



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-Essential Rx (PDP)

HPMS Approved Formulary File Submission ID 21119, Version 18

Esta lista de medicamentos 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_ESS_S_V12
INT_21_87406_C_Final_10pS

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-Essential 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 18. 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 18. 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 66. 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 18. 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 18 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 66.

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 18, 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**



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>.

La siguiente tabla representa el nombre del plan, el área de servicio del plan, el número de nivel del medicamento como aparece en la lista de medicamentos y la cantidad del costo compartido para ese número de nivel. El Nivel 1 es para los medicamentos genéricos preferidos. El Nivel 2 es para los medicamentos genéricos. El Nivel 3 es para los medicamentos de marca preferida. El Nivel 4 es para los medicamentos no preferidos. El Nivel 5 es para los medicamentos de especialidad. Consulte la siguiente tabla. También puede consultar su documento de Evidencia de cobertura para conocer más detalles.

Cigna no siempre puede mantener todos los medicamentos genéricos en los niveles de medicamentos Genéricos preferidos y Genéricos, y algunos medicamentos genéricos pueden estar en el Nivel 3, Nivel 4 o Nivel 5. Recuerde que el nombre “Nivel 3: Medicamentos de marca preferida” es simplemente

una descripción de la mayoría de los medicamentos incluidos en el nivel. No significa que en ese nivel haya solamente medicamentos de marca.

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

Para encontrar el costo de su medicamento, consulte la(s) siguiente(s) tabla(s) para 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-Essential 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	\$0 / \$0 / \$0	\$19 / \$38 / \$57	\$0 / \$0 / \$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	18%	20%	18%	20%	20%
Nivel 4: Medicamentos no preferidos	47%	48%	47%	48%	48%
Nivel 5: Nivel de especialidad	25% (30 días)	25% (30 días)	25% (30 días)	25% (30 días)	25%
ALASKA					
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos	\$0 / \$0 / \$0	\$19 / \$38 / \$57	\$0 / \$0 / \$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	18%	20%	18%	20%	20%
Nivel 4: Medicamentos no preferidos	49%	50%	49%	50%	50%
Nivel 5: Nivel de especialidad	25% (30 días)	25% (30 días)	25% (30 días)	25% (30 días)	25%

* 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-Essential 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	
ARIZONA					
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos	\$0 / \$0 / \$0	\$19 / \$38 / \$57	\$0 / \$0 / \$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	18%	20%	18%	20%	20%
Nivel 4: Medicamentos no preferidos	48%	49%	48%	49%	49%
Nivel 5: Nivel de especialidad	25% (30 días)	25% (30 días)	25% (30 días)	25% (30 días)	25%
ARKANSAS					
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos	\$0 / \$0 / \$0	\$19 / \$38 / \$57	\$0 / \$0 / \$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	18%	20%	18%	20%	20%
Nivel 4: Medicamentos no preferidos	43%	43%	43%	43%	43%
Nivel 5: Nivel de especialidad	25% (30 días)	25% (30 días)	25% (30 días)	25% (30 días)	25%
CALIFORNIA					
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos	\$0 / \$0 / \$0	\$19 / \$38 / \$57	\$0 / \$0 / \$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	18%	20%	18%	20%	20%
Nivel 4: Medicamentos no preferidos	43%	44%	43%	44%	44%
Nivel 5: Nivel de especialidad	25% (30 días)	25% (30 días)	25% (30 días)	25% (30 días)	25%
COLORADO					
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos	\$0 / \$0 / \$0	\$19 / \$38 / \$57	\$0 / \$0 / \$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	18%	20%	18%	20%	20%
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%
CONNECTICUT					
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos	\$0 / \$0 / \$0	\$19 / \$38 / \$57	\$0 / \$0 / \$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	18%	20%	18%	20%	20%
Nivel 4: Medicamentos no preferidos	49%	50%	49%	50%	50%
Nivel 5: Nivel de especialidad	25% (30 días)	25% (30 días)	25% (30 días)	25% (30 días)	25%

* Pagaré 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-Essential 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	
DELAWARE					
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos	\$0 / \$0 / \$0	\$19 / \$38 / \$57	\$0 / \$0 / \$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	18%	20%	18%	20%	20%
Nivel 4: Medicamentos no preferidos	42%	43%	42%	43%	43%
Nivel 5: Nivel de especialidad	25% (30 días)	25% (30 días)	25% (30 días)	25% (30 días)	25%
DISTRICT OF COLUMBIA					
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos	\$0 / \$0 / \$0	\$19 / \$38 / \$57	\$0 / \$0 / \$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	18%	20%	18%	20%	20%
Nivel 4: Medicamentos no preferidos	42%	43%	42%	43%	43%
Nivel 5: Nivel de especialidad	25% (30 días)	25% (30 días)	25% (30 días)	25% (30 días)	25%
FLORIDA					
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos	\$0 / \$0 / \$0	\$19 / \$38 / \$57	\$0 / \$0 / \$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	18%	20%	18%	20%	20%
Nivel 4: Medicamentos no preferidos	46%	46%	46%	46%	46%
Nivel 5: Nivel de especialidad	25% (30 días)	25% (30 días)	25% (30 días)	25% (30 días)	25%
GEORGIA					
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos	\$0 / \$0 / \$0	\$19 / \$38 / \$57	\$0 / \$0 / \$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	18%	20%	18%	20%	20%
Nivel 4: Medicamentos no preferidos	47%	48%	47%	48%	48%
Nivel 5: Nivel de especialidad	25% (30 días)	25% (30 días)	25% (30 días)	25% (30 días)	25%
HAWAII					
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos	\$0 / \$0 / \$0	\$19 / \$38 / \$57	\$0 / \$0 / \$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	18%	20%	18%	20%	20%
Nivel 4: Medicamentos no preferidos	44%	45%	44%	45%	45%
Nivel 5: Nivel de especialidad	25% (30 días)	25% (30 días)	25% (30 días)	25% (30 días)	25%

* 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-Essential 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	
IDAHO					
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos	\$0 / \$0 / \$0	\$19 / \$38 / \$57	\$0 / \$0 / \$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	18%	20%	18%	20%	20%
Nivel 4: Medicamentos no preferidos	44%	45%	44%	45%	45%
Nivel 5: Nivel de especialidad	25% (30 días)	25% (30 días)	25% (30 días)	25% (30 días)	25%
ILLINOIS					
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos	\$0 / \$0 / \$0	\$19 / \$38 / \$57	\$0 / \$0 / \$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	18%	20%	18%	20%	20%
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%
INDIANA					
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos	\$0 / \$0 / \$0	\$19 / \$38 / \$57	\$0 / \$0 / \$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	18%	20%	18%	20%	20%
Nivel 4: Medicamentos no preferidos	45%	45%	45%	45%	45%
Nivel 5: Nivel de especialidad	25% (30 días)	25% (30 días)	25% (30 días)	25% (30 días)	25%
IOWA					
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos	\$0 / \$0 / \$0	\$19 / \$38 / \$57	\$0 / \$0 / \$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	18%	20%	18%	20%	20%
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%
KANSAS					
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos	\$0 / \$0 / \$0	\$19 / \$38 / \$57	\$0 / \$0 / \$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	18%	20%	18%	20%	20%
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%

* Pagaré 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-Essential 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	
KENTUCKY					
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos	\$0 / \$0 / \$0	\$19 / \$38 / \$57	\$0 / \$0 / \$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	18%	20%	18%	20%	20%
Nivel 4: Medicamentos no preferidos	45%	45%	45%	45%	45%
Nivel 5: Nivel de especialidad	25% (30 días)	25% (30 días)	25% (30 días)	25% (30 días)	25%
LOUISIANA					
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos	\$0 / \$0 / \$0	\$19 / \$38 / \$57	\$0 / \$0 / \$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	18%	20%	18%	20%	20%
Nivel 4: Medicamentos no preferidos	43%	43%	43%	43%	43%
Nivel 5: Nivel de especialidad	25% (30 días)	25% (30 días)	25% (30 días)	25% (30 días)	25%
MAINE					
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos	\$0 / \$0 / \$0	\$19 / \$38 / \$57	\$0 / \$0 / \$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	18%	20%	18%	20%	20%
Nivel 4: Medicamentos no preferidos	49%	49%	49%	49%	49%
Nivel 5: Nivel de especialidad	25% (30 días)	25% (30 días)	25% (30 días)	25% (30 días)	25%
MARYLAND					
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos	\$0 / \$0 / \$0	\$19 / \$38 / \$57	\$0 / \$0 / \$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	18%	20%	18%	20%	20%
Nivel 4: Medicamentos no preferidos	42%	43%	42%	43%	43%
Nivel 5: Nivel de especialidad	25% (30 días)	25% (30 días)	25% (30 días)	25% (30 días)	25%
MASSACHUSETTS					
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos	\$0 / \$0 / \$0	\$19 / \$38 / \$57	\$0 / \$0 / \$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	18%	20%	18%	20%	20%
Nivel 4: Medicamentos no preferidos	49%	50%	49%	50%	50%
Nivel 5: Nivel de especialidad	25% (30 días)	25% (30 días)	25% (30 días)	25% (30 días)	25%

* 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-Essential 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	
MICHIGAN					
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos	\$0 / \$0 / \$0	\$19 / \$38 / \$57	\$0 / \$0 / \$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	18%	20%	18%	20%	20%
Nivel 4: Medicamentos no preferidos	46%	47%	46%	47%	47%
Nivel 5: Nivel de especialidad	25% (30 días)	25% (30 días)	25% (30 días)	25% (30 días)	25%
MINNESOTA					
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos	\$0 / \$0 / \$0	\$19 / \$38 / \$57	\$0 / \$0 / \$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	18%	20%	18%	20%	20%
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%
MISSISSIPPI					
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos	\$0 / \$0 / \$0	\$19 / \$38 / \$57	\$0 / \$0 / \$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	18%	20%	18%	20%	20%
Nivel 4: Medicamentos no preferidos	47%	48%	47%	48%	48%
Nivel 5: Nivel de especialidad	25% (30 días)	25% (30 días)	25% (30 días)	25% (30 días)	25%
MISSOURI					
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos	\$0 / \$0 / \$0	\$19 / \$38 / \$57	\$0 / \$0 / \$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	18%	20%	18%	20%	20%
Nivel 4: Medicamentos no preferidos	48%	48%	48%	48%	48%
Nivel 5: Nivel de especialidad	25% (30 días)	25% (30 días)	25% (30 días)	25% (30 días)	25%
MONTANA					
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos	\$0 / \$0 / \$0	\$19 / \$38 / \$57	\$0 / \$0 / \$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	18%	20%	18%	20%	20%
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%

* Pagaré 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-Essential 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	
NEBRASKA					
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos	\$0 / \$0 / \$0	\$19 / \$38 / \$57	\$0 / \$0 / \$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	18%	20%	18%	20%	20%
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%
NEVADA					
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos	\$0 / \$0 / \$0	\$19 / \$38 / \$57	\$0 / \$0 / \$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	18%	20%	18%	20%	20%
Nivel 4: Medicamentos no preferidos	48%	48%	48%	48%	48%
Nivel 5: Nivel de especialidad	25% (30 días)	25% (30 días)	25% (30 días)	25% (30 días)	25%
NEW HAMPSHIRE					
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos	\$0 / \$0 / \$0	\$19 / \$38 / \$57	\$0 / \$0 / \$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	18%	20%	18%	20%	20%
Nivel 4: Medicamentos no preferidos	49%	49%	49%	49%	49%
Nivel 5: Nivel de especialidad	25% (30 días)	25% (30 días)	25% (30 días)	25% (30 días)	25%
NEW JERSEY					
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos	\$0 / \$0 / \$0	\$19 / \$38 / \$57	\$0 / \$0 / \$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	18%	20%	18%	20%	20%
Nivel 4: Medicamentos no preferidos	41%	42%	41%	42%	42%
Nivel 5: Nivel de especialidad	25% (30 días)	25% (30 días)	25% (30 días)	25% (30 días)	25%
NEW MEXICO					
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos	\$0 / \$0 / \$0	\$19 / \$38 / \$57	\$0 / \$0 / \$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	18%	20%	18%	20%	20%
Nivel 4: Medicamentos no preferidos	45%	46%	45%	46%	46%
Nivel 5: Nivel de especialidad	25% (30 días)	25% (30 días)	25% (30 días)	25% (30 días)	25%

* 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-Essential 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	
NEW YORK					
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos	\$0 / \$0 / \$0	\$19 / \$38 / \$57	\$0 / \$0 / \$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	18%	20%	18%	20%	20%
Nivel 4: Medicamentos no preferidos	40%	41%	40%	41%	41%
Nivel 5: Nivel de especialidad	25% (30 días)	25% (30 días)	25% (30 días)	25% (30 días)	25%
NORTH CAROLINA					
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos	\$0 / \$0 / \$0	\$19 / \$38 / \$57	\$0 / \$0 / \$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	18%	20%	18%	20%	20%
Nivel 4: Medicamentos no preferidos	42%	43%	42%	43%	43%
Nivel 5: Nivel de especialidad	25% (30 días)	25% (30 días)	25% (30 días)	25% (30 días)	25%
NORTH DAKOTA					
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos	\$0 / \$0 / \$0	\$19 / \$38 / \$57	\$0 / \$0 / \$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	18%	20%	18%	20%	20%
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%
OHIO					
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos	\$0 / \$0 / \$0	\$19 / \$38 / \$57	\$0 / \$0 / \$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	18%	20%	18%	20%	20%
Nivel 4: Medicamentos no preferidos	49%	49%	49%	49%	49%
Nivel 5: Nivel de especialidad	25% (30 días)	25% (30 días)	25% (30 días)	25% (30 días)	25%
OKLAHOMA					
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos	\$0 / \$0 / \$0	\$19 / \$38 / \$57	\$0 / \$0 / \$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	18%	20%	18%	20%	20%
Nivel 4: Medicamentos no preferidos	45%	46%	45%	46%	46%
Nivel 5: Nivel de especialidad	25% (30 días)	25% (30 días)	25% (30 días)	25% (30 días)	25%

* Pagaré 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-Essential 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	
OREGON					
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos	\$0 / \$0 / \$0	\$19 / \$38 / \$57	\$0 / \$0 / \$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	18%	20%	18%	20%	20%
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%
PENNSYLVANIA					
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos	\$0 / \$0 / \$0	\$19 / \$38 / \$57	\$0 / \$0 / \$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	18%	20%	18%	20%	20%
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%
RHODE ISLAND					
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos	\$0 / \$0 / \$0	\$19 / \$38 / \$57	\$0 / \$0 / \$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	18%	20%	18%	20%	20%
Nivel 4: Medicamentos no preferidos	49%	50%	49%	50%	50%
Nivel 5: Nivel de especialidad	25% (30 días)	25% (30 días)	25% (30 días)	25% (30 días)	25%
SOUTH CAROLINA					
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos	\$0 / \$0 / \$0	\$19 / \$38 / \$57	\$0 / \$0 / \$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	18%	20%	18%	20%	20%
Nivel 4: Medicamentos no preferidos	47%	48%	47%	48%	48%
Nivel 5: Nivel de especialidad	25% (30 días)	25% (30 días)	25% (30 días)	25% (30 días)	25%
SOUTH DAKOTA					
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos	\$0 / \$0 / \$0	\$19 / \$38 / \$57	\$0 / \$0 / \$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	18%	20%	18%	20%	20%
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%

* 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-Essential 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	
TENNESSEE					
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos	\$0 / \$0 / \$0	\$19 / \$38 / \$57	\$0 / \$0 / \$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	18%	20%	18%	20%	20%
Nivel 4: Medicamentos no preferidos	47%	48%	47%	48%	48%
Nivel 5: Nivel de especialidad	25% (30 días)	25% (30 días)	25% (30 días)	25% (30 días)	25%
TEXAS					
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos	\$0 / \$0 / \$0	\$19 / \$38 / \$57	\$0 / \$0 / \$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	18%	20%	18%	20%	20%
Nivel 4: Medicamentos no preferidos	48%	48%	48%	48%	48%
Nivel 5: Nivel de especialidad	25% (30 días)	25% (30 días)	25% (30 días)	25% (30 días)	25%
UTAH					
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos	\$0 / \$0 / \$0	\$19 / \$38 / \$57	\$0 / \$0 / \$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	18%	20%	18%	20%	20%
Nivel 4: Medicamentos no preferidos	44%	45%	44%	45%	45%
Nivel 5: Nivel de especialidad	25% (30 días)	25% (30 días)	25% (30 días)	25% (30 días)	25%
VERMONT					
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos	\$0 / \$0 / \$0	\$19 / \$38 / \$57	\$0 / \$0 / \$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	18%	20%	18%	20%	20%
Nivel 4: Medicamentos no preferidos	49%	50%	49%	50%	50%
Nivel 5: Nivel de especialidad	25% (30 días)	25% (30 días)	25% (30 días)	25% (30 días)	25%
VIRGINIA					
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos	\$0 / \$0 / \$0	\$19 / \$38 / \$57	\$0 / \$0 / \$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	18%	20%	18%	20%	20%
Nivel 4: Medicamentos no preferidos	40%	41%	40%	41%	41%
Nivel 5: Nivel de especialidad	25% (30 días)	25% (30 días)	25% (30 días)	25% (30 días)	25%

* Pagaré 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-Essential 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*
WASHINGTON					
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos	\$0 / \$0 / \$0	\$19 / \$38 / \$57	\$0 / \$0 / \$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	18%	20%	18%	20%	20%
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%
WEST VIRGINIA					
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos	\$0 / \$0 / \$0	\$19 / \$38 / \$57	\$0 / \$0 / \$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	18%	20%	18%	20%	20%
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%
WISCONSIN					
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos	\$0 / \$0 / \$0	\$19 / \$38 / \$57	\$0 / \$0 / \$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	18%	20%	18%	20%	20%
Nivel 4: Medicamentos no preferidos	46%	47%	46%	47%	47%
Nivel 5: Nivel de especialidad	25% (30 días)	25% (30 días)	25% (30 días)	25% (30 días)	25%
WYOMING					
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos	\$0 / \$0 / \$0	\$19 / \$38 / \$57	\$0 / \$0 / \$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	18%	20%	18%	20%	20%
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%

* Pagaré 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.

