , comprimidos orales ...	35			<i>fluvoxamina</i> , comprimidos orales, 50 mg	41
<i>fenobarbital</i> , elixir oral	35			<i>fluvoxamina</i> , comprimidos orales, 100 mg	40
				FOLOTYN	29
				<i>fomepizol</i>	57

Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
<i>fondaparinux, jeringa subcutánea, 2.5 mg/0.5 ml</i>	45	FUZEON, SOL. PARA RECONST. SUBCUTÁNEA	21	<i>gengraf</i>	29
<i>fondaparinux, jeringa subcutánea, 10 mg/0.8 ml, 5 mg/0.4 ml, 7.5 mg/0.6 ml</i>	45	FYCOMPA, COMPRIMIDOS ORALES, 2 MG, 4 MG, 6 MG	34	GENOTROPIN	57
<i>fosamprenavir</i>	21	FYCOMPA, COMPRIMIDOS ORALES, 10 MG, 12 MG, 8 MG	34	GENOTROPIN MINISQUICK	57
<i>fosfato de clindamicina, gel tópico</i>	47	FYCOMPA, SUSPENSIÓN ORAL	34	<i>gentak, pomada oftálmica (ojos)</i>	63
<i>fosfato de clindamicina inyectable</i>	24	G		<i>gentamicina, crema tópica</i>	48
<i>fosfato de clindamicina, loción tópica</i>	47	<i>gabapentina, cápsulas orales, 100 mg, 400 mg</i>	34	<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>	24
<i>fosfato de clindamicina, pañito tópico</i>	47	<i>gabapentina, cápsulas orales, 300 mg</i>	34	<i>gentamicina, gotas oftálmicas (ojos)</i>	63
<i>fosfato de clindamicina, solución intravenosa, 600 mg/4 ml</i>	24	<i>gabapentina, comprimidos orales, 600 mg</i>	34	<i>gentamicina, pomada tópica</i>	48
<i>fosfato de clindamicina, solución tópica</i>	47	<i>gabapentina, comprimidos orales, 800 mg</i>	34	<i>gentamicina, solución inyectable, 40 mg/ml</i>	24
<i>fosfato de clindamicina vaginal</i>	60	<i>gabapentina, solución oral</i>	34	GENTAMICIN IN NAACL (ISO-OSM.), INFUSIÓN SECUNDARIA INTRAVENOSA, 100 MG/50 ML, 120 MG/100 ML	24
<i>fosfato de cloroquina</i>	24	<i>galantamina, cápsulas orales, píldoras de lib. prol., 24 horas</i>	36	GENVOYA	21
<i>fosfato sódico de dexametasona oftálmico (ojos)</i>	64	<i>galantamina, comprimidos orales</i>	36	GILENYA, CÁPSULAS ORALES, 0.5 MG	36
<i>fosfato sódico de dexametasona (pf), solución inyectable</i>	51	<i>galantamina, solución oral</i>	36	GILOTRIF	29
<i>fosfato sódico de dexametasona, solución inyectable</i>	51	GAMUNEX-C	57	<i>glicopirronio, comprimidos orales, 1 mg, 2 mg</i>	55
<i>fosfato sódico de prednisolona oftálmico (ojos)</i>	64	GARDASIL 9 (PF)	57	<i>glicopirronio (pf) en agua, jeringa intravenosa, 0.4 mg/2 ml (0.2 mg/ml)</i>	55
<i>fosfato sódico de prednisolona, solución oral, 15 mg/5 ml (3 mg/ml), 15 mg/5 ml (5 ml), 25 mg/5 ml (5 mg/ml), 5 mg base/5 ml (6.7 mg/5 ml)</i>	51	GASAS, 2 X 2	51	<i>glimepirida, comprimidos orales, 1 mg</i>	51
<i>fosfenitoína</i>	34	GATTEX, VIAL DE 30	56	<i>glimepirida, comprimidos orales, 2 mg</i>	52
<i>fosinopril</i>	44	GATTEX, VIAL DE UNO	56	<i>glimepirida, comprimidos orales, 4 mg</i>	52
<i>fosinopril-hidroclorotiazida</i>	44	<i>gavilyte-c</i>	56	<i>glipizida, comprimidos orales, 5 mg</i>	52
FOTIVDA	29	<i>gavilyte-n</i>	56	<i>glipizida, comprimidos orales, 10 mg</i>	52
<i>fulvestrant</i>	29	GAVRETO	29	<i>glipizida, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas, 2.5 mg</i>	52
<i>fumarato de bisoprolol</i>	43	GAZYVA	29	<i>glipizida, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas, 5 mg</i>	52
<i>fumarato de disoproxilo de tenofovir</i>	22	<i>gemcitabina, sol. para reconst. intravenosa</i>	29	<i>glipizida, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas, 10 mg</i>	52
<i>fumarato de formoterol</i>	65	<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>	29		
<i>furosemida, comprimidos orales</i>	44	GEMCITABINE, SOLUCIÓN INTRAVENOSA, 100 MG/ML	29		
<i>furosemida inyectable</i>	44	<i>gemfibrozil</i>	46		
<i>furosemida, solución oral, 10 mg/ml, 40 mg/5 ml (8 mg/ml)</i>	44	<i>gemmily</i>	60		
		<i>generlac</i>	56		

Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
<i>glipizida-metformina, comprimidos orales, 2.5-250 mg</i>	52	HARVONI, PÍLDORAS DE ADMINISTRACIÓN ORAL EN PAQUETES, 45-200 MG.....	21	<i>hidrocortisona, loción tópica, 2.5%</i> ..	49
<i>glipizida-metformina, comprimidos orales, 2.5-500 mg, 5-500 mg</i>	52	HAVRIX (PF), JERINGA INTRAMUSCULAR.....	57	<i>hidrocortisona oral</i>	51
GLUCAGEN HYPOKIT.....	52	<i>heather</i>	59	<i>hidrocortisona, pomada tópica, 1%, 2.5%</i>	49
GLUCAGON (HCL), KIT DE EMERGENCIAS.....	52	<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>	45	<i>hidrocortisona rectal</i>	56
<i>gluconato de clorhexidina, membrana mucosa</i>	50	<i>heparina (porcina) en nacl al 0.45%, solución parenteral, intravenosa, 25,000 unidades/250 ml, 25,000 unidades/500 ml</i>	45	<i>hidromorfona, comprimidos orales</i> ..	37
GLYCOPYRROLATE (PF) IN WATER, INYECTABLE.....	55	<i>heparina (porcina) en nacl (pf)</i>	45	<i>hidromorfona, líquido oral</i>	37
<i>glydo</i>	47	<i>heparina, porcina (pf), jeringa inyectable, 5,000 unidades/0.5 ml</i> ..	45	<i>hidroxicloroquina, comprimidos orales, 200 mg</i>	24
GLYXAMBI.....	52	<i>heparina (porcina), solución inyectable</i>	45	<i>hidroxiurea</i>	29
GOCOVRI.....	36	HETLIOZ.....	41	<i>hipurato de metenamina</i>	26
<i>griseofulvina micronizada</i>	20	HIBERIX (PF).....	57	HIZENTRA.....	57
<i>griseofulvina ultramicronizada</i>	20	<i>hiclato de doxiciclina, cápsulas orales</i>	26	HUMALOG JUNIOR KWIKPEN U-100.....	52
GVOKE HYPOPEN, PAQUETE DE 1.....	52	<i>hiclato de doxiciclina, comprimidos orales, 100 mg, 20 mg</i>	26	HUMALOG KWIKPEN, INSULINA..	52
GVOKE HYPOPEN, PAQUETE DE 2.....	52	<i>hiclato de doxiciclina intravenoso</i> ...	26	HUMALOG MIX 50-50, INSULINA U-100.....	52
GVOKE PFS, PAQUETE CON 1 JERINGA.....	52	<i>hidralazina inyectable</i>	44	HUMALOG MIX 50-50 KWIKPEN...	52
GVOKE PFS, PAQUETE CON 2 JERINGAS.....	52	<i>hidralazina oral</i>	44	HUMALOG MIX 75-25 KWIKPEN...	52
H		<i>hidroclorotiazida</i>	44	HUMALOG MIX 75-25 (U-100), INSULINA.....	52
HAEGARDA.....	65	<i>hidrocodona-acetaminofeno, comprimidos orales, 10-325 mg, 5-325 mg, 7.5-325 mg</i>	37	HUMALOG U-100, INSULINA.....	52
<i>hailey</i>	60	<i>hidrocodona-acetaminofeno, solución oral, 7.5-325 mg/15 ml</i>	37	HUMIRA (CF), KIT DE JERINGA SUBCUTÁNEA, 10 MG/0.1 ML, 20 MG/0.2 ML.....	59
<i>hailey 24 fe</i>	60	<i>hidrocodona-ibuprofeno, comprimidos orales, 7.5-200 mg</i>	37	HUMIRA (CF), KIT DE JERINGA SUBCUTÁNEA, 40 MG/0.4 ML.....	59
<i>hailey fe 1.5/30 (28)</i>	60	<i>hidrocortisona-ácido acético</i>	51	HUMIRA (CF) PEDI CROHNS, PAQUETE INICIAL, KIT DE JERINGA SUBCUTÁNEA, 80 MG/0.8 ML.....	59
<i>hailey fe 1/20 (28)</i>	60	<i>hidrocortisona, crema tópica, 1%, 2.5%</i>	49	HUMIRA (CF) PEDI CROHNS, PAQUETE INICIAL, KIT DE JERINGA SUBCUTÁNEA, 80 MG/0.8 ML-40 MG/0.4 ML.....	59
HALAVEN.....	29	<i>hidrocortisona, crema tópica con aplicador perineal</i>	56	HUMIRA (CF) PEN CROHNS-UC-HS.....	59
<i>haloperidol</i>	41			HUMIRA (CF) PEN, KIT DE INYECTOR SUBCUTÁNEO, 40 MG/0.4 ML.....	59
HARVONI, COMPRIMIDOS ORALES, 45-200 MG.....	21			HUMIRA (CF) PEN, KIT DE LAPICERA PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA, 80 MG/0.8 ML.....	59
HARVONI, COMPRIMIDOS ORALES, 90-400 MG.....	21				
HARVONI, PÍLDORAS DE ADMINISTRACIÓN ORAL EN PAQUETES, 33.75-150 MG.....	21				

Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
HUMIRA (CF) PEN, KIT DE LAPICERA PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA, 80 MG/0.8 ML	59	IDHIFA	29	INTRON A, SOLUCIÓN INYECTABLE, 6 MILLONES DE UNIDADES/ML	57
HUMIRA(CF) PEN PEDIATRIC UC	59	<i>ifosfamida</i>	29	INTRON A, SOLUCIÓN INYECTABLE, 10 MILLONES DE UNIDADES/ML	57
HUMIRA (CF) PEN PSOR-UV-ADOL HS	59	<i>imatinib, comprimidos orales, 100 mg</i>	29	<i>introvale</i>	61
HUMIRA, KIT DE JERINGA SUBCUTÁNEA, 40 MG/0.8 ML	59	<i>imatinib, comprimidos orales, 400 mg</i>	29	INVEGA SUSTENNA	41
HUMIRA PEN	58	IMBRUVICA, CÁPSULAS ORALES, 70 MG	29	INVEGA TRINZA	41
HUMIRA PEN CROHNS-UC-HS, PAQUETE INICIAL	58	IMBRUVICA, CÁPSULAS ORALES, 140 MG	29	INVELTYS	64
HUMIRA PEN PSOR-UVEITS-ADOL HS	58	IMBRUVICA, COMPRIMIDOS ORALES	29	INVIRASE, COMPRIMIDOS ORALES	21
HUMULIN 70/30 U-100, INSULINA	52	IMFINZI	29	INVOKAMET	52
HUMULIN 70/30 U-100 KWIKPEN	52	<i>imipenem-cilastatina</i>	24	INVOKAMET XR	52
HUMULIN N NPH, INSULINA KWIKPEN	52	<i>imiquimod, crema tópica en paquete 5%</i>	47	INVOKANA	52
HUMULIN N NPH U-100, INSULINA	52	IMOVAX (PF), VACUNA ANTIRRÁBICA	57	IPOL	57
HUMULIN R REGULAR U-100, INSULINA	52	<i>incassia</i>	59	<i>ipratropio-albuterol</i>	65
HUMULIN R U-500 (CONC) INSULINA	52	INCRELEX	50	<i>irbesartán</i>	44
HUMULIN R U-500 (CONC) KWIKPEN	52	INCRUSE ELLIPTA	65	<i>irbesartán-hidroclorotiazida</i>	44
HYDROXYCHLOROQUINE, COMPRIMIDOS ORALES, 100 MG, 300 MG, 400 MG	24	<i>indapamida</i>	44	IRESSA	29
		INFANRIX (DTAP) (PF), JERINGA INTRAMUSCULAR	57	<i>irinotecán</i>	29
		INFUGEM	29	<i>irrigación de solución de lactato sódico compuesta</i>	49
		INFUMORPH P/F	37	<i>irrigación de solución de lactato sódico compuesta</i>	49
		INLYTA, COMPRIMIDOS ORALES, 1 MG	29	ISENTRESS, COMPRIMIDOS ORALES	21
		INLYTA, COMPRIMIDOS ORALES, 5 MG	29	ISENTRESS, COMPRIMIDOS ORALES MASTICABLES, 25 MG	21
		INQOVI	29	ISENTRESS, COMPRIMIDOS ORALES MASTICABLES, 100 MG	21
<i>ibandronato oral</i>	58	INREBIC	29	ISENTRESS, DE DOSIS ALTA	21
IBRANCE	29	INSULINA, AGUJA PARA LAPICERA	52	ISENTRESS, PAQUETE DE POLVO ORAL	21
<i>ibu</i>	38	INTELENCE, COMPRIMIDOS ORALES, 25 MG	21	<i>isibloom</i>	61
<i>ibuprofeno, comprimidos orales, 400 mg, 600 mg, 800 mg</i>	38	INTELENCE, COMPRIMIDOS ORALES, 100 MG, 200 MG	21	<i>isoniazida, comprimidos orales</i>	24
<i>ibuprofeno, suspensión oral</i>	38	INTRALIPID, EMULSIÓN INTRAVENOSA, 20%, 30%	67	<i>isoniazida, solución oral</i>	24
<i>icatibanto</i>	65	INTRON A, SOL. PARA RECONST. INYECTABLE	57	<i>isotretinoína, cápsulas orales, 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg</i>	48
<i>iclevia</i>	60			<i>isradipina</i>	44
ICLUSIG, COMPRIMIDOS ORALES, 10 MG, 30 MG, 45 MG	29			<i>itraconazol, cápsulas orales</i>	20
ICLUSIG, COMPRIMIDOS ORALES, 15 MG	29			<i>itraconazol, solución oral</i>	20
<i>idarrubicina</i>	29				

Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
<i>ivermectina oral</i>	24	<i>junel fe 1/20 (28)</i>	61	<i>klor-con</i>	66
IXEMPRA	29	<i>junel fe 24</i>	61	KLOR-CON 8	66
IXIARO (PF)	58	K		KLOR-CON 10	66
J		KABIVEN	67	<i>klor-con m10</i>	66
<i>jaimiess</i>	61	KADCYLA	29	<i>klor-con m15</i>	66
JAKAFI	29	<i>kaitlib fe</i>	61	<i>klor-con m20</i>	66
<i>jantoven</i>	45	KALETRA, COMPRIMIDOS		KLOXXADO	38
JANUMET	52	ORALES, 100-25 MG	21	KORLYM	54
JANUMET XR, COMPRIMIDOS		KALETRA, COMPRIMIDOS		K-PHOS ORIGINAL	66
ORALES, LIBERACIÓN		ORALES, 200-50 MG	21	<i>kurvelo (28)</i>	61
PROLONGADA, MULTIFÁSICA,		<i>kalliga</i>	61	KUVAN	54
24 HORAS, 50-1,000 MG,		KALYDECO,		KYNMOBI, PELÍCULA	
50-500 MG	53	COMPRIMIDOS ORALES	65	SUBLINGUAL, 10 MG,	
JANUMET XR, COMPRIMIDOS		KALYDECO, PAQUETE		15 MG, 20 MG, 25 MG, 30 MG	36
ORALES, LIBERACIÓN		DE GRÁNULOS ORALES	65	KYPROLIS	30
PROLONGADA, MULTIFÁSICA,		KANJINTI	29	L	
24 HORAS, 100-1,000 MG	52	<i>kariva (28)</i>	61	<i>labetalol oral</i>	44
JANUVIA	53	<i>kelnor 1/35 (28)</i>	61	<i>lactato de amonio</i>	47
JARDIANCE	53	<i>kelnor 1-50 (28)</i>	61	<i>lactato de haloperidol inyectable</i> ...	41
<i>jasmiel (28)</i>	61	<i>ketoconazol, champú tópico</i>	48	<i>lactato de haloperidol oral</i>	41
JEMPERLI	29	<i>ketoconazol, crema tópica</i>	48	<i>lactulosa, solución oral</i>	56
<i>jencycla</i>	59	<i>ketoconazol oral</i>	20	<i>lamivudina, comprimidos</i>	
JENTADUETO	53	<i>ketorolaco oftálmico (ojos)</i>	63	orales, 100 mg, 300 mg	21
JENTADUETO XR, COMPRIMIDOS		KEYTRUDA	29	<i>lamivudina, comprimidos</i>	
ORALES, LIBERACIÓN INMEDIATA-		KINRIX (PF), JERINGA		orales, 150 mg	21
LIBERACIÓN PROLONGADA,		INTRAMUSCULAR	58	<i>lamivudina, solución oral</i>	21
BIFÁSICA, 24 HORAS,		KISQALI, COMPRIMIDOS ORALES,		<i>lamivudina-zidovudina</i>	21
2.5-1,000 MG	53	200 MG/DÍA (200 MG X 1)	30	<i>lamotrigina, comprimidos orales</i>	34
JENTADUETO XR, COMPRIMIDOS		KISQALI, COMPRIMIDOS ORALES,		<i>lamotrigina, comprimidos orales</i>	
ORALES, LIBERACIÓN INMEDIATA-		400 MG/DÍA (200 MG X 2)	30	<i>masticables dispersables</i>	35
LIBERACIÓN PROLONGADA,		KISQALI, COMPRIMIDOS ORALES,		LANOXIN, COMPRIMIDOS	
BIFÁSICA, 24 HORAS,		600 MG/DÍA (200 MG X 3)	30	ORALES, 62.5 MCG (0.0625 MG) ..	46
5-1,000 MG	53	KISQALI FEMARA CO-PACK,		LANTUS SOLOSTAR	
JERINGA PARA INSULINA (DES.),		COMPRIMIDOS ORALES,		U-100, INSULINA	53
U-100 0.3 ML, 1 ML, 1/2 ML	52	200 MG/DÍA (200 MG X 1), 2.5 MG .	29	LANTUS U-100, INSULINA	53
JEVTANA	29	KISQALI FEMARA CO-PACK,		<i>lapatinib</i>	30
<i>jolessa</i>	61	COMPRIMIDOS ORALES,		<i>larin 1.5/30 (21)</i>	61
<i>juleber</i>	61	400 MG/DÍA (200 MG X 2), 2.5 MG .	30	<i>larin 1/20 (21)</i>	61
JULUCA	21	KISQALI FEMARA CO-PACK,		<i>larin 24 fe</i>	61
<i>junel 1.5/30 (21)</i>	61	COMPRIMIDOS ORALES,		<i>larin fe 1.5/30 (28)</i>	61
<i>junel 1/20 (21)</i>	61	600 MG/DÍA (200 MG X 3), 2.5 MG .	30		
<i>junel fe 1.5/30 (28)</i>	61				

Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
<i>larin fe 1/20 (28)</i>	61	<i>levocarnitina, solución oral, 100 mg/ml</i>	50	<i>linezolida, suspensión oral para reconstitución</i>	24
<i>larissia</i>	61	<i>levocetirizina, comprimidos orales</i> ..	64	LINZESS.....	56
<i>latanoprost</i>	64	<i>levocetirizina, solución oral</i>	64	<i>liotironina oral</i>	55
LATUDA, COMPRIMIDOS ORALES, 80 MG.....	41	<i>levofloxacina, comprimidos orales</i> ..	26	<i>lisinopril</i>	44
LATUDA, COMPRIMIDOS ORALES, 120 MG, 20 MG, 40 MG, 60 MG.....	41	<i>levofloxacina en d5w</i>	26	<i>lisinopril-hidroclorotiazida</i>	44
<i>layolis fe</i>	61	<i>levofloxacina intravenosa</i>	26	LIVALO.....	46
<i>leena 28</i>	61	<i>levofloxacina, solución oral</i>	26	<i>l norgest/e.estradiol-e.estradiol, comprimidos orales, paquete dosificado, 3 meses, 0.10 mg-20 mcg (84)/10 mcg (7)</i>	61
<i>leflunomida</i>	59	<i>levonest (28)</i>	61	<i>l norgest/e.estradiol-e.estradiol, comprimidos orales, paquete dosificado, 3 meses, 0.15 mg-20 mcg/0.15 mg-25 mcg</i>	61
LENVIMA, CÁPSULAS ORALES, 10 MG/DÍA (10 MG X 1), 4 MG.....	30	<i>levonorgestrel-etinilestradiol, comprimidos orales, 0.1-20 mg-mcg, 90-20 mcg (28)</i>	61	<i>l norgest/e.estradiol-e.estradiol, comprimidos orales, paquete dosificado, 3 meses, 0.15 mg-20 mcg/0.15 mg-25 mcg</i>	61
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).....	30	<i>levonorgestrel-etinilestradiol, comprimidos orales, paquete dosificado, 3 meses</i>	61	<i>l norgest/e.estradiol-e.estradiol, comprimidos orales, paquete dosificado, 3 meses, 0.15 mg-30 mcg (84)/10 mcg (7)</i>	61
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).....	30	<i>levonorg-etinilestradiol trifásico</i> ..	61	<i>lojaimiess</i>	61
<i>lessina</i>	61	<i>levora-28</i>	61	LONSURF, COMPRIMIDOS ORALES, 15-6.14 MG.....	30
<i>letrozol</i>	30	LEVO-T.....	55	LONSURF, COMPRIMIDOS ORALES, 20-8.19 MG.....	30
<i>leucovorina cálcica, comprimidos orales, 5 mg</i>	27	<i>levotiroxina, comprimidos orales</i>	55	<i>loperamida, cápsulas orales</i>	55
<i>leucovorina cálcica, comprimidos orales, 10 mg, 15 mg, 25 mg</i>	26	LEVOXYL, COMPRIMIDOS ORALES, 100 MCG, 112 MCG, 125 MCG, 137 MCG, 150 MCG, 175 MCG, 200 MCG, 25 MCG, 50 MCG, 75 MCG, 88 MCG.....	55	<i>lopinavir-ritonavir, comprimidos orales, 100-25 mg</i>	21
<i>leucovorina cálcica, inyectable</i>	26	LEXIVA, SUSPENSIÓN ORAL.....	21	<i>lopinavir-ritonavir, comprimidos orales, 200-50 mg</i>	21
LEUKERAN.....	30	LIBTAYO.....	30	<i>lopinavir-ritonavir, solución oral</i>	21
<i>leuprolida subcutánea, kit</i>	30	<i>lidocaína, parche adhesivo tópico, medicado, 5%</i>	47	<i>lorazepam, comprimidos orales, 0.5 mg, 1 mg</i>	41
LEVEMIR FLEXTOUCH U-100, INSULINA.....	53	<i>lidocaína (pf), jeringa intravenosa</i> ..	42	<i>lorazepam, comprimidos orales, 2 mg</i>	41
LEVEMIR U-100, INSULINA.....	53	<i>lidocaína (pf), solución inyectable</i> ..	47	<i>lorazepam, concentrado oral</i>	41
<i>levetiracetam, comprimidos orales</i> ..	35	<i>lidocaína, pomada tópica</i>	47	<i>lorazepam, intensol</i>	41
<i>levetiracetam, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas</i>	35	<i>lidocaína-prilocaína, crema tópica</i> ..	47	<i>lorazepam, jeringa inyectable, 2 mg/ml</i>	41
<i>levetiracetam en nacl (iso-osm.)</i>	35	<i>lidocaína viscosa</i>	47	<i>lorazepam, solución inyectable</i>	41
<i>levetiracetam intravenoso</i>	35	<i>lillow (28)</i>	61	LORBRENA, COMPRIMIDOS ORALES, 25 MG.....	30
<i>levetiracetam, solución oral</i>	35	<i>lincomicina</i>	24	LORBRENA, COMPRIMIDOS ORALES, 100 MG.....	30
<i>levobunolol, gotas oftálmicas (ojos), 0.5%</i>	63	<i>lindano, champú tópico</i>	49	<i>loryna (28)</i>	61
<i>levocarnitina, comprimidos orales</i> ..	50	<i>linezolida-cloruro de sodio al 0.9%</i> ..	24		
<i>levocarnitina (con azúcar)</i>	50	<i>linezolida, comprimidos orales</i>	24		
		<i>linezolida en dextrosa al 5%</i>	24		

Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
<i>losartán</i>	44	<i>maleato de asenapina</i>	39	<i>memantina, solución oral</i>	36
<i>losartán-hidroclorotiazida, comprimidos orales, 50-12.5 mg</i>	44	<i>maleato de enalapril, comprimidos orales</i>	43	MENACTRA (PF), SOLUCIÓN INTRAMUSCULAR.....	58
<i>losartán-hidroclorotiazida, comprimidos orales, 100-12.5 mg, 100-25 mg</i>	44	<i>maleato de proclorperazina oral</i>	56	MENQUADFI (PF).....	58
LOTEMAX.....	64	<i>maleato de timolol, gotas oftálmicas (ojos)</i>	63	MENVEO A-C-Y-W-135-DIP (PF)...	58
LOTEMAX SM.....	64	<i>maleato de timolol oral</i>	45	<i>mercaptapurina</i>	30
<i>lovastatina, comprimidos orales, 10 mg</i>	46	<i>maleato de timolol, solución gelificante oftálmica (ojos)</i>	63	<i>meropenem</i>	24
<i>lovastatina, comprimidos orales, 20 mg, 40 mg</i>	46	<i>maprotilina</i>	41	MEROPENEM-0.9% SODIUM CHLORIDE.....	24
<i>low-ogestrel (28)</i>	61	<i>marlissa (28)</i>	61	<i>merzee</i>	61
<i>lo-zumandimine (28)</i>	61	MARPLAN.....	41	<i>mesalamina, cápsulas orales, liberación prolongada, 24 horas</i>	56
LUMAKRAS.....	30	MARQIBO.....	30	<i>mesalamina, comprimidos orales, liberación retardada (dr/ec), 1.2 gramos</i>	56
LUMIGAN, GOTAS OFTÁLMICAS (OJOS), 0.01%.....	64	MATULANE.....	30	<i>mesalamina con pañuelo limpiador</i>	56
LUMIZYME.....	54	<i>matzim la</i>	44	<i>mesalamina, enema rectal</i>	56
LUMOXITI.....	30	MAVYRET, COMPRIMIDOS ORALES.....	21	<i>mesilato de ziprasidona</i>	42
LUPRON DEPOT.....	30	<i>meclizina, comprimidos orales, 12.5 mg, 25 mg</i>	56	<i>mesna</i>	27
LUPRON DEPOT (3 MESES).....	30	<i>medroxiprogesterona intramuscular</i>	59	MESNEX ORAL.....	27
LUPRON DEPOT (4 MESES).....	30	<i>medroxiprogesterona oral</i>	59	<i>metadona, comprimidos orales, 5 mg</i>	38
LUPRON DEPOT (6 MESES).....	30	<i>mefloquina</i>	24	<i>metadona, comprimidos orales, 10 mg</i>	38
LUPRON DEPOT-PED.....	30	<i>megestrol, comprimidos orales</i>	30	<i>metadona, concentrado oral</i>	37
LUPRON DEPOT-PED (3 MESES).....	30	<i>megestrol, suspensión oral, 400 mg/10 ml (10 ml), 400 mg/10 ml (40 mg/ml)</i>	30	<i>metadona, intensol</i>	37
<i>lutera (28)</i>	61	MEKINIST, COMPRIMIDOS ORALES, 0.5 MG.....	30	<i>metadona, solución inyectable</i>	37
LYBALVI.....	41	MEKINIST, COMPRIMIDOS ORALES, 2 MG.....	30	<i>metadona, solución oral, 5 mg/5 ml</i>	38
LYNPARZA.....	30	MEKTOVI.....	30	<i>metadona, solución oral, 10 mg/5 ml</i>	37
LYSODREN.....	30	<i>meloxicam, comprimidos orales, 7.5 mg</i>	38	<i>metaproterenol, jarabe oral</i>	65
LYUMJEV KWIKPEN U-100, INSULINA.....	53	<i>meloxicam, comprimidos orales, 15 mg</i>	38	<i>metazolamida</i>	63
LYUMJEV KWIKPEN U-200, INSULINA.....	53	<i>memantina, cápsulas orales con gránulos, lib. prolongada, 24 horas</i>	36	<i>metformina, comprimidos orales, 1,000 mg</i>	53
LYUMJEV U-100, INSULINA.....	53	<i>memantina, comprimidos orales, 5 mg</i>	37	<i>metformina, comprimidos orales, 500 mg</i>	53
<i>lyza</i>	59	<i>memantina, comprimidos orales, 10 mg</i>	36	<i>metformina, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas, 1,000 mg</i>	53
M		<i>memantina, comprimidos orales, paquete dosificado</i>	37		
MAGNESIUM SULFATE IN D5W, INFUSIÓN SECUNDARIA INTRAVENOSA, 1 GRAMO/100 ML.....	66				
<i>malatión</i>	49				

Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
<i>metformina, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas, 500 mg (genérico de glucophage xr)</i>	53	<i>mitomicina intravenosa</i>	30	<i> morfina, solución oral concentrada</i>	38
<i>metformina, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas, 750 mg (genérico de glucophage xr)</i>	53	<i>mitoxantrona</i>	30	MORPHINE, COMPRIMIDOS ORALES	38
<i>metformina, solución oral</i>	53	M-M-R II (PF)	58	MORPHINE, JERINGA INTRAVENOSA, 10 MG/ML, 8 MG/ML	38
<i>metildopa</i>	44	<i>modafinil, comprimidos orales, 100 mg</i>	41	MORPHINE, JERINGA INYECTABLE, 2 MG/ML	38
<i>metilprednisolona</i>	51	<i>modafinil, comprimidos orales, 200 mg</i>	41	MORPHINE, SOLUCIÓN INTRAVENOSA, 4 MG/ML, 8 MG/ML	38
<i>metimazol, comprimidos orales, 10 mg, 5 mg</i>	51	<i>moexipril</i>	44	MORPHINE, SOLUCIÓN INYECTABLE, 10 MG/ML, 2 MG/ML, 4 MG/ML, 5 MG/ML	38
<i>metirosina</i>	44	<i>mofetil micofenolato, cápsulas orales</i>	31	MOVANTIK	56
<i>metocarbamol oral</i>	37	<i>mofetil micofenolato (clorhidrato)</i>	30	<i>moxifloxacina-cloruro de sodio (iso)</i>	26
<i>metolazona</i>	44	<i>mofetil micofenolato, comprimidos orales</i>	31	<i>moxifloxacina oftálmica (ojos)</i>	63
<i>metotrexato sódico inyectable</i>	30	<i>mofetil micofenolato, suspensión oral para reconstitución</i>	31	<i>moxifloxacina oral</i>	26
<i>metotrexato sódico oral</i>	30	<i>molindona</i>	41	MOXIFLOXACIN-SOD. ACE, SUL-WATER	26
<i>metotrexato sódico (pf)</i>	30	<i>mometasona tópica</i>	49	MOZOBIL	57
<i>metoxaleno</i>	47	MONJUVI	30	<i>mupirocina</i>	48
<i>metro intravenoso</i>	24	<i>monohidrato de doxiciclina, cápsulas orales, 100 mg, 50 mg</i>	26	<i>mupirocina cálcica</i>	48
<i>metronidazol, comprimidos orales</i>	24	<i>monohidrato de doxiciclina, comprimidos orales</i>	26	MVASI	30
<i>metronidazol en nacl (iso-osm.)</i>	24	<i>monohidrato de doxiciclina, suspensión oral para reconstitución</i>	26	MYLOTARG	31
<i>metronidazol tópico</i>	48	<i>monohidrato de nitrofurantoína/ macrocrist.</i>	26	MYRBETRIQ, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA, 24 HORAS	66
<i>metronidazol vaginal</i>	60	<i>mono-linyah</i>	61		
<i>mexiletina</i>	42	<i>mononitrato de isosorbida</i>	46	N	
<i>mibelas 24 fe</i>	61	<i>montelukast, comprimidos orales</i>	65	<i>nabumetona</i>	38
<i>micofenolato sódico</i>	31	<i>montelukast, comprimidos orales masticables</i>	65	<i>nadolol</i>	44
<i>microgestin 1.5/30 (21)</i>	61	<i>montelukast, paquete de gránulos orales</i>	65	<i>nadolol-bendroflumetiazida, comprimidos orales, 80-5 mg</i>	44
<i>microgestin 1/20 (21)</i>	61	<i> morfina, comprimidos orales, liberación prolongada</i>	38	<i>nafcilina</i>	25
<i>microgestin fe 1.5/30 (28)</i>	61	<i> morfina, jeringa inyectable, 4 mg/ml</i>	38	<i>nafcilina en dextrosa, iso-osm.</i>	25
<i>microgestin fe 1/20 (28)</i>	61	<i> morfina (pf), solución inyectable, 0.5 mg/ml, 1 mg/ml</i>	38	NAGLAZYME	54
<i>midodrina</i>	50	<i> morfina, solución inyectable, 8 mg/ml</i>	38	<i>naloxona, jeringa inyectable, 1 mg/ml</i>	39
<i>miglustato</i>	54	<i> morfina, solución inyectable, 10 mg/ml</i>	38	<i>naloxona, solución inyectable</i>	39
<i>mili</i>	61	<i> morfina, solución oral</i>	38	<i>naltrexona</i>	39
MINITRAN	46			NAMZARIC	37
<i>minociclina, cápsulas orales</i>	26				
<i>minoxidil oral</i>	44				
<i>mirtazapina, comprimidos de desintegración oral</i>	41				
<i>mirtazapina, comprimidos orales</i>	41				
<i>misoprostol</i>	57				
MITIGARE	58				

Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
<i>naproxeno, comprimidos orales</i>	39	<i>niacina, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas</i>	46	<i>noretisterona-etinilestradiol-hierro, comprimidos orales, 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7), 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7)</i>	62
<i>naproxeno, comprimidos orales, liberación retardada (dr/ec)</i>	39	<i>nicardipina oral</i>	44	<i>noretisterona-etinilestradiol-hierro, comprimidos orales masticables</i>	62
<i>naproxeno sódico, comprimidos orales, 275 mg, 550 mg</i>	39	<i>nicardipina, solución intravenosa</i>	44	<i>norgestimato-etinilestradiol, comprimidos orales, 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg, 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg (28)</i>	62
<i>naproxeno, suspensión oral</i>	39	NICOTROL	50	<i>norgestimato-etinilestradiol, comprimidos orales, 0.25-35 mg-mcg</i>	62
<i>naratriptán</i>	36	<i>nifedipina, comprimidos orales, liberación prolongada</i>	44	NORTHERA, CÁPSULAS ORALES, 100 MG	50
NARCAN	39	<i>nifedipina, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas</i>	44	NORTHERA, CÁPSULAS ORALES, 200 MG, 300 MG	50
NATACYN	63	<i>nikki (28)</i>	61	<i>nortrel 0.5/35 (28)</i>	62
<i>nateglinida, comprimidos orales, 60 mg</i>	53	<i>nilutamida</i>	31	<i>nortrel 1/35 (21)</i>	62
<i>nateglinida, comprimidos orales, 120 mg</i>	53	<i>nimodipina</i>	44	<i>nortrel 1/35 (28)</i>	62
NATPARA	54	NINLARO	31	<i>nortrel 7/7/7 (28)</i>	62
NAYZILAM	35	NIPENT	31	<i>nortriptilina</i>	41
<i>nebivolol</i>	44	<i>nistatina, comprimidos orales</i>	20	NORVIR, PAQUETE DE POLVO ORAL	21
<i>necon 0.5/35 (28)</i>	61	<i>nistatina, crema tópica</i>	48	NORVIR, SOLUCIÓN ORAL	21
<i>nefazodona</i>	41	<i>nistatina, polvo tópico</i>	48	NOVOFINE, AGUJA PARA LAPICERA	53
<i>neomicina</i>	24	<i>nistatina, pomada tópica</i>	48	NOVOTWIST, AGUJA PARA LAPICERA	53
<i>neomicina-bacitracina-polimixina</i>	63	<i>nistatina, suspensión oral</i>	20	NUBEQA	31
<i>neomicina-bacitracina-polimixina-hc</i> . .	64	<i>nistatina-triamcinolona</i>	48	NUDEXTA	37
<i>neomicina-polimixina b-dexametasona</i>	64	<i>nitazoxanida</i>	24	NULOJIX	31
<i>neomicina-polimixina b gu</i>	49	<i>nitisinona</i>	50	NUPLAZID, CÁPSULAS ORALES	41
<i>neomicina-polimixina-gramicidina</i> . . .	63	<i>nitrofurantoína</i>	26	NUPLAZID, COMPRIMIDOS ORALES, 10 MG	41
<i>neomicina-polimixina-hc oftálmica (ojos)</i>	64	<i>nitrofurantoína, macrocristales, cápsulas orales, 50 mg</i>	26	NUZYRA INTRAVENOSO	26
<i>neomicina-polimixina-hidroocortisona ótica (oído)</i>	51	<i>nitrofurantoína, macrocristales, cápsulas orales, 100 mg, 25 mg</i>	26	NUZYRA ORAL	26
<i>neo-polycin</i>	63	<i>nitroglicerina intravenosa</i>	46	<i>nyamyc</i>	48
<i>neo-polycin hc</i>	64	<i>nitroglicerina, parche transdérmico, 24 horas</i>	46	<i>nylia 7/7/7 (28)</i>	62
NERLYNX	31	<i>nitroglicerina sublingual</i>	46	<i>nymyo</i>	62
NEUPRO	36	<i>nitroglicerina, translingual</i>	46	<i>nystop</i>	48
<i>nevirapina, comprimidos orales</i>	21	NIVESTYM	57		
<i>nevirapina, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas, 100 mg</i>	21	<i>nora-be</i>	59		
<i>nevirapina, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas, 400 mg</i>	21	<i>noret.-etinilestradiol/hierro</i>	61		
<i>nevirapina, suspensión oral</i>	21	<i>noretisterona ac-etinilestradiol, comprimidos orales, 1-20 mg-mcg, 1.5-30 mg-mcg</i>	61		
NEXAVAR	31	<i>noretisterona (anticonceptivo)</i>	59		
		<i>noretisterona-etinilestradiol-hierro, cápsulas orales</i>	61		

Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
O		ORKAMBI, PAQUETE DE GRÁNULOS ORALES	65	paliperidona, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas, 1.5 mg, 3 mg, 9 mg	41
OCALIVA	56	orsythia	62	paliperidona, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas, 6 mg	41
ocella	62	oseltamivir, cápsulas orales	21	pamidronato, solución intravenosa	55
OCREVUS	37	oseltamivir, suspensión oral para reconstitución	21	PAÑOS CON ALCOHOL	51
ODEFSEY	21	oxacilina inyectable	25	PANRETIN	47
ODOMZO	31	oxalato de escitalopram, comprimidos orales	40	pantoprazol, comprimidos orales, liberación retardada (dr/ec), 20 mg	57
OFEV	65	oxalato de escitalopram, solución oral	40	pantoprazol, comprimidos orales, liberación retardada (dr/ec), 40 mg	57
ofloxacin oftálmica (ojos)	63	oxaliplatino	31	PA; QL (150/30); NDS	36
OGIVRI	31	oxandrolona, comprimidos orales, 2.5 mg	55	paricalcitol oral	55
olanzapina, comprimidos de desintegración oral	41	oxandrolona, comprimidos orales, 10 mg	54	paroex, enjuague bucal	50
olanzapina, comprimidos orales	41	oxaprozina	39	paramomicina	25
olanzapina intramuscular	41	oxcarbazepina, comprimidos orales	35	PASER	25
olmesartán	44	oxcarbazepina, suspensión oral	35	PAXIL, SUSPENSIÓN ORAL	41
olmesartán-hidroclorotiazida	44	OXERVATE	63	PEDIARIX (PF)	58
olopatadina oftálmica (ojos)	63	oxiconona-acetaminofeno, comprimidos orales, 10-325 mg, 2.5-325 mg, 5-325 mg, 7.5-325 mg	38	PEDVAX HIB (PF)	58
omeprazol, cápsulas orales, liberación retardada (dr/ec)	57	oxiconona, comprimidos orales, 5 mg	38	peg 3350-electrolitos, sol. para reconst. oral, 236-22.74-6.74-5.86 gramos	56
OMNIPOD DASH, PAQUETE DE 5	53	oxiconona, comprimidos orales, 10 mg, 15 mg, 20 mg, 30 mg	38	peg-electrolitos	56
OMNIPOD, PAQUETE DE 5	53	oximorfona, comprimidos orales, liberación prolongada, 12 horas	38	PEMAZYRE	31
OMNIPOD, PAQUETE INICIAL	53	OZEMPIC, LAPICERA PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA, 0.25 MG O 0.5 MG (2 MG/1.5 ML)	53	penicilamina	59
ONCASPAR	31	OZEMPIC, LAPICERA PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA, 1 MG/DOSIS (2 MG/1.5 ML, 1 MG/DOSIS (4 MG/3 ML)	53	penicilina g potásica	25
ondansetrón	56			penicilina v potásica	26
ONDANSETRON HCL, SOLUCIÓN ORAL	56			PENTACEL (PF), KIT INTRAMUSCULAR, 15 LF-48 MCG-62 DU-10 MCG/0.5 ML	58
ONIVYDE	31			PENTAM	25
ONUREG	31			pentamidina inyectable	25
OPDIVO	31			pentamidina para inhalar	25
OPSUMIT	65			PENTASA	56
oralone	50			pentoxifilina	45
ORENCIA CLICKJECT	59			perfenazina	41
ORENCIA, JERINGA SUBCUTÁNEA, 50 MG/0.4 ML	59			perfenazina-amitriptilina	41
ORENCIA, JERINGA SUBCUTÁNEA, 87.5 MG/0.7 ML	59			PERFOROMIST	65
ORENCIA, JERINGA SUBCUTÁNEA, 125 MG/ML	59			PERIKABIVEN	67
ORGOVYX	31			perindopril erbumina	44
ORKAMBI, COMPRIMIDOS ORALES	65				
		P			
		pacerona, comprimidos orales, 100 mg, 200 mg, 400 mg	42		
		paclitaxel	31		
		PADCEV	31		

Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
PERJETA.....	31	POTASSIUM CHLORID-D5-0.45% NACL, SOLUCIÓN PARENTERAL INTRAVENOSA, 10 MEQ/L, 20 MEQ/L, 40 MEQ/L.....	66	PREVYMIS, ORAL.....	22
<i>permetrina</i>	49	POTASSIUM CHLORIDE-D5-0.2% NACL, SOLUCIÓN PARENTERAL INTRAVENOSA, 20 MEQ/L.....	67	PREZCOBIX.....	22
PERSERIS.....	41	POTASSIUM CHLORIDE- D5-0.9% NACL.....	67	PREZISTA, COMPRIMIDOS ORALES, 75 MG.....	22
<i>pfizerpen-g</i>	26	POTELIGEO.....	31	PREZISTA, COMPRIMIDOS ORALES, 150 MG.....	22
PHESGO.....	31	<i>pramipexol, comprimidos orales</i>	36	PREZISTA, COMPRIMIDOS ORALES, 600 MG.....	22
<i>philit</i>	62	<i>prasugrel</i>	45	PREZISTA, COMPRIMIDOS ORALES, 800 MG.....	22
PHOSLYRA.....	66	<i>pravastatina</i>	46	PREZISTA, SUSPENSIÓN ORAL..	22
PICATO.....	47	<i>praziquantel</i>	25	PRIFTIN.....	25
PIFELTRO.....	22	<i>prazosina</i>	44	PRIMAQUINE.....	25
<i>pimozida</i>	42	<i>prednicarbato, pomada tópica</i>	49	<i>primidona</i>	35
<i>pimtrea (28)</i>	62	<i>prednisolona, solución oral</i>	51	<i>probenecid</i>	58
<i>pindolol</i>	44	<i>prednisona, comprimidos orales</i>	51	<i>probenecid/colchicina</i>	58
<i>pioglitazona</i>	53	<i>prednisona, comprimidos orales,</i> <i>paquete dosificado, 5 mg,</i> <i>5 mg (paq. de 48)</i>	51	PROCALAMINE 3%.....	67
<i>pioglitazona-metformina</i>	53	<i>prednisona, comprimidos orales,</i> <i>paquete dosificado, 10 mg,</i> <i>10 mg (paq. de 48)</i>	51	<i>proclorperazina</i>	56
<i>piperacilina-tazobactam,</i> <i>sol. para reconst. intravenosa,</i> <i>2.25 gramos, 3.375 gramos,</i> <i>4.5 gramos, 40.5 gramos</i>	26	<i>prednisona, comprimidos orales,</i> <i>paquete dosificado, 10 mg,</i> <i>10 mg (paq. de 48)</i>	51	PROCRIT.....	57
PIPERACILLIN-TAZOBACTAM, SOL. PARA RECONST. INTRAVENOSA, 13.5 GRAMOS....	26	<i>prednisona, intensol</i>	51	<i>procto-med hc</i>	56
PIQRAY.....	31	<i>prednisona, solución oral</i>	51	<i>procto-pak</i>	56
<i>pirazinamida</i>	25	<i>pregabalina, cápsulas orales,</i> <i>100 mg, 150 mg, 200 mg,</i> <i>25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	35	<i>proctosol hc tópico</i>	56
<i>pirimetamina</i>	25	<i>pregabalina, cápsulas orales,</i> <i>225 mg, 300 mg</i>	35	<i>proctozona-hc</i>	56
<i>pirmella, comprimidos</i> <i>orales, 0.5/0.75/1 mg-35 mcg</i>	62	<i>pregabalina, solución oral</i>	35	<i>progesterona micronizada</i>	60
<i>pirmella, comprimidos</i> <i>orales, 1-35 mg-mcg</i>	62	PREMARIN INYECTABLE.....	59	PROGLYCEM.....	53
PLENAMINE.....	67	PREMARIN ORAL.....	60	PROGRAF, PAQUETE DE GRÁNULOS ORALES.....	31
PLENVU.....	56	PREMARIN VAGINAL.....	60	PROLASTIN-C, SOL. PARA RECONST. INTRAVENOSA.....	50
<i>podofilox</i>	47	PREMASOL 10%.....	67	PROLASTIN-C, SOLUCIÓN INTRAVENOSA.....	50
<i>polimixina b sulfato</i> <i>de trimetoprima</i>	63	PREMPRO, COMPRIMIDOS ORALES, 0.45-1.5 MG, 0.625-2.5 MG, 0.625-5 MG.....	60	PROLENSA.....	63
POLIVY.....	31	PREVALITE, PAQUETE DE POLVO ORAL.....	46	PROLIA.....	58
<i>polycin</i>	63	<i>prevalite, polvo oral</i>	46	PROMACTA, COMPRIMIDOS ORALES, 12.5 MG, 25 MG, 50 MG.	45
POMALYST.....	31	<i>previfem</i>	62	PROMACTA, COMPRIMIDOS ORALES, 75 MG.....	45
<i>portia 28</i>	62			PROMACTA, PAQUETE DE POLVO ORAL, 12.5 MG.....	45
PORTRAZZA.....	31			PROMACTA, PAQUETE DE POLVO ORAL, 25 MG.....	45
<i>posaconazol, comprimidos</i> <i>orales, liberación retardada (dr/ec)</i> ..	20			<i>prometazina, comprimidos orales</i> ...	64

Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
<i>prometazina, jarabe oral</i>	64	<i>reclipsen (28)</i>	62	<i>risperidona, comprimidos de desintegración oral, 4 mg</i>	42
<i>propafenona</i>	42	RECOMBIVAX HB (PF)	58	<i>risperidona, comprimidos orales, 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg</i> .42	
<i>propiltiouracilo</i>	51	RECTIV	56	<i>risperidona, comprimidos orales, 4 mg</i>	42
<i>propionato de fluticasona, crema tópica</i>	49	<i>regonol</i>	37	<i>risperidona, solución oral</i>	42
<i>propionato de fluticasona nasal</i>	65	REGRANEX	47	<i>ritonavir</i>	22
<i>propionato de fluticasona, pomada tópica</i>	49	RELISTOR, JERINGA SUBCUTÁNEA	56	<i>rivastigmina</i>	37
<i>propionato de halobetasol, crema tópica</i>	49	RELISTOR, SOLUCIÓN SUBCUTÁNEA	56	<i>rivelsa</i>	62
<i>propionato de halobetasol, pomada tópica</i>	49	REMICADE	56	<i>rizatriptán</i>	36
<i>propranolol, cápsulas orales, liberación prolongada, 24 horas</i>	44	RENACIDIN	66	ROCKLATAN	64
<i>propranolol, comprimidos orales</i>	44	<i>repaglinida, comprimidos orales, 0.5 mg</i>	53	ROMIDEPSIN, SOLUCIÓN INTRAVENOSA	31
<i>propranolol-hidroclorotiazida</i>	44	<i>repaglinida, comprimidos orales, 1 mg</i>	53	<i>ropinirol, comprimidos orales</i>	36
<i>propranolol, solución oral</i>	44	<i>repaglinida, comprimidos orales, 2 mg</i>	53	<i>rosadan, crema tópica</i>	48
PROQUAD (PF)	58	REPATHA	46	<i>rosadan, gel tópico</i>	48
PROSOL 20%	67	REPATHA PUSHTRONEX	46	<i>rosuvastatina</i>	46
<i>protriptilina</i>	42	REPATHA SURECLICK	46	ROTARIX	58
PULMOZYME	65	RESTASIS	63	ROTATEQ, VACUNA	58
PURIXAN	31	RESTASIS MULTIDOSIS	63	<i>roweepra</i>	35
Q		RETEVMO	31	ROZLYTREK, CÁPSULAS ORALES, 100 MG	31
QINLOCK	31	RETROVIR INTRAVENOSO	22	ROZLYTREK, CÁPSULAS ORALES, 200 MG	31
QUADRACEL (PF)	58	REVLIMID	31	RUBRACA	31
<i>quetiapina, comprimidos orales, 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i>	42	REXULTI	42	<i>rufinamida</i>	35
<i>quetiapina, comprimidos orales, 300 mg, 400 mg</i>	42	REYATAZ, PAQUETE DE POLVO ORAL	22	RUKOBIA	22
<i>quinapril</i>	44	RHOPRESSA	64	RUXIENCE	31
<i>quinapril-hidroclorotiazida</i>	44	<i>ribavirina, cápsulas orales</i>	22	RYBELSUS	53
R		<i>ribavirina, comprimidos orales, 200 mg</i>	22	RYBREVANT	31
RABAVERT (PF)	58	<i>rifabutina</i>	25	RYDAPT	31
<i>raloxifeno</i>	58	<i>rifampina</i>	25	RYLAZE	31
<i>ramelteón</i>	42	<i>riluzol</i>	50	RYTARY	36
<i>ramipril</i>	44	<i>rimantadina</i>	22	S	
<i>ranolazina</i>	46	RINVOQ	59	<i>sajazir</i>	65
<i>rasagilina</i>	36	RISPERDAL CONSTA	42	SAMSCA, COMPRIMIDOS ORALES, 15 MG	55
		<i>risperidona, comprimidos de desintegración oral, 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg</i>	42	SAMSCA, COMPRIMIDOS ORALES, 30 MG	55

Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
SANCUSO.....	56	SOLTAMOX.....	31	subvenite, paquete inicial (verde)...	35
SANDIMMUNE, SOLUCIÓN ORAL	31	<i>solución de lactato sódico</i>		<i>succinato de desvenlafaxina</i>	40
SANTYL.....	47	<i>compuesta intravenosa</i>	66	<i>succinato de loxapina</i>	41
SAPHRIS.....	42	<i>solución de lactato sódico</i>		<i>succinato de metoprolol</i>	44
<i>sapropterina</i>	55	<i>compuesta intravenosa</i>	67	<i>succinato de sumatriptán oral</i>	36
SARCLISA.....	31	SOLU-CORTEF ACT-O-VIAL (PF) ..	51	<i>succinato de sumatriptán,</i>	
SECUADO.....	42	SOMATULINE DEPOT.....	31	<i>solución subcutánea</i>	36
SELZENTRY, COMPRIMIDOS		SOMAVERT.....	55	<i>succinato de sumatriptán,</i>	
ORALES, 25 MG	22	<i>sorine</i>	43	<i>subcutáneo en cartucho</i>	36
SELZENTRY, COMPRIMIDOS		<i>sotalol af</i>	43	<i>succinato de sumatriptán,</i>	
ORALES, 150 MG, 75 MG	22	<i>sotalol oral</i>	43	<i>subcutáneo en lapicera</i>	36
SELZENTRY, COMPRIMIDOS		SOTYLIZE	43	<i>succinato sódico de cloranfenicol</i> ...	24
ORALES, 300 MG	22	<i>sprintec (28)</i>	62	<i>succinato sódico de</i>	
SELZENTRY, SOLUCIÓN ORAL ...	22	SPRITAM	35	<i>metilprednisolona intravenoso</i>	51
SEREVENT DISKUS	65	SPRYCEL, COMPRIMIDOS		<i>succinato sódico de</i>	
<i>sertralina, comprimidos orales</i>	42	ORALES, 20 MG, 70 MG	32	<i>metilprednisolona, sol. para</i>	
<i>sertralina, concentrado oral</i>	42	SPRYCEL, COMPRIMIDOS		<i>reconst. inyect., 125 mg, 40 mg</i>	51
<i>setlakin</i>	62	ORALES, 100 MG, 140 MG,		<i>sucralfato, comprimidos orales</i>	57
<i>sharobel</i>	60	50 MG, 80 MG	31	<i>sulfacetamida-prednisolona</i>	63
SHINGRIX (PF)	58	<i>sps (con sorbitol)</i>	50	<i>sulfacetamida sódica (acné)</i>	48
SIGNIFOR.....	31	<i>sronyx</i>	62	<i>sulfacetamida sódica,</i>	
<i>sildenafil (hipertensión arterial</i>		SSD	47	<i>gotas oftálmicas (ojos)</i>	63
<i>pulmonar), comprimidos orales</i>	66	ST 36		<i>sulfadiazina</i>	26
SIMBRINZA.....	64	STAMARIL (PF)	58	<i>sulfadiazina de plata</i>	47
<i>simliya (28)</i>	62	STELARA INTRAVENOSA	47	<i>sulfametoxazol-trimetoprima,</i>	
<i>simpesse</i>	62	STELARA, JERINGA		<i>comprimidos orales</i>	26
SIMULECT.....	31	SUBCUTÁNEA, 45 MG/0.5 ML	47	<i>sulfametoxazol/trimetoprima,</i>	
<i>simvastatina, comprimidos orales</i> ...	46	STELARA, JERINGA		<i>intravenoso</i>	26
<i>sirolimus, comprimidos orales</i>	31	SUBCUTÁNEA, 90 MG/ML.....	47	<i>sulfametoxazol-trimetoprima,</i>	
<i>sirolimus, solución oral</i>	31	STELARA, SOLUCIÓN		<i>suspensión oral</i>	26
SIRTURO.....	25	SUBCUTÁNEA.....	47	<i>sulfasalazina</i>	56
SIVEXTRO INTRAVENOSO	25	STIVARGA.....	32	<i>sulfato de albuterol,</i>	
SIVEXTRO ORAL	25	STRIBILD.....	22	<i>comprimidos orales</i>	64
SKYRIZI, JERINGA		SUBOXONE, PELÍCULA		<i>sulfato de albuterol,</i>	
SUBCUTÁNEA, 150 MG/ML	47	SUBLINGUAL, 2-0.5 MG.....	39	<i>comprimidos orales, liberación</i>	
SKYRIZI, KIT DE JERINGA		SUBOXONE, PELÍCULA		<i>prolongada, 12 horas</i>	65
SUBCUTÁNEA.....	47	SUBLINGUAL, 4-1 MG, 8-2 MG	39	<i>sulfato de albuterol, jarabe oral</i>	64
SKYRIZI, LAPICERA PARA		SUBOXONE, PELÍCULA		<i>sulfato de albuterol para inhalar,</i>	
INYECCIÓN SUBCUTÁNEA	47	SUBLINGUAL, 12-3 MG	39	<i>inhador en aerosol de hfa, 90 mcg/</i>	
<i>solifenacina</i>	66	<i>subvenite</i>	35	<i>activación (genérico de ProAir)</i>	64
SOLQUA 100/33.....	53	<i>subvenite, paquete inicial (azul)</i>	35	<i>sulfato de albuterol para inhalar,</i>	
		<i>subvenite, paquete inicial (naranja)</i> .	35	<i>inhador en aerosol de hfa, 90 mcg/</i>	
				<i>activación (genérico de Proventil)</i> ...	64

Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
sulfato de albuterol para inhalar, solución para nebulización	64	SYNRIBO	32	TAZVERIK	32
sulfato de gentamicina (pediátrico) (pf)	24	SYNTHROID	55	TDVAX	58
sulfato de magnesio en agua	66	T		TECENTRIQ	32
sulfato de magnesio inyectable	66	TABLOID	32	TECFIDERA, CÁPSULAS ORALES, LIBERACIÓN RETARDADA (DR/EC), 120 MG	37
sulfato de quinidina, comprimidos orales	42	TABRECTA	32	TECFIDERA, CÁPSULAS ORALES, LIBERACIÓN RETARDADA (DR/EC), 120 MG (14), 240 MG (46)	37
sulfato de quinina	25	tacrolimus oral	32	TECFIDERA, CÁPSULAS ORALES, LIBERACIÓN RETARDADA (DR/EC), 240 MG	37
sulfato de tobramicina	25	tacrolimus tópico	47	TECHLITE, AGUJA PARA LAPICERA	54
sulfonato de poliestireno sódico, polvo oral	50	tadalafil (hipertensión arterial pulmonar), comprimidos orales, 20 mg	66	TEFLARO	23
sulfuro de selenio, loción tópica	46	TAFINLAR	32	telmisartán	44
sulindaco	39	TAGRISSO	32	telmisartán-amlodipina	44
sumatriptán, rociador nasal no aerosol, 5 mg/activación	36	TALTZ, JERINGA	47	telmisartán-hidroclorotiazida	44
sumatriptán, rociador nasal no aerosol, 20 mg/activación	36	TALZENNA, CÁPSULAS ORALES, 0.25 MG	32	TEMIXYS	22
sunitinib	32	TALZENNA, CÁPSULAS ORALES, 1 MG	32	TEMODAR INTRAVENOSO	32
SUPREP, KIT DE PREPARACIÓN INTESTINAL	56	tamoxifeno	32	temsirolimus	32
SUTAB	56	tamsulosina	66	TENIVAC (PF), JERINGA INTRAMUSCULAR	58
SUTENT	32	TARGRETIN TÓPICO	32	teofilina, comprimidos orales, liberación prolongada, 12 horas, 300 mg, 450 mg	66
syeda	62	tarina 24 fe	62	teofilina, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas	66
SYMDEKO	66	tarina fe 1/20 (28)	62	TEPMETKO	32
SYMFI	22	tarina fe 1-20 eq (28)	62	terazosina, cápsulas orales, 1 mg, 2 mg, 5 mg	44
SYMFI LO	22	tartrato de metoprolol, comprimidos orales, 100 mg, 25 mg, 50 mg	44	terazosina, cápsulas orales, 10 mg	44
SYMPAZAN	35	tartrato de metoprolol- hidroclorotiazida	44	terbutalina	66
SYMTUZA	22	tartrato de rivastigmina	37	terconazol	60
SYNAREL	55	TASIGNA, CÁPSULAS ORALES, 50 MG	32	TERIPARATIDE	58
SYNERCID	25	TASIGNA, CÁPSULAS ORALES, 150 MG, 200 MG	32	testosterona, gel transdérmico	55
SYNJARDY	53	taysofy	62	testosterona, gel transdérmico en bomba con dosis medidas, 12.5 mg/1.25 gramos (1%)	55
SYNJARDY XR, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN INMEDIATA- LIBERACIÓN PROLONGADA, BIFÁSICA, 24 HORAS, 10-1,000 MG, 12.5-1,000 MG, 5-1,000 MG	54	tazaroteno, crema tópica	48	testosterona, gel transdérmico en paquete, 1% (25 mg/2.5 gramos), 1% (50 mg/5 gramos)	55
SYNJARDY XR, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN INMEDIATA- LIBERACIÓN PROLONGADA, BIFÁSICA, 24 HORAS, 25-1,000 MG	54	tazicef	23		
		TAZORAC, CREMA TÓPICA, 0.05%	48		
		TAZORAC, GEL TÓPICO	48		
		taztia xt, cápsulas orales, liberación prolongada, 24 horas, 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg	44		

Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
TETANUS, DIPHTHERIA TOX PEDIÁTRICA (PF)	58	TOUJEO MAX U-300 SOLOSTAR . . .	54	triamcinolona acetona, suspensión inyectable, 40 mg/ml . . .	51
tetrabenazina, comprimidos orales, 12.5 mg	37	TOUJEO SOLOSTAR U-300, INSULINA	54	triamtereno-hidroclorotiazida, cápsulas orales, 37.5-25 mg	45
tetrabenazina, comprimidos orales, 25 mg	37	TOVIAZ	66	triamtereno-hidroclorotiazida, comprimidos orales	45
THALOMID, CÁPSULAS ORALES, 100 MG, 150 MG, 50 MG .	32	TRADJENTA	54	triderm, crema tópica, 0.1%	49
THALOMID, CÁPSULAS ORALES, 200 MG	32	tramadol-acetaminofeno	39	trientina	50
tiadylt, liberación prolongada	45	tramadol, comprimidos orales, 50 mg	39	tri-estarylla	62
tiagabina	35	trandolapril	45	tri femynor	62
TIBSOVO	32	tranilcipromina	42	trifluoperazina, comprimidos orales, 1 mg	42
tigeciclina	25	TRAVASOL 10%	67	trifluoperazina, comprimidos orales, 10 mg, 2 mg, 5 mg	42
tilia fe	62	travoprost	64	trifluridina	63
tioridazina	42	TRAZIMERA	32	TRIJARDY XR, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN INMEDIATA- LIBERACIÓN PROLONGADA, BIFÁSICA, 24 HORAS, 10-5- 1,000 MG, 25-5-1,000 MG	54
tiotepa	32	trazodona	42	TRIJARDY XR, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN INMEDIATA- LIBERACIÓN PROLONGADA, BIFÁSICA, 24 HORAS, 12.5- 2.5-1,000 MG, 5-2.5-1,000 MG	54
tiotixeno	42	TREANDA	32	TRIKAFTA	66
tis-u-sol pentalito	49	TRECATOR	25	tri-legest fe	62
TIVDAK	32	TRELEGY ELLIPTA	66	tri-lynyah	62
TIVICAY, COMPRIMIDOS ORALES, 10 MG	22	TRELSTAR, SUSPENSIÓN INTRAMUSCULAR PARA RECONSTITUCIÓN	32	tri-lo-estarylla	62
TIVICAY, COMPRIMIDOS ORALES, 25 MG, 50 MG	22	TRESIBA FLEXTOUCH U-100	54	tri-lo-marzia	62
TIVICAY PD	22	TRESIBA FLEXTOUCH U-200	54	tri-lo-mili	62
tizanidina, comprimidos orales	37	TRESIBA U-100, INSULINA	54	tri-lo-sprintec	62
tobramicina-dexametasona	64	tretinoína (antineoplásico)	32	trimetoprima	26
tobramicina en nacl al 0.225%	25	tretinoína, crema tópica, 0.025%, 0.05%, 0.1%	48	tri-mili	62
tobramicina oftálmica (ojos)	63	tretinoína, microesferas, gel tópico al 0.1%	48	trimipramina	42
tolterodina, comprimidos orales	66	tretinoína, microesferas, gel tópico con bomba al 0.1%	48	TRINTELLIX	42
tolvaptán, comprimidos orales, 30 mg	55	tretinoína tópica, gel tópico, 0.01% .	48	tri-nymyo	62
topimarato, comprimidos orales	35	tretinoína tópica, gel tópico, 0.025%, 0.05%	48	trióxido de arsénico	27
topiramato, cápsulas orales, con gránulos	35	triamcinolona acetona, crema tópica	49	tri-previfem (28)	62
toposar	32	triamcinolona acetona, loción tópica	49	TRIPTODUR	32
topotecán, sol. para reconst. intravenosa	32	triamcinolona acetona, pasta dental	51	tri-sprintec (28)	62
topotecán, solución intravenosa, 4 mg/4 ml (1 mg/ml)	32	triamcinolona acetona, pomada tópica	49	tritocin	49
toremifeno	32				
torsemida oral	45				

Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
TRIUMEQ.....	22	ursodiol, cápsulas orales, 300 mg ..	56	VANCOMYCIN, SOL. PARA RECONST. INTRAVENOSA, 1.25 GRAMOS, 1.5 GRAMOS.....	25
trivora (28)	62	ursodiol, comprimidos orales	56	VANCOMYCIN-WATER, INYECTABLE (PEG).....	25
tri-vylibra	62	V		vandazol	60
tri-vylibra lo	62	valaciclovir, comprimidos orales, 1 gramo.....	22	VAQTA (PF).....	58
TRODELVY	32	valaciclovir, comprimidos orales, 500 mg	22	vareniclina	50
TROGARZO	22	VALCHLOR	47	VARIVAX (PF).....	58
TROPHAMINE 10%	67	valerato de betametasona, crema tópica	48	VARIZIG	58
TRULICITY	54	valerato de betametasona, loción tópica	48	VASCEPA.....	46
TRUMENBA	58	valerato de betametasona, pomada tópica	48	VECTIBIX.....	33
TRUSELTIQ, CÁPSULAS ORALES, 75 MG/DÍA (25 MG X 3).....	32	valerato de estradiol, aceite intramuscular, 20 mg/ml, 40 mg/ml ..	59	VELCADE	33
TRUSELTIQ, CÁPSULAS ORALES, 100 MG/DÍA (100 MG X 1)	32	valerato de hidrocortisona.....	49	velivet, régimen trifásico (28)	62
TRUSELTIQ, CÁPSULAS ORALES, 125 MG/DÍA (100 MG X 1-25 MG X 1), 50 MG/DÍA (25 MG X 2).....	32	valganciclovir.....	22	VELPHORO.....	50
TRUVADA	22	valproato sódico.....	35	VELTASSA.....	50
TRUXIMA.....	32	valrubicina	33	VEMLIDY	22
TUKYSA, COMPRIMIDOS ORALES, 50 MG	32	valsartán, comprimidos orales, 160 mg, 40 mg, 80 mg	45	venclexta, comprimidos orales, 10 mg	33
TUKYSA, COMPRIMIDOS ORALES, 150 MG	32	valsartán, comprimidos orales, 320 mg	45	venclexta, comprimidos orales, 50 mg	33
TURALIO	32	valsartán-hidroclorotiazida	45	VENCLEXTA, COMPRIMIDOS ORALES, 100 MG	33
TWINRIX (PF).....	58	VALTOCO.....	35	VENCLEXTA, PAQUETE INICIAL ..	33
TYBLUME	62	vancomicina, cápsulas orales, 125 mg	25	venlafaxina, cápsulas orales, liberación prolongada, 24 horas	42
tydemy.....	62	vancomicina, cápsulas orales, 250 mg	25	venlafaxina, comprimidos orales....	42
TYKERB.....	32	vancomicina, sol. para reconst. intravenosa, 1,000 mg, 10 gramos, 250 mg, 5 gramos, 500 mg, 750 mg.....	25	VENTAVIS	66
TYMLOS.....	58	vancomicina, sol. para reconst. oral ..	25	VENTOLIN HFA.....	66
TYPHIM VI.....	58	VANCOMYCIN EN CLORURO DE SODIO AL 0.9%, INFUSIÓN SECUNDARIA INTRAVENOSA.....	25	VERAPAMIL, CÁPSULAS ORALES, PÍLDORAS DE LIB. PROL., 24 HORAS, 360 MG	45
TYSABRI	37	VANCOMYCIN EN DEXTROSA AL 5%, INFUSIÓN SECUNDARIA INTRAVENOSA	25	verapamilo, cápsulas orales, píldoras ct de lib. prol., 24 horas....	45
U		VANCOMYCIN INYECTABLE	25	verapamilo, cápsulas orales, píldoras de lib. prol., 24 horas, 120 mg, 180 mg, 240 mg.....	45
UKONIQ	32			verapamilo, comprimidos orales	45
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	55			verapamilo, comprimidos orales, liberación prolongada.....	45
unithroid, comprimidos orales, 137 mcg	55			verapamilo, solución intravenosa ...	45
UNITUXIN	32			VERQUVO.....	46
UPTRAVI, ORAL	45				

Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
VERSACLOZ	42	VITRAKVI, CÁPSULAS ORALES, 100 MG	33	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)	35
VERZENIO	33	VITRAKVI, SOLUCIÓN ORAL	33	XELJANZ, COMPRIMIDOS ORALES	59
<i>vestura</i> (28)	62	VIVITROL	39	XELJANZ, SOLUCIÓN ORAL	59
V-GO 20	54	VIZIMPRO	33	XELJANZ XR	59
V-GO 30	54	<i>volnea</i> (28)	62	XGEVA	27
V-GO 40	54	<i>voriconazol, comprimidos orales, 50 mg</i>	20	XIAFLEX	50
VICTOZA 2-PAK	54	<i>voriconazol, comprimidos orales, 200 mg</i>	20	XIFAXAN, COMPRIMIDOS ORALES, 550 MG	25
VICTOZA 3-PAK	54	<i>voriconazol intravenoso</i>	20	XOLAIR, JERINGA SUBCUTÁNEA, 75 MG/0.5 ML	66
<i>vienva</i>	62	<i>voriconazol, suspensión oral para reconstitución</i>	20	XOLAIR, JERINGA SUBCUTÁNEA, 150 MG/ML	66
<i>vigabatrina</i>	35	VOSEVI	22	XOLAIR, SOL. PARA RECONST. SUBCUTÁNEA	66
<i>vigadrone</i>	35	VOTRIENT	33	XOSPATA	33
VIIBRYD, COMPRIMIDOS ORALES	42	VRAYLAR, CÁPSULAS ORALES	42	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)	33
VIIBRYD, COMPRIMIDOS ORALES, PAQUETE DOSIFICADO, 10 MG (7), 20 MG (23)	42	VRAYLAR, CÁPSULAS ORALES, PAQUETE DOSIFICADO	42	XTAMPZA ER	38
VIMPAT, COMPRIMIDOS ORALES, 50 MG	35	<i>vyfemla</i> (28)	62	XTANDI, CÁPSULAS ORALES	33
VIMPAT, COMPRIMIDOS ORALES, 100 MG, 150 MG, 200 MG	35	<i>vylibra</i>	62	XTANDI, COMPRIMIDOS ORALES, 40 MG	33
VIMPAT INTRAVENOSO	35	VYNDAMAX	46	XTANDI, COMPRIMIDOS ORALES, 80 MG	33
VIMPAT, SOLUCIÓN ORAL	35	VYND AQEL	46	XULTOPHY 100/3.6	54
<i>vinblastine</i>	33	VYXEOS	33	XYREM	42
<i>vincasar pfs</i>	33	W			
<i>vincristina</i>	33	<i>warfarina</i>	46		
<i>vinorelbina</i>	33	WELIREG	33		
VIOKACE	56	<i>wera</i> (28)	62		
<i>viorele</i> (28)	62	<i>wymzya fe</i>	62		
VIRACEPT, COMPRIMIDOS ORALES, 250 MG	22	X			
VIRACEPT, COMPRIMIDOS ORALES, 625 MG	22	XALKORI	33		
VIREAD, COMPRIMIDOS ORALES, 150 MG, 200 MG, 250 MG	22	XARELTO	46		
VIREAD, POLVO ORAL	22	XARELTO, TRATAMIENTO INICIAL PARA TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA/EMBOLIA PULMONAR, 30 DÍAS	46		
VITAMINAS PRENATALES, COMPRIMIDOS ORALES	68	XATMEP	33		
VITRAKVI, CÁPSULAS ORALES, 25 MG	33	XCOPRI	35		
		XCOPRI, PAQUETE DE AJUSTE DE DOSIS	35		
				Y	
				YERVOY	33
				YF-VAX (PF)	58

Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
YONDELIS.....	33	ZTLIDO.....	47		
<i>yuvafem</i>	60	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.....	39		
Z		ZUBSOLV, COMPRIMIDOS SUBLINGUALES, 8.6-2.1 MG.....	39		
<i>zafirlukast</i>	66	<i>zumandimine (28)</i>	62		
<i>zaleplon, cápsulas orales, 5 mg</i>	42	ZYDELIG	33		
<i>zaleplon, cápsulas orales, 10 mg</i> ...	42	ZYKADIA, COMPRIMIDOS ORALES	33		
ZALTRAP	33	ZYNLONTA	33		
ZANOSAR	33	ZYPREXA RELPREVV	42		
<i>zarah</i>	62				
ZARXIO	57				
ZEJULA	33				
ZELBORAF	33				
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 ...	57				
ZEPZELCA	33				
ZERVIAE	63				
<i>zidovudina, cápsulas orales</i>	22				
<i>zidovudina, comprimidos orales</i>	22				
<i>zidovudina, jarabe oral</i>	22				
ZIEXTENZO	57				
ZIRABEV	33				
ZIRGAN	63				
ZOLADEX	33				
ZOLEDRONIC AC- MANNITOL-0.9NACL.....	55				
ZOLINZA	33				
<i>zolpidem, comprimidos orales</i>	42				
<i>zonisamida</i>	35				
ZORTRESS, COMPRIMIDOS ORALES, 1 MG	33				
ZOSTAVAX (PF).....	58				
<i>zovia 1-35 (28)</i>	62				
<i>zovia 1/35e (28)</i>	62				

Notes

[illegible]

Notes

[illegible]

Notes

[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 Customer Service, al 1-800-222-6700 (TTY 711), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana. Puede que nuestro sistema telefónico automático conteste sus llamadas durante los fines de semana del 1 de abril al 30 de septiembre.

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 – Grievance
PO Box 269005
Weston, FL 33326-9927
Teléfono: 1-800-222-6700 (TTY 711) Fax: 1-800-735-1469

Puede presentar el reclamo escrito por correo postal o fax. Si necesita ayuda para hacerlo, Customer Service 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 1-800-222-6700 (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 1-800-222-6700 (TTY 711), 8 a.m. a 8 p.m., 7 días de la semana. Cigna® Rx (PDP) es un plan de medicamentos con receta (PDP, por sus siglas en inglés) de Medicare con un contrato con Medicare. La inscripción en Cigna depende de la renovación de los contratos. © 2017 Cigna

Multi-language Interpreter Services

English – ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge are available to you. Call **1-800-222-6700** (TTY 711).

Spanish – ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al **1-800-222-6700** (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 **1-800-222-6700** (TTY 711)。

Tiếng Việt (Vietnamese) – CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số **1-800-222-6700** (TTY: 711).

French Creole – ATANSYON: Si w pale Kreyol Ayisyen, gen sevis ed pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele **1-800-222-6700** (TTY: 711).

Korean – 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. **1-800-222-6700** (TTY: 711) 번으로 전화해 주십시오.

Polish – UWAGA: Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer **1-800-222-6700** (TTY: 711).

French – ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le **1-800-222-6700** (ATS : 711).

Arabic - ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم **1-800-222-6700** (رقم هاتف الصم والبكم 711).

Russian – ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните **1-800-222-6700** (телетайп: 711).

Tagalog – PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa **1-800-222-6700** (TTY: 711).

Farsi/Persian - توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می باشد. تماس بگیرید. **1-800-222-6700** (TTY:711)

German – ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: **1-800-222-6700** (TTY: 711).

Portuguese – ATENÇÃO: Se fala português, encontram-se disponíveis serviços linguísticos, grátis. Ligue para **1-800-222-6700** (TTY: 711).

Italian – ATTENZIONE: In caso la lingua parlata sia l'italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamare il numero **1-800-222-6700** (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。**1-800-222-6700** (TTY: 711) まで、お電話にてご連絡ください。

Navajo – Díí baa akó nínizin: Díí saad bee yánilti'go **Diné Bizaad**, saad bee áká'ánída'áwo'déé', t'áá jiik'eh, éí ná hóló, kojì' hódíílnih **1-800-222-6700** (TTY 711).

Gujarati – સુચના: જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો, તો નન:શુ ક ભાષા સહાય સેવાઓ તમારા માટે ઉપલ ધ છે. ફોન કરો **1-800-222-6700** (TTY: 711).

Urdu خبردار: اگر آپ اردو بولتے ہیں، تو آپ کو زبان کی مدد کی خدمات مفت میں دستیاب ہیں۔ کال **1-800-222-6700** (TTY: 711) ک



1-800-222-6700 (TTY 711)



De 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana. Puede que nuestro sistema telefónico automático conteste sus llamadas durante los fines de semana del 1 de abril al 30 de septiembre.



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 1-800-222-6700 o, para los usuarios de TTY, al 711, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana. Puede que nuestro sistema telefónico automático conteste sus llamadas durante los fines de semana del 1 de abril al 30 de septiembre. También puede visitar 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. El nombre de Cigna, los logotipos, y otras marcas de Cigna son propiedad de Cigna Intellectual Property, Inc.