Mis medicamentos

En esta sección, puede escribir todos los medicamentos que está tomando actualmente. Luego puede buscar su medicamento en las siguientes páginas de la lista de medicamentos. Fíjese en qué nivel está su medicamento. Una vez que encuentre en qué nivel está su medicamento, puede mirar las tablas que aparecen antes de esta página y buscar su costo compartido para ese medicamento. Si necesita ayuda para encontrar sus medicamentos y costos compartidos, llame a Servicio al Cliente al 1-800-222-6700, 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 pueden llamar al 711.

Mis medicamentos	Número de página de la lista de medicamentos	Costo compartido a través de Cigna

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.....	18
MEDICAMENTOS ANTINEOPLÁSICOS/INMUNODEPRESORES	24
MEDICAMENTOS PARA EL SISTEMA NERVIOSO AUTÓNOMO/CENTRAL, NEUROLOGÍA/PSIC.....	31
CARDIOVASCULARES, HIPERTENSIÓN/LÍPIDOS	40
PRODUCTOS DERMATOLÓGICOS/TRATAMIENTO TÓPICO	44
PRODUCTOS DE DIAGNÓSTICO/AGENTES VARIOS	47
MEDICAMENTOS PARA NARIZ, GARGANTA Y OÍDO	48
SISTEMA ENDOCRINO/DIABETES	49
GASTROENTEROLOGÍA.....	53
INMUNOLOGÍA, VACUNAS/BIOTECNOLOGÍA.....	54
SISTEMA LOCOMOTOR/REUMATOLOGÍA.....	56
OBSTETRICIA/GINECOLOGÍA	57
OFTALMOLOGÍA.....	60
SISTEMA RESPIRATORIO Y ALERGIA.....	61
UROLÓGICOS	63
VITAMINAS, HEMATÍNICOS/ELECTROLITOS.....	64

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
aciclovir, suspensión oral, 200 mg/5 ml	4	
aciclovir, comprimidos orales	2	
aciclovir sódico, solución intravenosa	4	B/D PA
clorhidrato de amantadina	3	
APTIVUS	4	QL (120/30)
atazanavir, cápsulas orales, 150 mg, 300 mg	4	QL (30/30)
atazanavir, cápsulas orales, 200 mg	4	QL (60/30)
ATRIPLA	5	QL (30/30); NDS
BARACLUDE, SOLUCIÓN ORAL	4	QL (630/30)
BIKTARVY	5	NDS
CABENUVA	5	NDS
CIMDUO	4	
COMPLERA	4	QL (30/30)
DELSTRIGO	4	
DESCOVY	5	QL (30/30); NDS
didanosina, cápsulas orales, liberación retardada (dr/ec), 250 mg, 400 mg	4	QL (30/30)
DOVATO	5	NDS
EDURANT	3	QL (30/30)
efavirenz, cápsulas orales, 200 mg	5	QL (120/30); NDS
efavirenz, cápsulas orales, 50 mg	4	QL (180/30)
efavirenz, comprimidos orales	5	QL (30/30); NDS
efavirenz-emtricitabina-tenofovir	5	QL (30/30); NDS
disoproxilo de efavirenz-lamivudina-tenofovir, comprimidos orales, 400-300-300 mg	4	QL (30/30)
disoproxilo de efavirenz-lamivudina-tenofovir, comprimidos orales, 600-300-300 mg	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 17.

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>emtricitabina</i>	3	QL (30/30)
<i>emtricitabina-tenofovir (tdf)</i>	5	QL (30/30); NDS
EMTRIVA, CÁPSULAS ORALES	4	QL (30/30)
EMTRIVA, SOLUCIÓN ORAL	4	QL (680/28)
<i>entecavir</i>	4	QL (30/30)
EPCLUSA, COMPRIMIDOS ORALES	5	PA; QL (28/28); NDS
EPIVIR HBV, SOLUCIÓN ORAL	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 17.

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
SOVALDI, COMPRIMIDOS ORALES, 400 MG	5	PA; QL (28/28); 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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>fumarato de disoproxilo de tenofovir</i>	4	QL (30/30)
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	

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 17.

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>cefadroxilo, suspensión oral para reconstitución, 250 mg/5 ml, 500 mg/5 ml</i>	3	
<i>cefadroxilo, comprimidos orales</i>	3	
<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	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>ceftriaxona intravenosa</i>	4	
<i>cefuroxima axetilo, comprimidos orales</i>	3	
<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

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 17.

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
ARIKAYCE	4	PA; LA
atovacuna	5	NDS
atovacuna-proguanil	4	
aztreonam	4	PA
bacitracina intramuscular	4	
CAYSTON	5	PA; LA; QL (84/28); NDS
succinato sódico de cloranfenicol	4	
fosfato de cloroquina	2	
clorhidrato de clindamicina	2	
CLINDAMYCIN EN CLORURO DE SODIO AL 0.9%	4	PA
clindamicina en dextrosa al 5%	4	PA
clindamicina pediátrica	4	
fosfato de clindamicina inyectable	4	PA
fosfato de clindamicina, solución intravenosa, 600 mg/4 ml	4	PA
COARTEM	4	QL (24/30)
colistina (colistimetato sódico)	4	PA
CYCLOSERINE	4	
dapsona oral	3	
DAPTOMYCIN, SOL. PARA RECONST. INTRAVENOSA, 350 MG	5	NDS
daptomicina, sol. para reconst. intravenosa, 500 mg	5	NDS
EMVERM	4	
ertapenem	4	
etambutol	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)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
gentamicina en nacl (iso-osm.), infusión secundaria intravenosa, 100 mg/100 ml, 60 mg/50 ml, 80 mg/100 ml, 80 mg/50 ml	4	PA
GENTAMICIN IN NACL (ISO-OSM.), INFUSIÓN SECUNDARIA INTRAVENOSA, 100 MG/50 ML, 120 MG/100 ML	4	PA
gentamicina, solución inyectable, 40 mg/ml	4	PA
sulfato de gentamicina (pediátrico) (pf)	4	PA
HYDROXYCHLOROQUINE, COMPRIMIDOS ORALES, 100 MG, 300 MG, 400 MG	2	
hidroxicloroquina, comprimidos orales, 200 mg	2	
imipenem-cilastatina	4	
isoniazida, solución oral	4	
isoniazida, comprimidos orales	2	
ivermectina oral	3	
lincomicina	4	PA
linezolida en dextrosa al 5%	4	PA
linezolida, suspensión oral para reconstitución	5	QL (1800/30); NDS
linezolida, comprimidos orales	3	QL (60/30)
linezolida-cloruro de sodio al 0.9%	4	PA
mefloquina	2	
meropenem	4	
MEROPENEM-0.9% SODIUM CHLORIDE	4	
metro intravenoso	4	PA
metronidazol en nacl (iso-osm.)	4	PA
metronidazol, comprimidos orales	2	
neomicina	2	
nitazoxanida	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 17.

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 17.

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	
<i>tetraciclina</i>	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 17.

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 17.

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, liposomal pegilada</i>	4	B/D PA
DROXIA	4	
ELLENCE	4	B/D PA
ELZONRIS	5	PA; NDS
EMCYT	4	
EMPLICITI	4	PA
ENHERTU	5	PA; NDS
<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
<i>everolimus (inmunodepresor), comprimidos orales, 0.5 mg</i>	5	B/D PA; QL (120/30); NDS
EVOMELA	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 17.

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<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
<i>idarrubicina</i>	4	B/D PA
IDHIFA	5	PA; LA; QL (30/30); NDS

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<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
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

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 17.

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
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
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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
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, 20 mg</i>	4	PA
<i>megestrol, comprimidos orales, 40 mg</i>	3	PA
MEKINIST, COMPRIMIDOS ORALES, 0.5 MG	5	PA; QL (90/30); NDS
MEKINIST, COMPRIMIDOS ORALES, 2 MG	5	PA; QL (30/30); NDS
MEKTOVI	5	PA; LA; QL (180/30); NDS
<i>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
<i>mofetil micofenolato, cápsulas orales</i>	3	B/D PA
<i>mofetil micofenolato, suspensión oral para reconstitución</i>	5	B/D PA; NDS

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

Cursiva minúscula = Medicamento genérico

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 17.

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<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
PHESGO	5	PA; NDS
PIQRAY	5	PA; NDS
POLIVY	5	PA; NDS
POMALYST	5	PA; LA; QL (21/28); NDS

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
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
RYBREVANT	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
SPRYCEL, COMPRIMIDOS ORALES, 20 MG, 70 MG	5	PA; QL (60/30); NDS
STIVARGA	5	PA; QL (84/28); 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 17.

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<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; LA
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
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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<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
<i>valrubicina</i>	4	B/D PA
VECTIBIX	5	PA; NDS
VELCADE	5	PA; NDS
VENCLEXTA, COMPRIMIDOS ORALES, 10 MG	4	PA; LA; QL (60/30)
VENCLEXTA, COMPRIMIDOS ORALES, 100 MG	5	PA; LA; QL (120/30); NDS

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 17.

Medicamentos cubiertos por categoría

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
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

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	

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 17.

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>carbamazepina, suspensión oral, 100 mg/5 ml, 200 mg/10 ml</i>	4	
<i>carbamazepina, comprimidos orales</i>	4	
<i>carbamazepina, comprimidos orales, liberación prolongada, 12 horas</i>	4	
<i>carbamazepina, comprimidos orales masticables</i>	4	
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)
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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>epitol</i>	4	
<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	
<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)

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 17.

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<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	
<i>subvenite, paquete inicial (verde)</i>	3	
<i>subvenite, paquete inicial (naranja)</i>	3	
SYMPAZAN	5	PA; QL (60/30); NDS
<i>tiagabina</i>	4	
<i>topiramato, cápsulas orales, con gránulos</i>	2	PA
<i>topimarato, comprimidos orales</i>	2	PA
<i>valproato sódico</i>	3	
<i>ácido valproico</i>	2	
<i>ácido valproico (como sal sódica)</i>	2	
VALTOCO	4	PA; QL (10/30)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<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	
<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>carbidopa-levodopa-entacapona</i>	4	
<i>entacapona</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 17.

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
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)

TRATAMIENTOS NEUROLÓGICOS VARIOS

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<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)
<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)
<i>memantina, comprimidos orales, 5 mg</i>	3	PA; QL (90/30)
<i>memantina, comprimidos orales, paquete dosificado</i>	3	PA; QL (98/28)
NUEDEXTA	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

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 17.

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
TECFIDERA, CÁPSULAS ORALES, LIBERACIÓN RETARDADA (DR/EC), 240 MG	5	PA; LA; QL (60/30); NDS
tetrabenazina, comprimidos orales, 12.5 mg	5	PA; QL (240/30); NDS
tetrabenazina, comprimidos orales, 25 mg	5	PA; QL (120/30); NDS
TYSABRI	5	PA; NDS

RELAJANTES MUSCULARES/ TERAPIA ANTIESPASMÓDICA

baclofeno oral	2	
ciclobenzaprina, comprimidos orales, 10 mg, 5 mg	3	PA
dantroleno oral	4	
metocarbamol oral	2	PA
bromuro de piridostigmina, jarabe oral	4	
bromuro de piridostigmina, comprimidos orales, 60 mg	3	
bromuro de piridostigmina, comprimidos orales, liberación prolongada	3	
regonol	4	
tizanidina, comprimidos orales	2	

ANALGÉSICOS NARCÓTICOS

acetaminofeno-codeína, solución oral, 120 mg-12 mg/5 ml (5 ml), 120-12 mg/5 ml, 300 mg-30 mg/12.5 ml	2	QL (4500/30); NDS
acetaminofeno-codeína, comprimidos orales, 300-15 mg, 300-30 mg	2	QL (360/30); NDS
acetaminofeno-codeína, comprimidos orales, 300-60 mg	2	QL (180/30); NDS
clorhidrato de buprenorfina, inyectable	4	NDS
clorhidrato de buprenorfina sublingual	3	PA
butalbital-acetaminofeno-caf.	4	PA; QL (180/30)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
endocet	4	QL (360/30); NDS
citrato de fentanilo, pastilla bucal con aplicador	5	PA; QL (120/30); NDS
fentanilo, parche transdérmico, 72 horas, 100 mcg/h, 12 mcg/h, 25 mcg/h, 50 mcg/h, 75 mcg/h	4	QL (10/30); NDS
hidrocodona-acetaminofeno, solución oral, 7.5-325 mg/15 ml	4	QL (5550/30); NDS
hidrocodona-acetaminofeno, comprimidos orales, 10-325 mg, 5-325 mg, 7.5-325 mg	3	QL (360/30); NDS
hidrocodona-ibuprofeno, comprimidos orales, 7.5-200 mg	4	QL (50/30); NDS
hidromorfona, líquido oral	4	QL (2400/30); NDS
hidromorfona, comprimidos orales	4	QL (180/30); NDS
INFUMORPH P/F	4	B/D PA; NDS
metadona, solución inyectable	4	NDS
metadona, intensol	4	QL (90/30); NDS
metadona, concentrado oral	4	QL (90/30); NDS
metadona, solución oral, 10 mg/5 ml	4	QL (600/30); NDS
metadona, solución oral, 5 mg/5 ml	4	QL (1200/30); NDS
metadona, comprimidos orales, 10 mg	2	QL (120/30); NDS
metadona, comprimidos orales, 5 mg	2	QL (240/30); NDS
morfina (pf), solución inyectable, 0.5 mg/ml, 1 mg/ml	4	NDS
morfina, solución oral concentrada	4	QL (900/30); NDS
MORPHINE, SOLUCIÓN INYECTABLE, 10 MG/ML, 2 MG/ML, 4 MG/ML, 5 MG/ML	4	NDS
morfina, solución inyectable, 8 mg/ml	4	NDS
MORPHINE, JERINGA INYECTABLE, 2 MG/ML	4	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 17.

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>morfina, jeringa inyectable, 4 mg/ml</i>	4	NDS
<i>morfina, solución inyectable, 10 mg/ml</i>	4	NDS
MORPHINE, SOLUCIÓN INTRAVENOSA, 4 MG/ML, 8 MG/ML	4	NDS
MORPHINE, JERINGA INTRAVENOSA, 10 MG/ML, 8 MG/ML	4	NDS
<i>morfina, jeringa intravenosa, 2 mg/ml, 4 mg/ml</i>	4	NDS
<i>morfina, solución oral</i>	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, concentrado oral</i>	4	QL (180/30); NDS
<i>oxicodona, solución oral</i>	4	QL (1200/30); NDS
<i>oxicodona, comprimidos orales, 10 mg, 15 mg, 20 mg, 30 mg</i>	3	QL (180/30); NDS
<i>oxicodona, comprimidos orales, 5 mg</i>	3	QL (360/30); NDS
<i>oxicodona-acetaminofeno, comprimidos orales, 10-325 mg, 2.5-325 mg, 5-325 mg, 7.5-325 mg</i>	4	QL (360/30); NDS
<i>oximorfona, comprimidos orales, liberación prolongada, 12 horas</i>	3	QL (90/30); NDS
XTAMPZA ER	3	QL (90/30); NDS
<i>zebutal</i>	4	PA; QL (180/30)
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)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<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>	3	QL (60/30)
<i>diclofenaco potásico, comprimidos orales, 50 mg</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	
<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	

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 17.

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
NARCAN	3	
oxaprozina	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)
sulindaco	2	
tramadol, comprimidos orales, 50 mg	2	QL (240/30); NDS
tramadol-acetaminofeno	4	QL (240/30); NDS
VIVITROL	5	NDS

MEDICAMENTOS PSICOTERAPÉUTICOS

ABILIFY MAINTENA	4	
ADASUVE	4	
alprazolam, comprimidos orales, 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg	2	QL (120/30)
alprazolam, comprimidos orales, 2 mg	2	QL (150/30)
amitriptilina	2	
amoxapina	4	
aripiprazol, solución oral	4	
aripiprazol, comprimidos orales	4	QL (30/30)
aripiprazol, comprimidos de desintegración oral	5	QL (60/30); NDS
maleato de asenapina	4	QL (60/30)
atomoxetina, cápsulas orales, 10 mg, 18 mg, 25 mg, 40 mg	4	QL (60/30)
atomoxetina, cápsulas orales, 100 mg, 60 mg, 80 mg	4	QL (30/30)
clorhidrato de bupropión, comprimidos orales, 100 mg	3	QL (120/30)
clorhidrato de bupropión, comprimidos orales, 75 mg	3	QL (180/30)
clorhidrato de bupropión, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas, 150 mg	3	QL (90/30)

clorhidrato de bupropión, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas, 300 mg	3	QL (30/30)
clorhidrato de bupropión, comprimidos orales, liberación sostenida, 12 horas	3	QL (60/30)
bupiriona	2	
CAPLYTA	4	PA; QL (30/30)
chlorpromazine	4	
citalopram, solución oral	4	
citalopram, comprimidos orales	1	
clomipramina	4	
clorazepato dipotásico, comprimidos orales, 15 mg	4	QL (180/30)
clorazepato dipotásico, comprimidos orales, 3.75 mg	4	QL (90/30)
clorazepato dipotásico, comprimidos orales, 7.5 mg	4	QL (360/30)
clozapina, comprimidos orales, 100 mg, 200 mg	4	
clozapina, comprimidos orales, 25 mg, 50 mg	3	
clozapina, comprimidos de desintegración oral	4	
desipramina	4	
succinato de desvenlafaxina	4	QL (30/30)
dexmetilfenidato, comprimidos orales	3	
dextroanfetamina, cápsulas orales, liberación prolongada	4	
dextroanfetamina, comprimidos orales	4	
dextroanfetamina-anfetamina, cápsulas orales, liberación prolongada, 24 horas	4	QL (60/30)
dextroanfetamina-anfetamina, comprimidos orales, 10 mg	3	QL (180/30)
dextroanfetamina-anfetamina, comprimidos orales, 12.5 mg, 30 mg, 7.5 mg	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 17.

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<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)
DRIZALMA, CÁPSULAS ORALES CON GRÁNULOS, LIB. RETARDADA, 40 MG	4	QL (90/30)
<i>duloxetina, cápsulas orales, liberación retardada (dr/ec), 20 mg, 30 mg, 60 mg</i>	2	QL (60/30)
EMSAM	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)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<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)
<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	

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 17.

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>lorazepam, jeringa inyectable, 2 mg/ml</i>	4	
<i>lorazepam, intenosol</i>	4	QL (150/30)
<i>lorazepam, concentrado oral</i>	4	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	
<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>	3	
MIRTAZAPINE, COMPRIMIDOS DE DESINTEGRACIÓN ORAL	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)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<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>oxazepam</i>	4	QL (120/30)
<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)
<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>	3	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)

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 17.

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<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>	2	
<i>temazepam, cápsulas orales, 15 mg, 30 mg</i>	2	QL (60/365)
<i>temazepam, cápsulas orales, 22.5 mg, 7.5 mg</i>	4	QL (60/365)
<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)
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>clorhidrato de ziprasidona</i>	4	QL (60/30)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>mesilato de ziprasidona</i>	4	QL (6/30)
<i>zolpidem, comprimidos orales</i>	2	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	
<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>	1	
<i>amlodipina-benazepril</i>	2	
<i>amlodipina-valsartán</i>	2	
<i>amlodipina-valsartán-HCTZ</i>	2	
<i>atenolol</i>	1	
<i>atenolol-clortalidona</i>	2	
<i>benazepril</i>	1	
<i>benazepril-hidroclorotiazida</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 17.

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>betaxolol oral</i>	2	
BIDIL	3	
<i>fumarato de bisoprolol</i>	2	
<i>bisoprolol-hidroclorotiazida</i>	1	
<i>bumetanida inyectable</i>	4	
<i>bumetanida, comprimidos orales, 0.5 mg, 1 mg</i>	2	
<i>bumetanida, comprimidos orales, 2 mg</i>	3	
<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>	1	
<i>clorotiazida sódica</i>	4	
<i>clortalidona, comprimidos orales, 25 mg, 50 mg</i>	2	
<i>clonidina</i>	4	QL (4/28)
<i>clorhidrato de clonidina, comprimidos orales</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	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>clorhidrato de diltiazem, cápsulas orales, liberación prolongada, 24 horas, 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg</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)
<i>maleato de enalapril, comprimidos orales</i>	2	
<i>enalapril-hidroclorotiazida</i>	2	
<i>etacrinato sódico</i>	4	
<i>felodipina</i>	2	
<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>	2	
<i>hidroclorotiazida</i>	1	
<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>	2	
<i>lisinopril</i>	1	
<i>lisinopril-hidroclorotiazida</i>	1	
<i>losartán</i>	1	QL (60/30)

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

Cursiva minúscula = Medicamento genérico

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 17.

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<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 oral</i>	1	
<i>metirosina</i>	5	PA; NDS
<i>minoxidil oral</i>	2	
<i>moexipril</i>	2	
<i>nadolol</i>	4	
<i>nadolol-bendroflumetiazida, comprimidos orales, 80-5 mg</i>	4	
<i>nicardipina, solución intravenosa</i>	4	
<i>nicardipina oral</i>	4	
<i>nifedipina, comprimidos orales, liberación prolongada</i>	3	
<i>nifedipina, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas</i>	3	
<i>nimodipina</i>	4	
<i>nisoldipina</i>	4	
<i>olmesartán</i>	2	
<i>olmesartán-hidroclorotiazida</i>	2	
<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	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>quinapril</i>	1	
<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>	1	QL (30/30)
<i>terazosina, cápsulas orales, 10 mg</i>	1	QL (60/30)
<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	
<i>UPTRAVI, ORAL</i>	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	

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 17.

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
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>	1	QL (30/30)
<i>dipiridamol oral</i>	3	
ELIQUIS	3	
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	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<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
<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>	4	
<i>colestiramina suave</i>	4	
<i>colesevelam</i>	4	
<i>colestipol</i>	4	
<i>ezetimiba</i>	3	QL (30/30)
<i>ezetimiba-simvastatina</i>	4	QL (30/30)
<i>fenofibrato, cápsulas orales micronizadas, 134 mg, 200 mg, 67 mg</i>	3	

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

Cursiva minúscula = Medicamento genérico

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 17.

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>fenofibrato, comprimidos orales nanocristalizados, 145 mg, 48 mg</i>	3	
<i>fenofibrato, comprimidos orales, 160 mg, 54 mg</i>	3	
<i>fluvastatina, cápsulas orales, 20 mg</i>	4	QL (30/30)
<i>fluvastatina, cápsulas orales, 40 mg</i>	4	QL (60/30)
<i>gemfibrozil</i>	2	
<i>lovastatina, comprimidos orales, 10 mg</i>	1	QL (30/30)
<i>lovastatina, comprimidos orales, 20 mg</i>	1	QL (60/30)
<i>lovastatina, comprimidos orales, 40 mg</i>	2	QL (60/30)
<i>niacina, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas</i>	4	
<i>pravastatina</i>	1	QL (30/30)
<i>prevalite</i>	3	
REPATHA	3	PA; QL (3/28)
REPATHA PUSHTRONEX	3	PA; QL (3.5/28)
REPATHA SURECLICK	3	PA; QL (3/28)
<i>rosuvastatina</i>	2	QL (30/30)
<i>simvastatina, comprimidos orales</i>	1	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)
VYNDAMAX	4	PA

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
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	
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

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 17.

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
DUPIXENT, LAPICERA PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA, 300 MG/2 ML	5	PA; QL (8/28); NDS
DUPIXENT, JERINGA SUBCUTÁNEA, 200 MG/1.14 ML	5	PA; QL (4.56/28); NDS
DUPIXENT, JERINGA 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)
<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-prilocaína, crema tópica</i>	4	QL (30/30)
<i>metoxaleno</i>	4	
PANRETIN	5	NDS
PICATO	4	
<i>podofilox</i>	4	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
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>	3	QL (60/30)
<i>eritromicina, paños</i>	4	
<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
<i>tretinoína, microesferas, gel tópico al 0.1%</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 17.

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<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>acetato de mafenida</i>	4	
<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)
<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	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
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>clobetasol, cuero cabelludo</i>	4	QL (100/28)
<i>clobetasol, crema tópica</i>	4	QL (120/28)
<i>clobetasol, espuma tópica</i>	4	QL (100/28)
<i>clobetasol, gel tópico</i>	4	QL (120/28)
CLOBETASOL, LOCIÓN TÓPICA	4	QL (118/28)
<i>clobetasol, pomada tópica</i>	4	QL (120/28)
<i>clobetasol, champú tópico</i>	4	QL (236/28)
CLOBETASOL, ROCIADOR TÓPICO NO AEROSOL	4	QL (125/28)
<i>clobetasol-emoliente, crema tópica</i>	4	QL (120/28)
CLODAN	4	QL (236/28)
DESONATE	4	
<i>desonida, loción tópica</i>	4	
<i>desonida, pomada tópica</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 17.

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>desoximetasona, crema tópica</i>	4	
<i>desoximetasona, gel tópico</i>	4	
<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>	2	
<i>propionato de fluticasona, pomada tópica</i>	3	
<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	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>triamcinolona acetónida, pomada tópica</i>	2	
<i>triderm, crema tópica, 0.1%</i>	2	
<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 pentalito</i>	4	
AGENTES VARIOS		
<i>acamprosato</i>	4	
<i>anagrelida</i>	3	
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 dispersables</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	

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 17.

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>dextrosa al 30% en agua (d30w)</i>	4	
DEXTROSE 5% IN WATER (D5W), SOLUCIÓN PARENTERAL INTRAVENOSA	4	
<i>dextrosa al 5% en agua (d5w), infusión secundaria intravenosa</i>	4	
<i>dextrosa al 5%-solución de lactato sódico compuesta</i>	4	
<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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>riluzol</i>	3	
<i>carbonato de sevelámero, paquete de polvo oral</i>	5	NDS
<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
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	
NICOTROL NS	4	
<i>vareniclina</i>	4	

MEDICAMENTOS PARA NARIZ, GARGANTA Y OÍDO

AGENTES VARIOS

<i>azelastina nasal</i>	3	QL (60/30)
<i>gluconato de clorhexidina, membrana mucosa</i>	2	
<i>bromuro de ipratropio nasal</i>	2	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 17.

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>oralone</i>	4	
<i>paroex, enjuague bucal</i>	2	
<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>dexametasona, intensol</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), 5 mg base/5 ml (6.7 mg/5 ml)</i>	4	
<i>fosfato sódico de prednisolona, solución oral, 25 mg/5 ml (5 mg/ml)</i>	3	
<i>prednisona, intensol</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>	3	
TRATAMIENTO DE LA DIABETES		
<i>acarbosea, comprimidos orales, 100 mg</i>	2	QL (90/30)
<i>acarbosea, comprimidos orales, 25 mg</i>	2	QL (360/30)
<i>acarbosea, 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>CYCLOSET</i>	4	QL (180/30)
<i>diazoxida</i>	4	
<i>GASAS, 2 X 2</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 17.

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES	NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>glimepirida, comprimidos orales, 1 mg</i>	1	QL (240/30)	HUMALOG KWIKPEN, INSULINA	2	
<i>glimepirida, comprimidos orales, 2 mg</i>	1	QL (120/30)	HUMALOG MIX 50-50, INSULINA U-100	2	
<i>glimepirida, comprimidos orales, 4 mg</i>	1	QL (60/30)	HUMALOG MIX 50-50 KWIKPEN	2	
<i>glipizida, comprimidos orales, 10 mg</i>	1	QL (120/30)	HUMALOG MIX 75-25 KWIKPEN	2	
<i>glipizida, comprimidos orales, 5 mg</i>	1	QL (240/30)	HUMALOG MIX 75-25 (U-100), INSULINA	2	
<i>glipizida, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas, 10 mg</i>	2	QL (60/30)	HUMALOG U-100, INSULINA	2	
<i>glipizida, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas, 2.5 mg</i>	2	QL (240/30)	HUMULIN 70/30 U-100, INSULINA	2	
<i>glipizida, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas, 5 mg</i>	2	QL (120/30)	HUMULIN 70/30 U-100 KWIKPEN	2	
<i>glipizida-metformina, comprimidos orales, 2.5-250 mg</i>	1	QL (240/30)	HUMULIN N NPH, INSULINA KWIKPEN	2	
<i>glipizida-metformina, comprimidos orales, 2.5-500 mg, 5-500 mg</i>	1	QL (120/30)	HUMULIN N NPH U-100, INSULINA	2	
GLUCAGEN HYPOKIT	3		HUMULIN R REGULAR U-100, INSULINA	2	
GLUCAGON (HCL), KIT DE EMERGENCIAS	3		HUMULIN R U-500 (CONC) INSULINA	5	B/D PA; NDS
GLUCAGON, KIT DE EMERGENCIAS (HUMANO)	3		HUMULIN R U-500 (CONC) KWIKPEN	5	NDS
GVOKE HYPOPEN, PAQUETE DE 1	3		INSULINA, AGUJA PARA LAPICERA	3	QL (200/30)
GVOKE HYPOPEN, PAQUETE DE 2	3		JERINGA PARA INSULINA (DES.), U-100 0.3 ML, 1 ML, 1/2 ML	3	QL (200/30)
GVOKE PFS, PAQUETE CON 1 JERINGA	3		JANUMET	3	QL (60/30)
GVOKE PFS, PAQUETE CON 2 JERINGAS	3		JANUMET XR, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA, MULTIFÁSICA, 24 HORAS, 100-1,000 MG	3	QL (30/30)
HUMALOG JUNIOR KWIKPEN U-100	2		JANUMET XR, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA, MULTIFÁSICA, 24 HORAS, 50-1,000 MG, 50-500 MG	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 17.

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
JANUVIA	3	QL (30/30)
JARDIANCE	3	QL (30/30)
LANTUS SOLOSTAR U-100, INSULINA	2	
LANTUS U-100, INSULINA	2	
LEVEMIR FLEXTOUCH U-100, INSULINA	2	
LEVEMIR U-100, INSULINA	2	
LYUMJEV KWIKPEN U-100, INSULINA	3	
LYUMJEV KWIKPEN U-200, INSULINA	3	
LYUMJEV U-100, INSULINA	3	
<i>metformina, comprimidos orales, 1,000 mg</i>	1	QL (75/30)
<i>metformina, comprimidos orales, 500 mg</i>	1	QL (150/30)
<i>metformina, comprimidos orales, 850 mg</i>	1	QL (90/30)
<i>metformina, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas, 500 mg (genérico de Glucophage XR)</i>	1	QL (120/30)
<i>metformina, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas, 750 mg (genérico de Glucophage XR)</i>	1	QL (60/30)
<i>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)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
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>	2	QL (30/30)
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)
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	2	
TOUJEO SOLOSTAR U-300, INSULINA	2	
TRADJENTA	4	QL (30/30)
TRESIBA FLEXTOUCH U-100	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 17.

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
TRESIBA FLEXTOUCH U-200	2	
TRESIBA U-100, INSULINA	2	
TRIJARDY XR, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN INMEDIATA-LIBERACIÓN PROLONGADA, BIFÁSICA, 24 HORAS, 10-5-1,000 MG, 25-5-1,000 MG	4	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	4	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)
XULTOPHY 100/3.6	3	QL (15/30)
HORMONAS VARIAS		
ALDURAZIME	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	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<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)
<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)

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 17.

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>testosterona, gel transdérmico en bomba con dosis medidas, 12.5 mg/1.25 gramos (1%)</i>	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	4	
LEVO-T	4	
<i>levotiroxina, comprimidos orales</i>	1	
<i>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</i>	4	
<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	4	
<i>unithroid, comprimidos orales, 137 mcg</i>	4	

GASTROENTEROLOGÍA

ANTIDIARREICOS/ANTIESPASMÓDICOS

<i>dicloamina, cápsulas orales</i>	2	
<i>dicloamina, solución oral</i>	4	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>dicloamina, 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	
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)

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 17.

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>meclizina, comprimidos orales, 12.5 mg, 25 mg</i>	2	
<i>mesalamina, cápsulas orales, liberación prolongada, 24 horas</i>	3	
<i>mesalamina, 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)
OCALIVA	4	PA; LA; QL (30/30)
ondansetrón	2	B/D PA
<i>clorhidrato de ondansetrón (pf)</i>	4	
<i>clorhidrato de ondansetrón intravenoso</i>	4	
<i>clorhidrato de ondansetrón, solución oral</i>	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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
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	
TRATAMIENTO DE ÚLCERAS		
DEXILANT	4	QL (30/30)
<i>esomeprazol magnésico, cápsulas orales, liberación retardada (dr/ec)</i>	4	
FAMOTIDINA, SUSPENSIÓN ORAL	4	
<i>famotidina, comprimidos orales, 20 mg, 40 mg</i>	2	
<i>lansoprazol, cápsulas orales, liberación retardada (dr/ec)</i>	3	
<i>misoprostol</i>	3	
<i>omeprazol, cápsulas orales, liberación retardada (dr/ec)</i>	2	
<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
ARCALYST	5	PA; NDS
BETASERON, KIT PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA	5	PA; QL (14/28); 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 17.

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
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
RETACRIT	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	
ENGERIX-B (PF), JERINGA INTRAMUSCULAR	3	B/D PA
ENGERIX-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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
IMOVAX (PF), VACUNA ANTIRRÁBICA	4	
INFANRIX (DTAP) (PF), JERINGA INTRAMUSCULAR	3	
IPOLO	3	
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	
RABAVER (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	

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 17.

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
YF-VAX (PF)	3	
ZOSTAVAX (PF)	4	
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)
<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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
HUMIRA PEN PSOR-UEITS-ADOL HS	5	PA; QL (4/180); NDS
HUMIRA, KIT DE JERINGA SUBCUTÁNEA, 40 MG/0.8 ML	5	PA; QL (4/28); NDS
HUMIRA (CF) PEDI CROHNS, PAQUETE INICIAL, KIT DE JERINGA SUBCUTÁNEA, 80 MG/0.8 ML	5	PA; QL (3/180); NDS
HUMIRA (CF) PEDI CROHNS, PAQUETE INICIAL, KIT DE JERINGA SUBCUTÁNEA, 80 MG/0.8 ML-40 MG/0.4 ML	5	PA; QL (2/180); NDS
HUMIRA (CF) PEN CROHNS-UC-HS	5	PA; QL (3/180); NDS
HUMIRA(CF) PEN PEDIATRIC UC	5	PA; QL (4/180); NDS
HUMIRA (CF) PEN PSOR-UV-ADOL HS	5	PA; QL (3/180); NDS
HUMIRA (CF) PEN, KIT DE INYECTOR SUBCUTÁNEO, 40 MG/0.4 ML	5	PA; QL (4/28); NDS
HUMIRA (CF) PEN, KIT DE LAPICERA PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA, 80 MG/0.8 ML	5	PA; QL (3/28); NDS
HUMIRA (CF), KIT DE JERINGA SUBCUTÁNEA, 10 MG/0.1 ML, 20 MG/0.2 ML	5	PA; QL (2/28); NDS
HUMIRA (CF), KIT DE JERINGA SUBCUTÁNEA, 40 MG/0.4 ML	5	PA; QL (4/28); NDS
<i>leflunomida</i>	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

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 17.

Medicamentos cubiertos por categoría

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	
<i>dotti</i>	4	QL (8/28)
DUAVEE	4	PA
<i>errin</i>	3	
<i>estradiol oral</i>	3	
<i>estradiol, parche transdérmico quincenal</i>	4	QL (8/28)
<i>estradiol, parche transdérmico semanal</i>	4	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	

<i>acetato de noretisterona-etinilestradiol, comprimidos orales, 0.5-2.5 mg-mcg</i>	4	
PREMARIN VAGINAL	3	
<i>progesterona micronizada</i>	2	
<i>sharobel</i>	3	
<i>yuvafem</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>	2	
<i>blisovi 24 fe</i>	2	
<i>blisovi fe 1.5/30 (28)</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 17.

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<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>	2	
<i>hailey fe 1/20 (28)</i>	2	
<i>iclevia</i>	2	
<i>introvale</i>	4	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>isibloom</i>	3	
<i>jaimiess</i>	2	
<i>jasmie (28)</i>	2	
<i>jolessa</i>	3	
<i>juleber</i>	4	
<i>junel 1.5/30 (21)</i>	4	
<i>junel 1/20 (21)</i>	4	
<i>junel fe 1.5/30 (28)</i>	4	
<i>junel fe 1/20 (28)</i>	4	
<i>junel fe 24</i>	4	
<i>kaitlib fe</i>	2	
<i>kalliga</i>	2	
<i>kariva (28)</i>	2	
<i>kelnor 1/35 (28)</i>	2	
<i>kelnor 1-50 (28)</i>	4	
<i>kurvelo (28)</i>	2	
<i>l norgest/e.estradiol-e.estradiol, comprimidos orales, paquete dosificado, 3 meses, 0.10 mg-20 mcg (84)/10 mcg (7)</i>	3	
<i>l norgest/e.estradiol-e.estradiol, comprimidos orales, paquete dosificado, 3 meses, 0.15 mg-20 mcg/0.15 mg-25 mcg</i>	2	
<i>l norgest/e.estradiol-e.estradiol, comprimidos orales, paquete dosificado, 3 meses, 0.15 mg-30 mcg (84)/10 mcg (7)</i>	4	
<i>larin 1.5/30 (21)</i>	2	
<i>larin 1/20 (21)</i>	2	
<i>larin 24 fe</i>	2	
<i>larin fe 1.5/30 (28)</i>	2	
<i>larin fe 1/20 (28)</i>	2	
<i>larissia</i>	4	
<i>layolis fe</i>	2	
<i>leena 28</i>	2	
<i>lessina</i>	2	
<i>levonest (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 17.

Medicamentos cubiertos por categoría

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

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>	2	
<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>	2	
<i>syeda</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 17.

Medicamentos cubiertos por categoría

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-lynyah</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	
TYBLUME	4	
<i>tydemy</i>	4	
<i>velivet, régimen trifásico (28)</i>	2	
<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	

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>	2	
<i>maleato de timolol, gotas oftálmicas (ojos)</i>	1	

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

Cursiva minúscula = Medicamento genérico

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 17.

Medicamentos cubiertos por categoría

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	
AGENTES ANTIINFLAMATORIOS NO ESTEROIDEOS		
<i>diclofenaco sódico oftálmico (ojos)</i>	2	
<i>flurbiprofeno sódico</i>	2	
<i>ketorolaco oftálmico (ojos)</i>	2	
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	
<i>dorzolamida</i>	2	
<i>dorzolamida-timolol</i>	3	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>latanoprost</i>	1	
LUMIGAN, GOTAS OFTÁLMICAS (OJOS), 0.01%	3	
RHOPRESSA	4	ST
ROCKLATAN	4	ST
<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>fluorometolona</i>	4	
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	
SISTEMA RESPIRATORIO Y ALERGIA		
AGENTES ANTIHISTAMÍNICOS/ANTIALÉRGICOS		
<i>desloratadina, comprimidos orales</i>	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 17.

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<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	
<i>sulfato de albuterol, comprimidos orales, liberación prolongada, 12 horas</i>	4	
<i>alyq</i>	5	PA; QL (60/30); NDS
AMBRISANTAN	5	PA; LA; QL (30/30); NDS

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
ANORO ELLIPTA	3	QL (60/30)
ARNUIITY 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)
CINRYZE	5	PA; NDS
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)
FLOVENT, INHALADOR EN AEROSOL DE HFA, 44 MCG/ ACTIVACIÓN	3	QL (10.6/30)
<i>flunisolida</i>	3	QL (50/30)
<i>propionato de fluticasona nasal</i>	2	QL (16/30)

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

Cursiva minúscula = Medicamento genérico

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 17.

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>fumarato de formoterol</i>	4	B/D PA; QL (120/30)
<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
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)
<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)

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)

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 17.

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
------------------------	-----------------------	---------------------

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	
POTASSIUM CHLORIDE-D5-0.45% NACL, SOLUCIÓN PARENTERAL INTRAVENOSA, 10 MEQ/L, 20 MEQ/L, 40 MEQ/L	4	
<i>cloruro de potasio en d5-nacl al 0.45%, solución parenteral intravenosa, 30 meq/l</i>	4	
<i>cloruro de potasio en nacl al 0.9%, solución parenteral intravenosa, 20 meq/l, 40 meq/l</i>	4	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
------------------------	-----------------------	---------------------

<i>cloruro de potasio en dext. al 5%, solución parenteral intravenosa, 20 meq/l, 30 meq/l, 40 meq/l</i>	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>	4	
<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	
<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	

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 17.

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
VITAMINAS/HEMATÍNICOS		
<i>fluoruro (de sodio), comprimidos orales</i>	1	
<i>fluoruro (de sodio), comprimidos orales masticables, 1 mg (2.2 mg de fluoruro de sodio)</i>	1	
VITAMINAS PRENATALES, COMPRIMIDOS ORALES	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 17.

Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
A		<i>acetato de prednisolona</i>	61	AFINITOR DISPERZ, COMPRIMIDOS ORALES PARA SUSPENSIÓN, 2 MG	25
<i>abacavir, comprimidos orales</i>	18	<i>acetazolamida</i>	61	AFINITOR DISPERZ, COMPRIMIDOS ORALES PARA SUSPENSIÓN, 3 MG, 5 MG	25
<i>abacavir-lamivudina</i>	18	<i>acetazolamida sódica</i>	61	<i>afirmelle</i>	57
<i>abacavir-lamivudina-zidovudina</i>	18	<i>acetilcisteína</i>	62	<i>agua para irrigación, estéril</i>	48
<i>abacavir, solución oral</i>	18	<i>aciclovir, cápsulas orales</i>	18	AGUJAS, INSULINA DES., DE SEGURIDAD	51
ABELCET	18	<i>aciclovir, comprimidos orales</i>	18	AIMOVIG, AUTOINYECTOR	34
ABILIFY MAINTENA	37	<i>aciclovir, pomada tópica</i>	46	<i>ak-poly-bac</i>	60
<i>abiraterona, comprimidos orales, 250 mg</i>	25	<i>aciclovir sódico, solución intravenosa</i>	18	<i>ala-cort, crema tópica, 1%</i>	46
<i>abiraterona, comprimidos orales, 500 mg</i>	25	<i>aciclovir, suspensión oral, 200 mg/5 ml</i>	18	<i>albendazol</i>	21
ABRAXANE	25	<i>ácido acético ótico (oído)</i>	49	<i>alclometasona, crema tópica</i>	46
<i>acamprosato</i>	47	<i>ácido aminocaproico oral</i>	43	<i>alclometasona, pomada tópica</i>	46
<i>acarbosea, comprimidos orales, 25 mg</i>	49	<i>ácido tranexámico oral</i>	57	ALDURAZYME	52
<i>acarbosea, comprimidos orales, 50 mg</i>	49	<i>ácido valproico</i>	33	ALECENSA	25
<i>acarbosea, comprimidos orales, 100 mg</i>	49	<i>ácido valproico (como sal sódica)</i>	33	<i>alendronato, comprimidos orales, 10 mg, 5 mg</i>	56
<i>acebutolol</i>	40	<i>ácido zoledrónico-manitol-agua, infusión secundaria intravenosa, 4 mg/100 ml</i>	53	<i>alendronato, comprimidos orales, 35 mg, 70 mg</i>	56
<i>acetaminofeno-codeína, comprimidos orales, 300-15 mg, 300-30 mg</i>	35	<i>ácido zoledrónico-manitol-agua, infusión secundaria intravenosa, 5 mg/100 ml</i>	48	<i>alfuzosina</i>	63
<i>acetaminofeno-codeína, comprimidos orales, 300-60 mg</i>	35	<i>ácido zoledrónico, solución intravenosa</i>	53	ALIMTA	25
<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>	35	<i>acitretina</i>	44	ALIQOPA	25
<i>acetato de calcio (aglutinante de fosfato)</i>	64	ACTHIB (PF)	55	<i>alopurinol</i>	56
<i>acetato de mafenida</i>	46	ACTIMMUNE	54	<i>alosetrón</i>	53
<i>acetato de metilprednisolona</i>	49	ADACEL		ALPHAGAN P, GOTAS OFTÁLMICAS (OJOS), 0.1%	61
<i>acetato de noretisterona</i>	57	(TDAP ADOLESC./ADULTOS) (PF)	55	<i>alprazolam, comprimidos orales, 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg</i>	37
<i>acetato de noretisterona- etinilestradiol, comprimidos orales, 0.5-2.5 mg-mcg</i>	57	ADASUVE	37	<i>alprazolam, comprimidos orales, 2 mg</i>	37
<i>acetato de octreotida, solución inyectable, 1,000 mcg/ml, 100 mcg/ml, 200 mcg/ml, 500 mcg/ml</i>	29	ADCETRIS	25	<i>altavera (28)</i>	57
<i>acetato de octreotida, solución inyectable, 50 mcg/ml</i>	29	ADEMPAS	62	ALUNBRIG, COMPRIMIDOS ORALES, 30 MG	25
		<i>adriamicina, sol. para reconst. intravenosa, 10 mg</i>	25	ALUNBRIG, COMPRIMIDOS ORALES, 180 MG, 90 MG	25
		<i>adriamicina, solución intravenosa</i>	25	ALUNBRIG, COMPRIMIDOS ORALES, PAQUETE DOSIFICADO	25
		<i>adrucil, solución intravenosa, 2.5 gramos/50 ml</i>	25	<i>alyacen 1/35 (28)</i>	57
		ADVAIR DISKUS	62	<i>alyacen 7/7/7 (28)</i>	57
		ADVAIR HFA	62		
		AFINITOR, COMPRIMIDOS ORALES, 10 MG	25		

Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
<i>alyq</i>	62	<i>anastrozol</i>	25	<i>aubra</i>	57
AMBISOME.....	18	<i>anfotericina b</i>	18	<i>aubra eq</i>	57
AMBRISANTAN.....	62	ANORO ELLIPTA.....	62	<i>aurovela 1.5/30 (21)</i>	57
<i>amethia</i>	57	APOKYN.....	33	<i>aurovela 1/20 (21)</i>	57
<i>amethyst (28)</i>	57	<i>apraclonidina</i>	61	<i>aurovela 24 fe</i>	57
<i>amikacina, solución inyectable, 1,000 mg/4 ml, 500 mg/2 ml</i>	21	<i>aprepitant</i>	53	<i>aurovela fe 1.5/30 (28)</i>	57
<i>amilorida</i>	40	<i>apri</i>	57	<i>aurovela fe 1-20 (28)</i>	57
<i>amilorida-hidroclorotiazida</i>	40	APTOM, COMPRIMIDOS ORALES, 200 MG.....	31	<i>aviane</i>	57
AMINOSYN II 15%.....	65	APTOM, COMPRIMIDOS ORALES, 400 MG.....	31	<i>avita</i>	45
AMINOSYN-PF 7% (SIN SULFITOS).....	65	APTOM, COMPRIMIDOS ORALES, 600 MG, 800 MG.....	31	<i>ayuna</i>	57
<i>amiodarona, comprimidos orales, 100 mg, 200 mg</i>	40	APTIVUS.....	18	AYVAKIT.....	25
<i>amiodarona, comprimidos orales, 400 mg</i>	40	<i>aranella (28)</i>	57	<i>azacitidina</i>	25
<i>amiodarona, solución intravenosa</i>	40	ARCALYST.....	54	<i>azalastina oftálmica (ojos)</i>	61
<i>amitriptilina</i>	37	ARIKAYCE.....	22	<i>azatioprina, comprimidos orales, 50 mg</i>	25
<i>amlodipina</i>	40	<i>aripiprazol, comprimidos de desintegración oral</i>	37	<i>azatioprina sódica</i>	25
<i>amlodipina-benazepril</i>	40	<i>aripiprazol, comprimidos orales</i>	37	<i>azelastina nasal</i>	48
<i>amlodipina-valsartán</i>	40	<i>aripiprazol, solución oral</i>	37	<i>azitromicina, comprimidos orales</i>	21
<i>amlodipina-valsartán-HCTZ</i>	40	ARNUIITY ELLIPTA.....	62	<i>azitromicina intravenosa</i>	21
<i>amoxapina</i>	37	ARRANON.....	25	<i>azitromicina, paquete oral</i>	21
<i>amoxicilina, cápsulas orales</i>	23	ARZERRA.....	25	<i>azitromicina, suspensión oral para reconstitución</i>	21
<i>amoxicilina-clavulanato de pot., comprimidos orales</i>	23	<i>ashlyna</i>	57	AZOPT.....	61
<i>amoxicilina-clavulanato de pot., comprimidos orales, liberación prolongada, 12 horas</i>	23	<i>atazanavir, cápsulas orales, 150 mg, 300 mg</i>	18	<i>aztreonam</i>	22
<i>amoxicilina-clavulanato de pot., comprimidos orales masticables</i>	23	<i>atazanavir, cápsulas orales, 200 mg</i>	18	<i>azurette (28)</i>	57
<i>amoxicilina-clavulanato de pot., suspensión oral para reconstitución</i>	23	<i>atenolol</i>	40		
<i>amoxicilina, comprimidos orales</i>	23	<i>atenolol-clortalidona</i>	40	B	
<i>amoxicilina, comprimidos orales masticables, 125 mg, 250 mg</i>	23	ATGAM.....	55	<i>bacitracina intramuscular</i>	22
<i>amoxicilina, suspensión oral para reconstitución</i>	23	<i>atomoxetina, cápsulas orales, 10 mg, 18 mg, 25 mg, 40 mg</i>	37	<i>bacitracina oftálmica (ojos)</i>	60
<i>ampicilina, cápsulas orales, 500 mg</i>	23	<i>atomoxetina, cápsulas orales, 100 mg, 60 mg, 80 mg</i>	37	<i>bacitracina-polimixina b-oftálmica (ojos)</i>	60
<i>ampicilina sódica</i>	23	<i>atorvastatina</i>	43	<i>baclofeno oral</i>	35
<i>ampicilina-sulbactam</i>	23	<i>atovacuna</i>	22	<i>balsalazida</i>	53
<i>anagrelida</i>	47	<i>atovacuna-proguanil</i>	22	BALVERSA.....	25
		ATRIPLA.....	18	<i>balziva (28)</i>	57
		<i>atropina, gotas oftálmicas (ojos)</i>	61	BANZEL.....	31
		ATROVENT HFA.....	62	BAQSIMI.....	49
				BARACLUDE, SOLUCIÓN ORAL.....	18
				BAVENCIO.....	25

Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
BCG (PF), VACUNA CON VIRUS VIVOS	55	BOOSTRIX TDAP	55	<i>bumetanida inyectable</i>	41
BD, AGUJA PARA LAPICERA	49	BORTEZOMIB	25	<i>buprenorfina-naloxona,</i> <i>comprimidos sublinguales, 2-0.5 mg</i> ..	36
BELEODAQ	25	BOSULIF, COMPRIMIDOS ORALES, 100 MG	25	<i>buprenorfina-naloxona,</i> <i>comprimidos sublinguales, 8-2 mg</i> ..	36
<i>benazepril</i>	40	BOSULIF, COMPRIMIDOS ORALES, 400 MG, 500 MG	25	<i>buprenorfina-naloxona, película</i> <i>sublingual, 2-0.5 mg</i>	36
<i>benazepril-hidroclorotiazida</i>	40	BOTOX	55	<i>buprenorfina-naloxona, película</i> <i>sublingual, 4-1 mg, 8-2 mg</i>	36
BENDEKA	25	BRAFTOVI, CÁPSULAS ORALES, 75 MG	25	<i>buprenorfina-naloxona, película</i> <i>sublingual, 12-3 mg</i>	36
BENLYSTA	56	BREO ELLIPTA	62	<i>buspirona</i>	37
<i>benzatropina inyectable</i>	33	<i>briellyn</i>	58	<i>busulfán</i>	25
<i>benzatropina oral</i>	33	BRILINTA	43	<i>butalbital-acetaminofeno-caf</i>	35
BESIVANCE	60	<i>brimonidina, gotas</i> <i>oftálmicas (ojos), 0.2%</i>	61	<i>butirato de hidrocortisona,</i> <i>crema tópica</i>	47
BESPONSA	25	<i>brimonidina, gotas</i> <i>oftálmicas (ojos), 0.15%</i>	61	<i>butirato de hidrocortisona-emoliente</i> ..	47
<i>betametasona, crema</i> <i>tópica aumentada</i>	46	BRINZOLAMIDA	61	<i>butirato de hidrocortisona,</i> <i>pomada tópica</i>	47
<i>betametasona, gel</i> <i>tópico aumentado</i>	46	BRIVIACT, COMPRIMIDOS ORALES	31	<i>butorfanol nasal</i>	36
<i>betametasona, loción</i> <i>tópica aumentada</i>	46	BRIVIACT INTRAVENOSO	31	BYDUREON BCISE	49
<i>betametasona, pomada</i> <i>tópica aumentada</i>	46	BRIVIACT, SOLUCIÓN ORAL	31		
BETASERON, KIT PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA	54	<i>bromocriptina</i>	33	C	
<i>betaxolol oral</i>	41	<i>bromuro de ipratropio nasal</i>	48	CABENUVA	18
bexaroteno	25	<i>bromuro de ipratropio para inhalar</i> ..	63	<i>cabergolina</i>	52
BEXSERO	55	<i>bromuro de piridostigmina,</i> <i>comprimidos orales, 60 mg</i>	35	CABOMETYX, COMPRIMIDOS ORALES, 20 MG, 60 MG	25
<i>bicalutamida</i>	25	<i>bromuro de piridostigmina,</i> <i>comprimidos orales,</i> <i>liberación prolongada</i>	35	CABOMETYX, COMPRIMIDOS ORALES, 40 MG	25
<i>bicarbonato de sodio, jeringa</i> <i>intravenosa, 10 meq/10 ml</i> <i>(8.4%), 7.5% (0.9 meq/ml),</i> <i>8.4% (1 meq/ml)</i>	64	<i>bromuro de piridostigmina,</i> <i>jarabe oral</i>	35	<i>calcipotrieno, crema tópica</i>	44
BICILLIN L-A	23	BRUKINSA	25	<i>calcipotrieno, cuero cabelludo</i>	44
BIDIL	41	<i>budesonida oral</i>	53	<i>calcipotrieno, pomada tópica</i>	44
BIKTARVY	18	<i>budesonida, suspensión para</i> <i>inhalação para nebulización,</i> <i>0.25 mg/2 ml, 0.5 mg/2 ml</i>	62	<i>calcitonina (salmón), nasal</i>	52
<i>bisoprolol-hidroclorotiazida</i>	41	<i>budesonida, suspensión para</i> <i>inhalação para nebulización,</i> <i>1 mg/2 ml</i>	62	<i>calcitriol oral</i>	52
BLNREP	25	<i>bumetanida, comprimidos</i> <i>orales, 0.5 mg, 1 mg</i>	41	<i>calcitriol, solución</i> <i>intravenosa, 1 mcg/ml</i>	52
<i>bleomicina</i>	25	<i>bumetanida, comprimidos</i> <i>orales, 2 mg</i>	41	CALQUENCE	25
BLEPHAMIDE	61			<i>camila</i>	57
BLEPHAMIDE S.O.P.	61			<i>camrese</i>	58
BLINCYTO, KIT INTRAVENOSO ..	25			<i>camrese lo</i>	58
<i>blisovi 24 fe</i>	57			<i>candesartán, comprimidos</i> <i>orales, 16 mg, 4 mg, 8 mg</i>	41
<i>blisovi fe 1.5/30 (28)</i>	57				
<i>blisovi fe 1/20 (28)</i>	58				

Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
candesartán, comprimidos orales, 32 mg41		CAYSTON22		ceftriaxona intravenosa21	
candesartán-hidroclorotiazida41		caziant (28)58		ceftriaxona, sol. para reconst. infect., 1 gramo, 10 gramos, 2 gramos, 250 mg, 500 mg.....21	
CAPLYTA37		cefactor, cápsulas orales20		CEFTRIAXONE, SOL. PARA RECONST. INYECT., 100 GRAMOS .21	
CAPRELSA, COMPRIMIDOS ORALES, 100 MG25		cefactor, suspensión oral para reconstitución, 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml, 375 mg/5 ml.....20		cefuroxima axetilo, comprimidos orales.....21	
CAPRELSA, COMPRIMIDOS ORALES, 300 MG26		cefadroxilo, cápsulas orales20		cefuroxima sódica intravenosa21	
caproato de hidroxiprogesterona ...57		cefadroxilo, comprimidos orales21		cefuroxima sódica, sol. para reconst. infect., 750 mg.....21	
captopril41		cefadroxilo, suspensión oral para reconstitución, 250 mg/5 ml, 500 mg/5 ml.....21		celecoxib.36	
captopril-hidroclorotiazida41		cefalexina, cápsulas orales, 250 mg, 500 mg.....21		CELONTIN, CÁPSULAS ORALES, 300 MG32	
CARBAGLU47		cefalexina, suspensión oral para reconstitución21		CEREZYME, SOL. PARA RECONST. INTRAVENOSA, 400 UNIDADES52	
carbamazepina, cápsulas orales, liberación prolongada, multifásica, 12 horas31		cefazolina en dextrosa (iso-osm.), infusión secundaria intravenosa, 1 gramo/50 ml, 2 gramos/50 ml....21		CHANTIX48	
carbamazepina, comprimidos orales.....32		cefazolina intravenosa21		CHANTIX, PAQUETE MENSUAL DE CONTINUACIÓN ...48	
carbamazepina, comprimidos orales, liberación prolongada, 12 horas32		cefazolina, sol. para reconst. infect., 1 g, 10 g, 100 g, 300 g, 500 mg....21		CHANTIX, PAQUETE MENSUAL INICIAL48	
carbamazepina, comprimidos orales masticables.....32		CEFAZOLIN EN DEXTROSA (ISO-OSM.), INFUSIÓN SECUNDARIA INTRAVENOSA, 2 GRAMOS/100 ML21		charlotte 24 fe58	
carbamazepina, suspensión oral, 100 mg/5 ml, 200 mg/10 ml....32		cefdinir.....21		chateal (28)58	
carbidopa33		cefepima en dextrosa, iso-osm.....21		chateal eq (28)58	
carbidopa-levodopa, comprimidos de desintegración oral33		cefepima inyectable21		CHEMET47	
carbidopa-levodopa, comprimidos orales.....33		CEFEPIME EN DEXTROSA 5%....21		chlorpromazine.....37	
carbidopa-levodopa, comprimidos orales, liberación prolongada.....33		CEFEPIME, INTRAVENOSO.....21		CHORIONIC GONADOTROPIN, HUMANA INTRAMUSCULAR52	
carbidopa-levodopa-entacapona....33		cefixima.....21		ciclobenzaprina, comprimidos orales, 10 mg, 5 mg35	
carbonato de litio38		ceflaclor, comprimidos orales, liberación prolongada, 12 horas20		ciclodan, solución tópica46	
carbonato de sevelámero, comprimidos orales.....48		CEFOTETAN EN DEXTROSA, ISO-OSM.....21		ciclofosfamida oral26	
carbonato de sevelámero, paquete de polvo oral.....48		cefotetan inyectable21		ciclofosfamida, sol. para reconst. intravenosa26	
carboplatino, solución intravenosa .26		cefoxitina21		ciclopirox, champú tópico46	
carmustina26		cefoxitina en dextrosa, iso-osm.21		ciclopirox, crema tópica46	
carteolol60		cefpodoxima21		ciclopirox, solución tópica46	
cartia xt41		cefprozilo21		ciclopirox, suspensión tópica46	
carvedilol41		ceftazidima.....21		ciclosporina, cápsulas orales.....26	
casprofungina.....18		CEFTAZIDIME IN D5W21		ciclosporina intravenosa26	
		ceftriaxona en dextrosa, iso-osm....21		ciclosporina modificada26	

Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
<i>cilostazol</i>	43	CLINIMIX 6%-D5W (SIN SULFITOS)	65	<i>clorazepato dipotásico,</i> <i>comprimidos orales, 15 mg</i>	37
CILOXAN, POMADA OFTÁLMICA (OJOS)	60	CLINIMIX 8%-D10W (SIN SULFITOS)	65	<i>clorhidrato de amantadina</i>	18
CIMDUO.....	18	CLINIMIX 8%-D14W (SIN SULFITOS)	65	<i>clorhidrato de buprenorfina,</i> <i>inyectable</i>	35
<i>cinacalcet, comprimidos</i> <i>orales, 30 mg, 60 mg</i>	52	CLINIMIX E 4.25%/D10W, SIN SULFITOS.....	65	<i>clorhidrato de buprenorfina</i> <i>sublingual</i>	35
<i>cinacalcet, comprimidos</i> <i>orales, 90 mg</i>	52	CLINISOL SF 15%	65	<i>clorhidrato de bupropión</i> <i>(agente para dejar de fumar)</i>	48
CINRYZE	62	<i>clobazam, comprimidos orales</i>	32	<i>clorhidrato de bupropión,</i> <i>comprimidos orales, 75 mg</i>	37
<i>cipionato de testosterona, aceite</i> <i>intramuscular, 100 mg/ml,</i> <i>200 mg/ml, 200 mg/ml (1 ml)</i>	52	<i>clobazam, suspensión oral</i>	32	<i>clorhidrato de bupropión,</i> <i>comprimidos orales, 100 mg</i>	37
CIPRODEX	49	<i>clobetasol, champú tópico</i>	46	<i>clorhidrato de bupropión,</i> <i>comprimidos orales, liberación</i> <i>prolongada, 24 horas, 150 mg</i>	37
<i>ciprofloxacina-dexametasona</i>	49	<i>clobetasol, crema tópica</i>	46	<i>clorhidrato de bupropión,</i> <i>comprimidos orales, liberación</i> <i>prolongada, 24 horas, 300 mg</i>	37
<i>ciprofloxacina en dextrosa al 5%</i> ...	24	<i>clobetasol, cuero cabelludo</i>	46	<i>clorhidrato de bupropión,</i> <i>comprimidos orales, liberación</i> <i>sostenida, 12 horas</i>	37
CIPRO, RECONST. DE MICROCÁPSULAS PARA SUSPENSIÓN ORAL.....	24	<i>clobetasol-emoliente, crema tópica</i> .	46	<i>clorhidrato de bupropión,</i> <i>comprimidos orales, liberación</i> <i>sostenida, 12 horas</i>	37
<i>cisplatino, solución intravenosa</i>	26	<i>clobetasol, espuma tópica</i>	46	<i>clorhidrato de bupropión,</i> <i>comprimidos orales, liberación</i> <i>sostenida, 12 horas</i>	37
<i>citalopram, comprimidos orales</i>	37	<i>clobetasol, gel tópico</i>	46	<i>clorhidrato de bupropión,</i> <i>comprimidos orales, liberación</i> <i>sostenida, 12 horas</i>	37
<i>citalopram, solución oral</i>	37	CLOBETASOL, LOCIÓN TÓPICA ..	46	<i>clorhidrato de bupropión,</i> <i>comprimidos orales, liberación</i> <i>sostenida, 12 horas</i>	37
<i>citarabina</i>	26	<i>clobetasol, pomada tópica</i>	46	<i>clorhidrato de bupropión,</i> <i>comprimidos orales, liberación</i> <i>sostenida, 12 horas</i>	37
<i>citarabina (pf)</i>	26	CLOBETASOL, ROCIADOR TÓPICO NO AEROSOL	46	<i>clorhidrato de bupropión,</i> <i>comprimidos orales, liberación</i> <i>sostenida, 12 horas</i>	37
<i>citrato de fentanilo, pastilla</i> <i>bucal con aplicador</i>	35	CLODAN.....	46	<i>clorhidrato de bupropión,</i> <i>comprimidos orales, liberación</i> <i>sostenida, 12 horas</i>	37
<i>citrato de potasio</i>	64	<i>clofarabina</i>	26	<i>clorhidrato de bupropión,</i> <i>comprimidos orales, liberación</i> <i>sostenida, 12 horas</i>	37
<i>cladribina</i>	26	<i>clomipramina</i>	37	<i>clorhidrato de bupropión,</i> <i>comprimidos orales, liberación</i> <i>sostenida, 12 horas</i>	37
<i>claravis</i>	45	<i>clonazepam, comprimidos de</i> <i>desintegración oral, 0.125 mg,</i> <i>0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg</i>	32	<i>clorhidrato de bupropión,</i> <i>comprimidos orales, liberación</i> <i>sostenida, 12 horas</i>	37
<i>claritromicina</i>	21	<i>clonazepam, comprimidos de</i> <i>desintegración oral, 2 mg</i>	32	<i>clorhidrato de bupropión,</i> <i>comprimidos orales, liberación</i> <i>sostenida, 12 horas</i>	37
<i>clindamicina en dextrosa al 5%</i>	22	<i>clonazepam, comprimidos</i> <i>orales, 0.5 mg, 1 mg</i>	32	<i>clorhidrato de bupropión,</i> <i>comprimidos orales, liberación</i> <i>sostenida, 12 horas</i>	37
<i>clindamicina pediátrica</i>	22	<i>clonazepam, comprimidos</i> <i>orales, 2 mg</i>	32	<i>clorhidrato de bupropión,</i> <i>comprimidos orales, liberación</i> <i>sostenida, 12 horas</i>	37
CLINDAMYCIN EN CLORURO DE SODIO AL 0.9%	22	<i>clonidina</i>	41	<i>clorhidrato de bupropión,</i> <i>comprimidos orales, liberación</i> <i>sostenida, 12 horas</i>	37
CLINDAMYCIN PHOSPHATE, GEL TÓPICO, UNA VEZ AL DÍA....	45	<i>clopidogrel, comprimidos</i> <i>orales, 75 mg</i>	43	<i>clorhidrato de bupropión,</i> <i>comprimidos orales, liberación</i> <i>sostenida, 12 horas</i>	37
CLINIMIX, 4.25%/D5W, SIN SULFITOS.....	47	<i>clopidogrel, comprimidos</i> <i>orales, 300 mg</i>	43	<i>clorhidrato de bupropión,</i> <i>comprimidos orales, liberación</i> <i>sostenida, 12 horas</i>	37
CLINIMIX 4.25%/D10W, SIN SULFITOS.....	65	<i>clorazepato dipotásico,</i> <i>comprimidos orales, 3.75 mg</i>	37	<i>clorhidrato de bupropión,</i> <i>comprimidos orales, liberación</i> <i>sostenida, 12 horas</i>	37
CLINIMIX 5%/D15W, SIN SULFITOS.....	65	<i>clorazepato dipotásico,</i> <i>comprimidos orales, 7.5 mg</i>	37	<i>clorhidrato de bupropión,</i> <i>comprimidos orales, liberación</i> <i>sostenida, 12 horas</i>	37
CLINIMIX 5%-D20W (SIN SULFITOS)	65			<i>clorhidrato de bupropión,</i> <i>comprimidos orales, liberación</i> <i>sostenida, 12 horas</i>	37

Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
clorhidrato de diltiazem, cápsulas orales, liberación prolongada, 24 horas, degradable . . . 41		clorhidrato de metoclopramida, comprimidos orales 54		cloruro de potasio en d5-nacl al 0.45%, solución parenteral intravenosa, 30 meq/l 64	
clorhidrato de diltiazem, comprimidos orales 41		clorhidrato de metoclopramida, solución oral 54		cloruro de potasio en dext. al 5%, solución parenteral intravenosa, 20 meq/l, 30 meq/l, 40 meq/l 64	
clorhidrato de diltiazem, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas 41		clorhidrato de ondansetrón, comprimidos orales 54		cloruro de potasio en lr-d5, solución parenteral intravenosa, 20 meq/l . . . 64	
clorhidrato de diltiazem intravenoso . 41		clorhidrato de ondansetrón intravenoso 54		cloruro de potasio en nacl al 0.9%, solución parenteral intravenosa, 20 meq/l, 40 meq/l 64	
clorhidrato de flufenazina, comprimidos orales 38		clorhidrato de ondansetrón (pf) 54		cloruro de potasio intravenoso 64	
clorhidrato de flufenazina, concentrado oral 38		clorhidrato de ondansetrón, solución oral 54		cloruro de potasio, líquido oral 64	
clorhidrato de flufenazina, elixir oral . 38		clorhidrato de paroxetina, comprimidos orales 39		cloruro de potasio-nacl al 0.45% . . . 64	
clorhidrato de flufenazina inyectable . 38		clorhidrato de paroxetina, suspensión oral 39		cloruro de potasio, paquete oral . . . 64	
clorhidrato de granisetron oral 53		clorhidrato de pilocarpina, gotas oftálmicas (ojos), 1%, 2%, 4% 61		cloruro de sodio al 0.9%, intravenoso 48	
clorhidrato de hidroxizina, comprimidos orales 62		clorhidrato de pilocarpina oral 48		cloruro de sodio al 0.45%, solución parenteral intravenosa 64	
clorhidrato de imipramina 38		clorhidrato de selegilina 34		cloruro de sodio al 3% 65	
clorhidrato de lidocaína, gel para membrana mucosa 45		clorhidrato de terbinafina oral 18		cloruro de sodio al 5% 65	
clorhidrato de lidocaína, gel para membrana mucosa en aplicador . . . 45		clorhidrato de ziprasidona 40		cloruro de sodio intravenoso 65	
clorhidrato de lidocaína, laringotraqueal 45		clorotiazida sódica 41		cloruro de sodio para irrigación 48	
clorhidrato de lidocaína, solución inyectable 45		clortalidona, comprimidos orales, 25 mg, 50 mg 41		clotrimazol-betametasona, crema tópica 46	
clorhidrato de lidocaína, solución para membrana mucosa, 2% 45		cloruro de betanecol 64		clotrimazol-betametasona, loción tópica 46	
clorhidrato de lidocaína, solución para membrana mucosa, 4% (40 mg/ml) 45		cloruro de oxibutinina, comprimidos orales 63		clotrimazol, crema tópica 46	
clorhidrato de melfalán 28		cloruro de oxibutinina, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas 63		clotrimazol, membrana mucosa 18	
clorhidrato de metilfenidato, comprimidos orales 39		cloruro de oxibutinina, jarabe oral . . 63		clotrimazol, solución tópica 46	
clorhidrato de metilfenidato, comprimidos orales, liberación prolongada 39		cloruro de potasio, cápsulas orales, liberación prolongada 64		clozapina, comprimidos de desintegración oral 37	
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) 39		cloruro de potasio, comprimidos orales, liberación prolongada 64		clozapina, comprimidos orales, 100 mg, 200 mg 37	
		cloruro de potasio, comprimidos orales, liberación prolongada, partículas/cristales 64		COARTEM 22	
		cloruro de potasio-d5-nacl al 0.2%, solución parenteral intravenosa, 30 meq/l, 40 meq/l 64		colchicina, comprimidos orales 56	
		cloruro de potasio en agua, infusión secundaria intravenosa . . . 64		colesevelam 43	
				colestipol 43	
				colestiramina (con azúcar) 43	
				colestiramina suave 43	
				colistina (colistimetato sódico) 22	

Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
COMBIGAN.....	61	<i>dactinomicina</i>	26	<i>desloratadina, comprimidos orales</i> ..	61
COMBIVENT RESPIMAT.....	62	<i>d al 2.5%-cloruro de sodio al 0.45%</i> .	47	<i>desmopresina inyectable</i>	52
COMETRIQ, CÁPSULAS ORALES, 60 MG/DÍA (20 MG X 3/DÍA).....	26	<i>d al 5%-cloruro de sodio al 0.45%</i> ..	47	<i>desmopresina oral</i>	52
COMETRIQ, CÁPSULAS ORALES, 100 MG/DÍA (80 MG X 1-20 MG X 1) .	26	<i>d al 5% y cloruro de sodio al 0.9%</i> ..	47	<i>desmopresina, rociador nasal con bomba</i>	52
COMETRIQ, CÁPSULAS ORALES, 140 MG/DÍA (80 MG X 1-20 MG X 3) .	26	<i>d al 10%-cloruro de sodio al 0.45%</i> .	47	<i>desmopresina, rociador nasal no aerosol, 10 mcg/aplicación (0.1 ml)</i> .	52
COMPLERA.....	18	<i>dalfampridina</i>	34	<i>desog-e.estradiol/e.estradiol</i>	58
<i>compro</i>	53	DALIRESP.....	62	<i>desogestrel-etinilestradiol</i>	58
<i>constulosa</i>	53	<i>danazol</i>	52	DESONATE.....	46
COPAXONE, JERINGA SUBCUTÁNEA, 20 MG/ML.....	34	<i>dantroleno oral</i>	35	<i>desonida, loción tópica</i>	46
COPAXONE, JERINGA SUBCUTÁNEA, 40 MG/ML.....	34	DANYELZA.....	26	<i>desonida, pomada tópica</i>	46
COPIKTRA.....	26	<i>dapsona oral</i>	22	<i>desoximetasona, crema tópica</i>	47
CORLANOR, COMPRIMIDOS ORALES.....	44	DAPTACEL (DTAP PEDIÁTRICA) (PF).....	55	<i>desoximetasona, gel tópico</i>	47
CORTIFOAM.....	53	<i>daptomicina, sol. para reconst. intravenosa, 500 mg</i>	22	<i>desoximetasona, pomada tópica</i> ...	47
COTELLIC.....	26	DAPTOMYCIN, SOL. PARA RECONST. INTRAVENOSA, 350 MG.....	22	<i>dexametasona, comprimidos orales</i>	49
CREON.....	53	DARZALEX.....	26	<i>dexametasona, elixir oral</i>	49
CRESEMBA ORAL.....	18	DARZALEX FASPRO.....	26	<i>dexametasona, intensol</i>	49
<i>cromoglicato oftálmico (ojos)</i>	61	<i>dasetta 1/35 (28)</i>	58	<i>dexametasona, solución oral</i>	49
<i>cromoglicato oral</i>	53	<i>dasetta 7/7/7 (28)</i>	58	DEXILANT.....	54
<i>cromoglicato para inhalar</i>	62	<i>daunorrubicina, solución intravenosa</i>	26	<i>dexmetilfenidato, comprimidos orales</i>	37
<i>cryselle (28)</i>	58	DAURISMO, COMPRIMIDOS ORALES, 25 MG.....	26	<i>dextroanfetamina-anfetamina, cápsulas orales, liberación prolongada, 24 horas</i>	37
<i>cyclafem 1/35 (28)</i>	58	DAURISMO, COMPRIMIDOS ORALES, 100 MG.....	26	<i>dextroanfetamina-anfetamina, comprimidos orales, 5 mg</i>	38
<i>cyclafem 7/7/7 (28)</i>	58	<i>daysee</i>	58	<i>dextroanfetamina-anfetamina, comprimidos orales, 10 mg</i>	37
CYCLOPHOSPHAMIDE, SOLUCIÓN INTRAVENOSA.....	26	<i>deblitane</i>	57	<i>dextroanfetamina-anfetamina, comprimidos orales, 12.5 mg, 30 mg, 7.5 mg</i>	37
CYCLOSERINE.....	22	<i>decanoato de flufenazina</i>	38	<i>dextroanfetamina-anfetamina, comprimidos orales, 15 mg</i>	38
CYCLOSET.....	49	<i>decanoato de haloperidol</i>	38	<i>dextroanfetamina-anfetamina, comprimidos orales, 20 mg</i>	38
CYRAMZA.....	26	<i>decitabina</i>	26	<i>dextroanfetamina, cápsulas orales, liberación prolongada</i>	37
<i>cyred</i>	58	<i>deferasirox, comprimidos orales dispersables</i>	47	<i>dextroanfetamina, comprimidos orales</i>	37
<i>cyred eq</i>	58	DELSTRIGO.....	18	<i>dextrosa al 5%-cloruro de sodio al 0.2%</i>	48
CYSTADANE.....	53	DEMSEER.....	41		
CYSTAGON.....	64	DENAVIR.....	46		
CYSTARAN.....	61	DEPEN TITRATABS.....	56		
		DESCOVY.....	18		
		<i>desipramina</i>	37		

D

dacarbazina.....26

Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
dextrosa al 5%-cloruro de sodio al 0.3%	48	difenoxilato-atropina	53	dolishale	58
dextrosa al 5% en agua (d5w), infusión secundaria intravenosa	48	DIFICID, COMPRIMIDOS ORALES	21	donepezilo, comprimidos de desintegración oral, 5 mg	34
dextrosa al 5%-solución de lactato sódico compuesta	48	DIFICID, SUSPENSIÓN ORAL PARA RECONSTITUCIÓN	21	donepezilo, comprimidos de desintegración oral, 10 mg	34
dextrosa al 10% y nacl al 0.2%	47	diflunisal	36	donepezilo, comprimidos orales, 5 mg	34
dextrosa al 25% en agua (d25w)	47	digitek	44	donepezilo, comprimidos orales, 10 mg	34
dextrosa al 30% en agua (d30w)	48	digox	44	dorzolamida	61
dextrosa al 50% en agua (d50w)	48	digoxina, oral	44	dorzolamida-timolol	61
dextrosa al 70% en agua (d70w)	48	dihidroergotamina nasal	34	dotti	57
DEXTROSE 5% IN WATER (D5W), SOLUCIÓN PARENTERAL INTRAVENOSA	48	DILANTIN, 30 MG	32	DOVATO	18
DEXTROSE AL 10% EN AGUA (D10W)	47	dilt-xr	41	doxazosina, comprimidos orales, 1 mg, 2 mg, 4 mg	41
DIACOMIT, CÁPSULAS ORALES, 250 MG	32	dimetilfumarato, cápsulas orales, liberación retardada (dr/ec), 120 mg	34	doxazosina, comprimidos orales, 8 mg	41
DIACOMIT, CÁPSULAS ORALES, 500 MG	32	dimetilfumarato, cápsulas orales, liberación retardada (dr/ec), 120 mg (14), 240 mg (46)	34	doxepina, cápsulas orales	38
DIACOMIT, PAQUETE DE POLVO ORAL, 250 MG	32	dimetilfumarato, cápsulas orales, liberación retardada (dr/ec), 240 mg	34	doxepina, concentrado oral	38
DIACOMIT, PAQUETE DE POLVO ORAL, 500 MG	32	dinitrato de isosorbida, comprimidos orales	44	doxercalciferol	52
diazepam, comprimidos orales	38	dipiridamol oral	43	doxiciclina-100	24
diazepam, concentrado oral	38	dipropionato de betametasona	46	doxorubicina, liposomal pegilada	26
diazepam, intensol	38	disoproxilo de efavirenz-lamivudina-tenofovir, comprimidos orales, 400-300-300 mg	18	doxorubicin	26
diazepam inyectable	38	disoproxilo de efavirenz-lamivudina-tenofovir, comprimidos orales, 600-300-300 mg	18	DRIZALMA, CÁPSULAS ORALES CON GRÁNULOS, LIB. RETARDADA, 20 MG, 30 MG, 60 MG	38
DIAZEPAM RECTAL	32	disulfiram	48	DRIZALMA, CÁPSULAS ORALES CON GRÁNULOS, LIB. RETARDADA, 40 MG	38
diazepam, solución oral, 5 mg/5 ml (1 mg/ml)	38	divalproex, cápsulas orales con gránulos, lib. retardada	32	dronabinol	53
diazoxida	49	divalproex, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas	32	drospirenona-e.estradiol-lm.fa	58
dicloclomina, cápsulas orales	53	divalproex, comprimidos orales, liberación retardada (dr/ec)	32	drospirenona-etinilestradiol	58
dicloclomina, comprimidos orales	53	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)	26	DROXIA	26
dicloclomina, solución oral	53	dofetilida	40	droxidopa, cápsulas orales, 100 mg	48
diclofenaco potásico, comprimidos orales, 50 mg	36			droxidopa, cápsulas orales, 200 mg, 300 mg	48
diclofenaco sódico, gel tópico al 1%	36			DUAVEE	57
diclofenaco sódico oftálmico (ojos)	61			duloxetina, cápsulas orales, liberación retardada (dr/ec), 20 mg, 30 mg, 60 mg	38
dicloxacilina	23			DUPIXENT, JERINGA SUBCUTÁNEA, 200 MG/1.14 ML	45
didanosina, cápsulas orales, liberación retardada (dr/ec), 250 mg, 400 mg	18				

Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
DUPIXENT, JERINGA SUBCUTÁNEA, 300 MG/2 ML.....	45	<i>enalapril-hidroclorotiazida</i>	41	<i>eritromicina con etanol, solución tópica</i>	45
DUPIXENT, LAPICERA PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA, 200 MG/1.14 ML	44	<i>enantato de testosterona</i>	52	<i>eritromicina oftálmica (ojos)</i>	60
DUPIXENT, LAPICERA PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA, 300 MG/2 ML	45	ENBREL, JERINGA SUBCUTÁNEA.....	56	<i>eritromicina, paños</i>	45
<i>dutasterida</i>	63	ENBREL MINI.....	56	<i>eritromicina-peróxido de benzoílo</i> ...	45
E		ENBREL, SOL. PARA RECONST. SUBCUTÁNEA	56	ERIVEDGE	26
<i>ec-naproxeno</i>	36	ENBREL, SOLUCIÓN SUBCUTÁNEA.....	56	ERLEADA	26
<i>econazol</i>	46	ENBREL SURECLICK	56	<i>erlotinib, comprimidos orales, 25 mg</i>	26
<i>edisilato de proclorperazina</i>	54	<i>endocet</i>	35	<i>erlotinib, comprimidos orales, 100 mg, 150 mg</i>	26
EDURANT	18	ENERGIX-B (PF), JERINGA INTRAMUSCULAR.....	55	<i>errin</i>	57
<i>efavirenz, cápsulas orales, 50 mg</i> ..	18	ENERGIX-B (PF), USO PEDIÁTRICO	55	<i>ertapenem</i>	22
<i>efavirenz, cápsulas orales, 200 mg</i> ..	18	ENHERTU	26	ERYTHROCIN, SOL. PARA RECONST. INTRAVENOSA, 500 MG.....	21
<i>efavirenz, comprimidos orales</i>	18	<i>enoxaparina</i>	43	ESBRIET, CÁPSULAS ORALES ...	62
<i>efavirenz-emtricitabina-tenofovir</i>	18	<i>enpresse</i>	58	ESBRIET, COMPRIMIDOS ORALES, 267 MG	62
ELAPRASE	52	<i>enskyce</i>	58	ESBRIET, COMPRIMIDOS ORALES, 801 MG	62
<i>electrolitos-48 en d5w</i>	65	<i>entacapon</i>	33	<i>escopolamina base</i>	54
<i>elinest</i>	58	<i>entecavir</i>	19	<i>esomeprazol magnésico, cápsulas orales, liberación retardada (dr/ec)</i> ..	54
ELIQUIS	43	ENTRESTO.....	44	<i>espirolactona</i>	42
ELIQUIS, TRATAMIENTO INICIAL PARA TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA/EMBOLIA PULMONAR, 30 DÍAS	43	<i>enulosa</i>	53	<i>espirolactona-hidroclorotiazida</i> ...	42
ELLENCE.....	26	EPCLUSA, COMPRIMIDOS ORALES	19	<i>estaryl</i>	58
ELMIRON.....	64	EPIDIOLEX	32	<i>estavudina, cápsulas orales</i>	20
ELZONRIS.....	26	<i>epinastina</i>	61	<i>estradiol, comprimidos vaginales</i> ...	57
EMCYT	26	<i>epinefrina, autoinyector para inyección</i>	62	<i>estradiol oral</i>	57
EMEND, SUSPENSIÓN ORAL PARA RECONSTITUCIÓN	53	<i>epinefrina, solución inyectable, 1 mg/ml</i>	62	<i>estradiol, parche transdérmico quincenal</i>	57
<i>emoquette</i>	58	<i>epirubicina, solución intravenosa</i> ..	26	<i>estradiol, parche transdérmico semanal</i>	57
EMPLICITI	26	<i>epitol</i>	32	<i>estreptomicina</i>	23
EMSAM.....	38	EPIVIR HBV, SOLUCIÓN ORAL....	19	<i>etacrinato sódico</i>	41
<i>emtricitabina</i>	19	ERBITUX	26	<i>etambutol</i>	22
<i>emtricitabina-tenofovir (tdf)</i>	19	<i>ergotamina-cafeína</i>	34	<i>etilsuccinato de eritromicina, suspensión oral para reconstitución, 200 mg/5 ml</i>	21
EMTRIVA, CÁPSULAS ORALES ...	19	<i>eritrocina (como estearato), comprimidos orales, 250 mg</i>	21	<i>etiodiol diac-etinilestradiol</i>	58
EMTRIVA, SOLUCIÓN ORAL	19	<i>eritromicina, cápsulas orales, liberación retardada (dr/ec)</i>	21	<i>etodolaco</i>	36
EMVERM	22	<i>eritromicina, comprimidos orales</i> ...	21		
		<i>eritromicina con etanol, gel tópico</i> ..	45		

Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
ETOPOPHOS.....	26	<i>fenitoína sódica,</i>		FLOVENT, INHALADOR	
<i>etopósido intravenoso</i>	26	<i>liberación prolongada</i>	33	EN AEROSOL DE HFA,	
<i>etosuximida</i>	32	<i>fenitoína sódica,</i>		44 MCG/ACTIVACIÓN	62
<i>etravirina</i>	19	<i>solución intravenosa</i>	33	FLOVENT, INHALADOR	
EUTHYROX.....	53	<i>fenitoína, suspensión oral</i>	33	EN AEROSOL DE HFA,	
<i>everolimus (antineoplásico),</i>		<i>fenobarbital, comprimidos orales</i> ..	33	110 MCG/ACTIVACIÓN	62
<i>comprimidos orales</i>	26	<i>fenobarbital, elixir oral</i>	32	FLOVENT, INHALADOR	
<i>everolimus (inmunodepresor),</i>		<i>fenobarbital sódico,</i>		EN AEROSOL DE HFA,	
<i>comprimidos orales, 0.5 mg</i>	26	<i>solución inyectable</i>	33	220 MCG/ACTIVACIÓN	62
<i>everolimus (inmunodepresor),</i>		<i>fenofibrato, cápsulas</i>		<i>floxuridina</i>	27
<i>comprimidos orales,</i>		<i>orales micronizadas,</i>		<i>flucitosina</i>	18
<i>0.25 mg, 0.75 mg</i>	26	<i>134 mg, 200 mg, 67 mg</i>	43	<i>fluconazol, comprimidos orales</i>	18
EVOMELA	26	<i>fenofibrato, comprimidos</i>		<i>fluconazol en nacl (iso-osm.)</i>	18
EVOTAZ	19	<i>orales, 160 mg, 54 mg</i>	44	<i>fluconazol, suspensión</i>	
<i>exemestano</i>	27	<i>fenofibrato, comprimidos orales</i>		<i>oral para reconstitución</i>	18
EXKIVITY.....	27	<i>nanocristalizados, 145 mg, 48 mg</i> ..	44	<i>fludarabina</i>	27
EYLEA.....	61	<i>fantanilo, parche transdérmico,</i>		<i>fludrocortisona</i>	49
<i>ezetimiba</i>	43	<i>72 horas, 100 mcg/h, 12 mcg/h,</i>		<i>flunisolida</i>	62
<i>ezetimiba-simvastatina</i>	43	<i>25 mcg/h, 50 mcg/h, 75 mcg/h</i>	35	<i>fluocinolona</i>	47
F		FETZIMA, CÁPSULAS ORALES,		<i>fluocinolona acetona, aceite</i>	49
FABRAZYME	52	LIBERACIÓN PROLONGADA,		<i>fluocinolona y gorra de baño</i>	47
<i>falmina (28)</i>	58	24 HORAS	38	<i>fluocinonida, crema tópica, 0.05%</i> ..	47
<i>famciclovir</i>	19	FETZIMA, CÁPSULAS ORALES,		<i>fluocinonida, gel tópico</i>	47
<i>famotidina, comprimidos</i>		LIB. PROL., 24 HORAS,		<i>fluocinonida, pomada tópica</i>	47
<i>orales, 20 mg, 40 mg</i>	54	PAQUETE DOSIFICADO	38	<i>fluocinonida, solución tópica</i>	47
FAMOTIDINA,		<i>finasterida, comprimidos</i>		<i>fluorometolona</i>	61
SUSPENSIÓN ORAL	54	<i>orales, 5 mg</i>	63	<i>fluorouracilo, crema tópica, 5%</i>	45
FANAPT,		FINTEPLA	32	<i>fluorouracilo intravenoso</i>	27
COMPRIMIDOS ORALES	38	FIRMAGON, KIT CON		<i>fluorouracilo, solución tópica</i>	45
FANAPT, COMPRIMIDOS		JERINGA DILUYENTE	27	<i>fluoruro (de sodio),</i>	
ORALES, PAQUETE DOSIFICADO ..	38	FIRVANQ, SOL. PARA RECONST.		<i>comprimidos orales</i>	65
FARYDAK	27	INTRAVENOSA, 25 MG/ML	22	<i>fluoruro (de sodio), comprimidos</i>	
<i>febuxostat</i>	56	FIRVANQ, SOL. PARA RECONST.		<i>orales masticables, 1 mg</i>	
<i>felbamato</i>	32	INTRAVENOSA, 50 MG/ML	22	<i>(2.2 mg de fluoruro de sodio)</i>	65
<i>felodipina</i>	41	<i>flac, aceite ótico</i>	49	<i>fluoxetina, cápsulas orales, 10 mg</i> ..	38
<i>feminor</i>	58	<i>flecainida</i>	40	<i>fluoxetina, cápsulas orales, 20 mg</i> ..	38
<i>fenelzina</i>	39	FLOVENT DISKUS PARA INHALAR,		<i>fluoxetina, cápsulas orales, 40 mg</i> ..	38
<i>fenilbutirato sódico</i>	48	BLÍSTER CON DISPOSITIVO,		<i>fluoxetina, solución oral</i>	38
<i>fenitoína, comprimidos</i>		100 MCG/ACTIVACIÓN,		<i>flurbiprofeno, comprimidos</i>	
<i>orales masticables</i>	33	50 MCG/ACTIVACIÓN	62	<i>orales, 100 mg</i>	36
		FLOVENT DISKUS PARA INHALAR,		<i>flurbiprofeno sódico</i>	61
		BLÍSTER CON DISPOSITIVO,		<i>flutamida</i>	27
		250 MCG/ACTIVACIÓN	62		

Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
<i>fluvastatina, cápsulas orales, 20 mg</i>	44	<i>fosfenitoína</i>	32	GAVRETO	27
<i>fluvastatina, cápsulas orales, 40 mg</i>	44	<i>fosinopril</i>	41	GAZYVA	27
<i>fluvoxamina, comprimidos orales, 25 mg</i>	38	<i>fosinopril-hidroclorotiazida</i>	41	<i>gemcitabina, sol. para reconst. intravenosa</i>	27
<i>fluvoxamina, comprimidos orales, 50 mg</i>	38	FOTIVDA	27	<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>	27
<i>fluvoxamina, comprimidos orales, 100 mg</i>	38	<i>fulvestrant</i>	27	GEMCITABINE, SOLUCIÓN INTRAVENOSA, 100 MG/ML	27
FOLOTYN	27	<i>fumarato de bisoprolol</i>	41	<i>gemfibrozil</i>	44
<i>fomepizol</i>	55	<i>fumarato de disoproxilo de tenofovir</i>	20	<i>gemmily</i>	58
<i>fondaparinux, jeringa subcutánea, 2.5 mg/0.5 ml</i>	43	<i>fumarato de formoterol</i>	63	<i>generlac</i>	53
<i>fondaparinux, jeringa subcutánea, 10 mg/0.8 ml, 5 mg/0.4 ml, 7.5 mg/0.6 ml</i>	43	<i>furosemida, comprimidos orales</i>	41	<i>engraf</i>	27
<i>fosamprenavir</i>	19	<i>furosemida inyectable</i>	41	GENOTROPIN	55
<i>fosfato de clindamicina, gel tópico</i> ..	45	<i>furosemida, solución oral, 10 mg/ml, 40 mg/5 ml (8 mg/ml)</i>	41	GENOTROPIN MINISQUICK	55
<i>fosfato de clindamicina inyectable</i> ..	22	FUZEON, SOL. PARA RECONST. SUBCUTÁNEA	19	<i>gentak, pomada oftálmica (ojos)</i>	60
<i>fosfato de clindamicina, loción tópica</i>	45	FYCOMPA, COMPRIMIDOS ORALES, 2 MG, 4 MG, 6 MG	32	<i>gentamicina, crema tópica</i>	46
<i>fosfato de clindamicina, pañito tópico</i>	45	FYCOMPA, COMPRIMIDOS ORALES, 10 MG, 12 MG, 8 MG	32	<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>	22
<i>fosfato de clindamicina, solución intravenosa, 600 mg/4 ml</i>	22	G		<i>gentamicina, gotas oftálmicas (ojos)</i>	60
<i>fosfato de clindamicina, solución tópica</i>	45	<i>gabapentina, cápsulas orales, 100 mg, 400 mg</i>	32	<i>gentamicina, pomada tópica</i>	46
<i>fosfato de clindamicina vaginal</i>	57	<i>gabapentina, cápsulas orales, 300 mg</i>	32	<i>gentamicina, solución inyectable, 40 mg/ml</i>	22
<i>fosfato de cloroquina</i>	22	<i>gabapentina, comprimidos orales, 600 mg</i>	32	GENTAMICIN IN NACL (ISO-OSM.), INFUSIÓN SECUNDARIA INTRAVENOSA, 100 MG/50 ML, 120 MG/100 ML	22
<i>fosfato sódico de dexametasona oftálmico (ojos)</i>	61	<i>gabapentina, comprimidos orales, 800 mg</i>	32	GENVOYA	19
<i>fosfato sódico de dexametasona (pf), solución inyectable</i>	49	<i>gabapentina, solución oral</i>	32	GILOTRIF	27
<i>fosfato sódico de dexametasona, solución inyectable</i>	49	<i>galantamina, cápsulas orales, píldoras de lib. prol., 24 horas</i>	34	<i>glicopirronio, comprimidos orales, 1 mg, 2 mg</i>	53
<i>fosfato sódico de prednisolona oftálmico (ojos)</i>	61	<i>galantamina, comprimidos orales</i> ..	34	<i>glicopirronio (pf) en agua, jeringa intravenosa, 0.4 mg/2 ml (0.2 mg/ml)</i>	53
<i>fosfato sódico de prednisolona, solución oral, 15 mg/5 ml (3 mg/ml), 15 mg/5 ml (5 mg), 5 mg base/5 ml (6.7 mg/5 ml)</i>	49	<i>galantamina, solución oral</i>	34	<i>glimepirida, comprimidos orales, 1 mg</i>	50
<i>fosfato sódico de prednisolona, solución oral, 25 mg/5 ml (5 mg/ml)</i> ..	49	GAMUNEX-C	55	<i>glimepirida, comprimidos orales, 2 mg</i>	50
		GARDASIL 9 (PF)	55	<i>glimepirida, comprimidos orales, 4 mg</i>	50
		GASAS, 2 X 2	49		
		GATTEX, VIAL DE 30	53		
		GATTEX, VIAL DE UNO	53		
		<i>gavilyte-c</i>	53		
		<i>gavilyte-n</i>	53		

Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
<i>glipizida, comprimidos orales, 5 mg</i> . . . 50		<i>haloperidol</i> 38		<i>hidrocodona-ibuprofeno, comprimidos orales, 7.5-200 mg</i> . . . 35	
<i>glipizida, comprimidos orales, 10 mg</i> 50		HARVONI, COMPRIMIDOS ORALES, 45-200 MG 19		<i>hidrocortisona-ácido acético</i> 49	
<i>glipizida, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas, 2.5 mg</i> 50		HARVONI, COMPRIMIDOS ORALES, 90-400 MG 19		<i>hidrocortisona, crema tópica, 1%, 2.5%</i> 47	
<i>glipizida, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas, 5 mg</i> 50		HARVONI, PÍLDORAS DE ADMINISTRACIÓN ORAL EN PAQUETES, 33.75-150 MG 19		<i>hidrocortisona, crema tópica con aplicador perineal</i> 53	
<i>glipizida, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas, 10 mg</i> 50		HARVONI, PÍLDORAS DE ADMINISTRACIÓN ORAL EN PAQUETES, 45-200 MG 19		<i>hidrocortisona, loción tópica, 2.5%</i> . . 47	
<i>glipizida-metformina, comprimidos orales, 2.5-250 mg</i> . . . 50		HAVRIX (PF), JERINGA INTRAMUSCULAR 55		<i>hidrocortisona oral</i> 49	
<i>glipizida-metformina, comprimidos orales, 2.5-500 mg, 5-500 mg</i> 50		<i>heather</i> 57		<i>hidrocortisona, pomada tópica, 1%, 2.5%</i> 47	
GLUCAGEN HYPOKIT 50		<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> 43		<i>hidrocortisona rectal</i> 53	
GLUCAGON (HCL), KIT DE EMERGENCIAS 50		<i>heparina (porcina) en nacl al 0.45%, solución parenteral, intravenosa, 25,000 unidades/250 ml, 25,000 unidades/500 ml</i> 43		<i>hidromorфона, comprimidos orales</i> . . 35	
GLUCAGON, KIT DE EMERGENCIAS (HUMANO) 50		<i>heparina (porcina) en nacl (pf)</i> 43		<i>hidromorфона, líquido oral</i> 35	
<i>gluconato de clorhexidina, membrana mucosa</i> 48		<i>heparina, porcina (pf), jeringa inyectable, 5,000 unidades/0.5 ml</i> . . 43		<i>hidroxicloroquina, comprimidos orales, 200 mg</i> 22	
GLYCOPYRROLATE (PF) N WATER, INYECTABLE 53		<i>heparina (porcina), solución inyectable</i> 43		<i>hidroxiurea</i> 27	
<i>glydo</i> 45		HETLIOZ 38		<i>hipurato de metenamina</i> 24	
<i>griseofulvina micronizada</i> 18		HIBERIX (PF) 55		HIZENTRA 55	
<i>griseofulvina ultramicronizada</i> 18		<i>hiclato de doxiciclina, cápsulas orales</i> 24		HUMALOG JUNIOR KWIKPEN U-100 50	
GVOKE HYPOPEN, PAQUETE DE 1 50		<i>hiclato de doxiciclina, comprimidos orales, 100 mg, 20 mg</i> 24		HUMALOG KWIKPEN, INSULINA . . 50	
GVOKE HYPOPEN, PAQUETE DE 2 50		<i>hiclato de doxiciclina intravenoso</i> . . 24		HUMALOG MIX 50-50, INSULINA U-100 50	
GVOKE PFS, PAQUETE CON 1 JERINGA 50		<i>hidralazina inyectable</i> 41		HUMALOG MIX 50-50 KWIKPEN . . 50	
GVOKE PFS, PAQUETE CON 2 JERINGAS 50		<i>hidralazina oral</i> 41		HUMALOG MIX 75-25 KWIKPEN . . 50	
H		<i>hidroclorotiazida</i> 41		HUMALOG MIX 75-25 (U-100), INSULINA 50	
<i>hailey</i> 58		<i>hidrocodona-acetaminofeno, comprimidos orales, 10-325 mg, 5-325 mg, 7.5-325 mg</i> 35		HUMALOG U-100, INSULINA 50	
<i>hailey 24 fe</i> 58		<i>hidrocodona-acetaminofeno, solución oral, 7.5-325 mg/15 ml</i> . . . 35		HUMIRA (CF), KIT DE JERINGA SUBCUTÁNEA, 10 MG/0.1 ML, 20 MG/0.2 ML 56	
<i>hailey fe 1.5/30 (28)</i> 58				HUMIRA (CF), KIT DE JERINGA SUBCUTÁNEA, 40 MG/0.4 ML 56	
<i>hailey fe 1/20 (28)</i> 58				HUMIRA (CF) PEDI CROHNS, PAQUETE INICIAL, KIT DE JERINGA SUBCUTÁNEA, 80 MG/0.8 ML 56	
HALAVEN 27				HUMIRA (CF) PEDI CROHNS, PAQUETE INICIAL, KIT DE JERINGA SUBCUTÁNEA, 80 MG/0.8 ML-40 MG/0.4 ML 56	

Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
HUMIRA (CF) PEN CROHNS-UC-HS.....	56	ICLUSIG, COMPRIMIDOS ORALES, 10 MG, 30 MG, 45 MG... 27		INTRALIPID, EMULSIÓN INTRAVENOSA, 20%, 30% 65	
HUMIRA (CF) PEN, KIT DE INYECTOR SUBCUTÁNEO, 40 MG/0.4 ML.....	56	ICLUSIG, COMPRIMIDOS ORALES, 15 MG 27		INTRON A, SOL. PARA RECONST. INYECTABLE..... 55	
HUMIRA (CF) PEN, KIT DE LAPICERA PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA, 80 MG/0.8 ML.....	56	<i>idarrubicina</i> 27		INTRON A, SOLUCIÓN INYECTABLE, 6 MILLONES DE UNIDADES/ML 55	
HUMIRA(CF) PEN PEDIATRIC UC . 56		IDHIFA..... 27		INTRON A, SOLUCIÓN INYECTABLE, 10 MILLONES DE UNIDADES/ML 55	
HUMIRA (CF) PEN PSOR-UV-ADOL HS.....	56	<i>ifosfamida</i> 27		<i>introvale</i> 58	
HUMIRA, KIT DE JERINGA SUBCUTÁNEA, 40 MG/0.8 ML.....	56	<i>imatinib, comprimidos</i> <i>orales, 100 mg</i> 27		INVEGA SUSTENNA 38	
HUMIRA PEN 56		<i>imatinib, comprimidos</i> <i>orales, 400 mg</i> 27		INVEGA TRINZA 38	
HUMIRA PEN CROHNS- UC-HS, PAQUETE INICIAL 56		IMBRUVICA, CÁPSULAS ORALES, 70 MG 27		INVELTYS 61	
HUMIRA PEN PSOR- UVEITS-ADOL HS.....	56	IMBRUVICA, CÁPSULAS ORALES, 140 MG..... 27		INVIRASE, COMPRIMIDOS ORALES 19	
HUMULIN 70/30 U-100, INSULINA . 50		IMBRUVICA, COMPRIMIDOS ORALES 27		IPO..... 55	
HUMULIN 70/30 U-100 KWIKPEN.. 50		IMFINZI..... 27		<i>ipratropio-albuterol</i> 63	
HUMULIN N NPH, INSULINA KWIKPEN 50		<i>imipenem-cilastatina</i> 22		<i>irbesartán</i> 41	
HUMULIN N NPH U-100, INSULINA 50		<i>imiquimod, crema tópica</i> <i>en paquete 5%</i> 45		<i>irbesartán-hidroclorotiazida</i> 41	
HUMULIN R REGULAR U-100, INSULINA 50		IMOVAX (PF), VACUNA ANTIRRÁBICA..... 55		IRESSA..... 27	
HUMULIN R U-500 (CONC) INSULINA 50		<i>incassia</i> 57		<i>irinotecán</i> 27	
HUMULIN R U-500 (CONC) KWIKPEN 50		INCRELEX..... 48		<i>irrigación de solución de</i> <i>lactato sódico compuesta</i> 47	
HYDROXYCHLOROQUINE, COMPRIMIDOS ORALES, 100 MG, 300 MG, 400 MG 22		INCRUSE ELLIPTA..... 63		<i>irrigación de solución de</i> <i>lactato sódico compuesta</i> 47	
		<i>indapamida</i> 41		ISENTRESS, COMPRIMIDOS ORALES 19	
		INFANRIX (DTAP) (PF), JERINGA INTRAMUSCULAR 55		ISENTRESS, COMPRIMIDOS ORALES MASTICABLES, 25 MG .. 19	
		INFUGEM..... 27		ISENTRESS, COMPRIMIDOS ORALES MASTICABLES, 100 MG . 19	
		INFUMORPH P/F..... 35		ISENTRESS, DE DOSIS ALTA 19	
		INLYTA, COMPRIMIDOS ORALES, 1 MG 27		ISENTRESS, PAQUETE DE POLVO ORAL 19	
		INLYTA, COMPRIMIDOS ORALES, 5 MG 27		<i>isibloom</i> 58	
		INQOVI..... 27		<i>isoniazida, comprimidos orales</i> 22	
		INREBIC..... 27		<i>isoniazida, solución oral</i> 22	
		INSULINA, AGUJA PARA LAPICERA..... 50		<i>isotretinoína, cápsulas orales,</i> <i>10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg</i> 45	
		INTELENCE, COMPRIMIDOS ORALES, 25 MG 19		<i>isradipina</i> 41	
		INTELENCE, COMPRIMIDOS ORALES, 100 MG, 200 MG 19		<i>itraconazol, cápsulas orales</i> 18	
				<i>itraconazol, solución oral</i> 18	
I					
<i>ibandronato oral</i> 56					
IBRANCE..... 27					
<i>ibu</i> 36					
<i>ibuprofeno, comprimidos</i> <i>orales, 400 mg, 600 mg, 800 mg</i> ... 36					
<i>ibuprofeno, suspensión oral</i> 36					
<i>icatibanto</i> 63					
<i>iclevia</i> 58					

Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
<i>ivermectina oral</i>	22	KALETRA, COMPRIMIDOS ORALES, 200-50 MG	19	<i>kurvelo (28)</i>	58
IXEMPRA	27	<i>kalliga</i>	58	KUVAN	52
IXIARO (PF)	55	KALYDECO, COMPRIMIDOS ORALES	63	KYNMOBI, PELÍCULA SUBLINGUAL, 10 MG, 15 MG, 20 MG, 25 MG, 30 MG	34
J		KALYDECO, PAQUETE DE GRÁNULOS ORALES	63	KYPROLIS	28
<i>jaimiess</i>	58	KANJINTI	27	L	
JAKAFI	27	<i>kariva (28)</i>	58	<i>labetalol oral</i>	41
<i>jantoven</i>	43	<i>kelnor 1/35 (28)</i>	58	<i>lactato de amonio</i>	44
JANUMET	50	<i>kelnor 1-50 (28)</i>	58	<i>lactato de haloperidol inyectable</i>	38
JANUMET XR, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA, MULTIFÁSICA, 24 HORAS, 50-1,000 MG, 50-500 MG	50	<i>ketoconazol, champú tópico</i>	46	<i>lactato de haloperidol oral</i>	38
JANUMET XR, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA, MULTIFÁSICA, 24 HORAS, 100-1,000 MG	50	<i>ketoconazol, crema tópica</i>	46	<i>lactulosa, solución oral</i>	53
JANUVIA	51	<i>ketoconazol oral</i>	18	<i>lamivudina, comprimidos orales, 100 mg, 300 mg</i>	19
JARDIANCE	51	<i>ketorolaco oftálmico (ojos)</i>	61	<i>lamivudina, comprimidos orales, 150 mg</i>	19
<i>jasmiel (28)</i>	58	KEYTRUDA	27	<i>lamivudina, solución oral</i>	19
JEMPERLI	27	KINRIX (PF), JERINGA INTRAMUSCULAR	55	<i>lamivudina-zidovudina</i>	19
<i>jencycla</i>	57	KISQALI, COMPRIMIDOS ORALES, 200 MG/DÍA (200 MG X 1)	28	<i>lamotrigina, comprimidos orales</i>	32
JERINGA PARA INSULINA (DES.), U-100 0.3 ML, 1 ML, 1/2 ML	50	KISQALI, COMPRIMIDOS ORALES, 400 MG/DÍA (200 MG X 2)	28	<i>lamotrigina, comprimidos orales masticables dispersables</i>	32
JEVTANA	27	KISQALI, COMPRIMIDOS ORALES, 600 MG/DÍA (200 MG X 3)	28	LANOXIN, COMPRIMIDOS ORALES, 62.5 MCG (0.0625 MG) ..	44
<i>jolessa</i>	58	KISQALI FEMARA CO-PACK, COMPRIMIDOS ORALES, 200 MG/DÍA (200 MG X 1), 2.5 MG ..	27	<i>lansoprazol, cápsulas orales, liberación retardada (dr/ec)</i>	54
<i>juleber</i>	58	KISQALI FEMARA CO-PACK, COMPRIMIDOS ORALES, 400 MG/DÍA (200 MG X 2), 2.5 MG ..	27	LANTUS SOLOSTAR U-100, INSULINA	51
JULUCA	19	KISQALI FEMARA CO-PACK, COMPRIMIDOS ORALES, 600 MG/DÍA (200 MG X 3), 2.5 MG ..	27	LANTUS U-100, INSULINA	51
<i>junel 1.5/30 (21)</i>	58	<i>klor-con</i>	64	<i>lapatinib</i>	28
<i>junel 1/20 (21)</i>	58	KLOR-CON 8	64	<i>larin 1.5/30 (21)</i>	58
<i>junel fe 1.5/30 (28)</i>	58	KLOR-CON 10	64	<i>larin 1/20 (21)</i>	58
<i>junel fe 1/20 (28)</i>	58	<i>klor-con m10</i>	64	<i>larin 24 fe</i>	58
<i>junel fe 24</i>	58	<i>klor-con m15</i>	64	<i>larin fe 1.5/30 (28)</i>	58
K		<i>klor-con m20</i>	64	<i>larin fe 1/20 (28)</i>	58
KABIVEN	65	KLOXXADO	36	<i>larissia</i>	58
KADCYLA	27	KORLYM	52	<i>latanoprost</i>	61
<i>kaitlib fe</i>	58	K-PHOS ORIGINAL	64	LATUDA, COMPRIMIDOS ORALES, 80 MG	38
KALETRA, COMPRIMIDOS ORALES, 100-25 MG	19			LATUDA, COMPRIMIDOS ORALES, 120 MG, 20 MG, 40 MG, 60 MG	38

Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
<i>layolis fe</i>	58	<i>levofloxacina, solución oral</i>	24	<i>l norgest/e.estradiol-e.estradiol</i> , comprimidos orales, paquete dosificado, 3 meses, 0.10 mg- 20 mcg (84)/10 mcg (7)	58
<i>leena 28</i>	58	<i>levonest (28)</i>	58	<i>l norgest/e.estradiol-e.estradiol</i> , comprimidos orales, paquete dosificado, 3 meses, 0.15 mg- 20 mcg/0.15 mg-25 mcg	58
<i>leflunomida</i>	56	<i>levonorgestrel-etinilestradiol</i> , comprimidos orales, 0.1-20 mg-mcg, 90-20 mcg (28)	59	<i>l norgest/e.estradiol-e.estradiol</i> , comprimidos orales, paquete dosificado, 3 meses, 0.15 mg- 30 mcg (84)/10 mcg (7)	58
LENVIMA, CÁPSULAS ORALES, 10 MG/DÍA (10 MG X 1), 4 MG	28	<i>levonorgestrel-etinilestradiol</i> , comprimidos orales, 0.15-0.03 mg	59	<i>lojaimiess</i>	59
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)	28	<i>levonorgestrel-etinilestradiol</i> , comprimidos orales, paquete dosificado, 3 meses	59	LONSURF, COMPRIMIDOS ORALES, 15-6.14 MG	28
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)	28	<i>levonorg-etetinilestradiol trifásico</i>	59	LONSURF, COMPRIMIDOS ORALES, 20-8.19 MG	28
<i>lessina</i>	58	<i>levora-28</i>	59	<i>loperamida, cápsulas orales</i>	53
<i>letrozol</i>	28	LEVO-T	53	<i>lopinavir-ritonavir, comprimidos orales, 100-25 mg</i>	19
<i>leucovorina cálcica</i> , comprimidos orales, 5 mg	25	<i>levotiroxina, comprimidos orales</i>	53	<i>lopinavir-ritonavir, comprimidos orales, 200-50 mg</i>	19
<i>leucovorina cálcica, comprimidos orales, 10 mg, 15 mg, 25 mg</i>	24	<i>levoxyl, comprimidos orales</i> , 100 mcg, 112 mcg, 125 mcg, 137 mcg, 150 mcg, 175 mcg, 200 mcg, 25 mcg, 50 mcg, 75 mcg, 88 mcg	53	<i>lopinavir-ritonavir, solución oral</i>	19
<i>leucovorina cálcica, inyectable</i>	24	LEXIVA, SUSPENSIÓN ORAL	19	<i>lorazepam, comprimidos orales, 0.5 mg, 1 mg</i>	39
LEUKERAN	28	LIBTAYO	28	<i>lorazepam, comprimidos orales, 2 mg</i>	39
<i>leuprolida subcutánea, kit</i>	28	<i>lidocaína, parche adhesivo tópico, medicado, 5%</i>	45	<i>lorazepam, concentrado oral</i>	39
LEVEMIR FLEXTOUCH U-100, INSULINA	51	<i>lidocaína (pf), jeringa intravenosa</i>	40	<i>lorazepam, intensol</i>	39
LEVEMIR U-100, INSULINA	51	<i>lidocaína (pf), solución inyectable</i>	45	<i>lorazepam, jeringa inyectable, 2 mg/ml</i>	39
<i>levetiracetam, comprimidos orales</i>	32	<i>lidocaína, pomada tópica</i>	45	<i>lorazepam, solución inyectable</i>	38
<i>levetiracetam, comprimidos orales</i> , liberación prolongada, 24 horas	32	<i>lidocaína-prilocaina, crema tópica</i>	45	LORBRENA, COMPRIMIDOS ORALES, 25 MG	28
<i>levetiracetam en nacl (iso-osm.)</i>	32	<i>lidocaína viscosa</i>	45	LORBRENA, COMPRIMIDOS ORALES, 100 MG	28
<i>levetiracetam intravenoso</i>	32	<i>lillow (28)</i>	59	<i>loryna (28)</i>	59
<i>levetiracetam, solución oral</i>	32	<i>lincomicina</i>	22	<i>losartán</i>	41
<i>levobunolol, gotas oftálmicas (ojos), 0.5%</i>	60	<i>lindano, champú tópico</i>	47	<i>losartán-hidroclorotiazida</i> , comprimidos orales, 50-12.5 mg	42
<i>levocarnitina, comprimidos orales</i>	48	<i>linezolida-cloruro de sodio al 0.9%</i>	22	<i>losartán-hidroclorotiazida</i> , comprimidos orales, 100-12.5 mg, 100-25 mg	42
<i>levocarnitina (con azúcar)</i>	48	<i>linezolida, comprimidos orales</i>	22	LOTEMAX	61
<i>levocarnitina, solución oral, 100 mg/ml</i>	48	<i>linezolida en dextrosa al 5%</i>	22		
<i>levocetirizina, comprimidos orales</i>	62	<i>linezolida, suspensión oral para reconstitución</i>	22		
<i>levocetirizina, solución oral</i>	62	LINZESS	53		
<i>levofloxacina, comprimidos orales</i>	24	<i>liotironina oral</i>	53		
<i>levofloxacina en d5w</i>	24	<i>lisinopril</i>	41		
<i>levofloxacina intravenosa</i>	24	<i>lisinopril-hidroclorotiazida</i>	41		

Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
LOTEMAX SM	61	<i>maleato de timolol,</i>		<i>memantina, solución oral.</i>	34
<i>lovastatina, comprimidos</i>		<i>gotas oftálmicas (ojos)</i>	60	MENACTRA (PF), SOLUCIÓN	
<i>orales, 10 mg</i>	44	<i>maleato de timolol oral</i>	42	INTRAMUSCULAR	55
<i>lovastatina, comprimidos</i>		<i>maleato de timolol, solución</i>		MENQUADFI (PF)	55
<i>orales, 20 mg</i>	44	<i>gelificante oftálmica (ojos)</i>	61	MENVEO A-C-Y-W-135-DIP (PF) ...	55
<i>lovastatina, comprimidos</i>		<i>maprotilina</i>	39	<i>mercaptapurina</i>	28
<i>orales, 40 mg</i>	44	<i>marlissa (28)</i>	59	<i>meropenem</i>	22
<i>low-ogestrel (28)</i>	59	MARPLAN	39	MEROPENEM-0.9%	
<i>lo-zumandimine (28)</i>	59	MARQIBO	28	SODIUM CHLORIDE	22
LUMAKRAS	28	MATULANE	28	<i>merzee</i>	59
LUMIGAN, GOTAS		<i>matzim la</i>	42	<i>merzee</i>	59
OFTÁLMICAS (OJOS), 0.01%	61	MAVYRET,		<i>mesalamina, cápsulas orales,</i>	
LUMIZYME	52	COMPRIMIDOS ORALES	19	<i>liberación prolongada, 24 horas</i>	54
LUMOXITI	28	<i>meclizina, comprimidos</i>		<i>mesalamina con pañuelo limpiador</i> .	54
LUPRON DEPOT	28	<i>orales, 12.5 mg, 25 mg</i>	54	<i>mesalamina, enema rectal</i>	54
LUPRON DEPOT (3 MESES)	28	<i>medroxiprogesterona intramuscular</i> .	57	<i>mesilato de ziprasidona</i>	40
LUPRON DEPOT (4 MESES)	28	<i>medroxiprogesterona oral</i>	57	<i>mesna</i>	25
LUPRON DEPOT (6 MESES)	28	<i>mefloquina</i>	22	MESNEX ORAL	25
LUPRON DEPOT-PED	28	<i>megestrol, comprimidos</i>		<i>metadona, comprimidos</i>	
LUPRON DEPOT-PED		<i>orales, 20 mg</i>	28	<i>orales, 5 mg</i>	35
(3 MESES)	28	<i>megestrol, comprimidos</i>		<i>metadona, comprimidos</i>	
<i>lutea (28)</i>	59	<i>orales, 40 mg</i>	28	<i>orales, 10 mg</i>	35
LYBALVI	39	<i>megestrol, suspensión oral,</i>		<i>metadona, concentrado oral</i>	35
LYNPARZA	28	<i>400 mg/10 ml (10 ml),</i>		<i>metadona, intensol</i>	35
LYSODREN	28	<i>400 mg/10 ml (40 mg/ml)</i>	28	<i>metadona, solución inyectable</i>	35
LYUMJEV KWIKPEN		MEKINIST, COMPRIMIDOS		<i>metadona, solución oral, 5 mg/5 ml</i> .	35
U-100, INSULINA	51	ORALES, 0.5 MG	28	<i>metadona, solución oral,</i>	
LYUMJEV KWIKPEN		MEKINIST, COMPRIMIDOS		<i>10 mg/5 ml</i>	35
U-200, INSULINA	51	ORALES, 2 MG	28	<i>metaproterenol, jarabe oral</i>	63
LYUMJEV U-100, INSULINA	51	MEKTOVI	28	<i>metazolamida</i>	61
<i>lyza</i>	57	<i>melodetta 24 fe</i>	59	<i>metformina, comprimidos</i>	
M		<i>meloxicam, comprimidos</i>		<i>orales, 1,000 mg</i>	51
MAGNESIUM SULFATE IN		<i>orales, 7.5 mg</i>	36	<i>metformina, comprimidos</i>	
D5W, INFUSIÓN SECUNDARIA		<i>meloxicam, comprimidos</i>		<i>orales, 500 mg</i>	51
INTRAVENOSA, 1 GRAMO/100 ML .	64	<i>orales, 15 mg</i>	36	<i>metformina, comprimidos</i>	
<i>malatión</i>	47	<i>memantina, cápsulas orales con</i>		<i>orales, 850 mg</i>	51
<i>maleato de asenapina</i>	37	<i>gránulos, lib. prolongada, 24 horas</i> .	34	<i>metformina, comprimidos orales,</i>	
<i>maleato de enalapril,</i>		<i>memantina, comprimidos</i>		<i>liberación prolongada, 24 horas,</i>	
<i>comprimidos orales</i>	41	<i>orales, 5 mg</i>	34	<i>500 mg (genérico de glucophage xr)</i> .	51
<i>maleato de proclorperazina oral</i>	54	<i>memantina, comprimidos</i>		<i>metformina, comprimidos orales,</i>	
		<i>orales, 10 mg</i>	34	<i>liberación prolongada, 24 horas,</i>	
		<i>memantina, comprimidos</i>		<i>750 mg (genérico de glucophage xr)</i> .	51
		<i>orales, paquete dosificado</i>	34		

Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
<i>metildopa</i>	42	<i>modafinil, comprimidos</i>		MORPHINE, JERINGA	
<i>metilprednisolona</i>	49	<i>orales, 200 mg</i>	39	INTRAVENOSA, 10 MG/ML,	
<i>metimazol, comprimidos</i>		<i>moexipril</i>	42	8 MG/ML	36
<i>orales, 10 mg, 5 mg</i>	49	<i>mofetil micofenolato,</i>		MORPHINE, JERINGA	
<i>metirosina</i>	42	<i>cápsulas orales</i>	28	INYECTABLE, 2 MG/ML	35
<i>metocarbamol oral</i>	35	<i>mofetil micofenolato (clorhidrato)</i> ..	28	MORPHINE, SOLUCIÓN	
<i>metolazona</i>	42	<i>mofetil micofenolato,</i>		INTRAVENOSA, 4 MG/ML,	
<i>metotrexato sódico inyectable</i>	28	<i>comprimidos orales</i>	29	8 MG/ML	36
<i>metotrexato sódico oral</i>	28	<i>mofetil micofenolato, suspensión</i>		MORPHINE, SOLUCIÓN	
<i>metotrexato sódico (pf)</i>	28	<i>oral para reconstitución</i>	28	INYECTABLE, 10 MG/ML,	
<i>metoxaleno</i>	45	<i>molindona</i>	39	2 MG/ML, 4 MG/ML, 5 MG/ML	35
<i>metro intravenoso</i>	22	<i>mometasona tópica</i>	47	MOVANTIK	54
<i>metronidazol, comprimidos orales</i> ..	22	MONJUVI	28	<i>moxifloxacina-cloruro</i>	
<i>metronidazol en nacl (iso-osm.)</i>	22	<i>monohidrato de doxiciclina,</i>		<i>de sodio (iso)</i>	24
<i>metronidazol tópico</i>	45	<i>cápsulas orales, 100 mg, 50 mg</i>	24	<i>moxifloxacina oftálmica (ojos)</i>	60
<i>metronidazol vaginal</i>	57	<i>monohidrato de doxiciclina,</i>		<i>moxifloxacina oral</i>	24
<i>mexiletina</i>	40	<i>comprimidos orales</i>	24	MOXIFLOXACIN-SOD.	
<i>mibelas 24 fe</i>	59	<i>monohidrato de doxiciclina,</i>		ACE, SUL-WATER	24
<i>micofenolato sódico</i>	29	<i>suspensión oral para reconstitución</i> .	24	MOZOBIL	55
<i>microgestin 1.5/30 (21)</i>	59	<i>monohidrato de nitrofurantoína/</i>		<i>mupirocina</i>	46
<i>microgestin 1/20 (21)</i>	59	<i>macrocríst.</i>	24	<i>mupirocina cálcica</i>	46
<i>microgestin fe 1.5/30 (28)</i>	59	<i>mono-lynyah</i>	59	MVASI	28
<i>microgestin fe 1/20 (28)</i>	59	<i>mononitrato de isosorbida</i>	44	MYLOTARG	29
<i>midodrina</i>	48	<i>montelukast, comprimidos orales</i> ...	63	MYRBETRIQ, COMPRIMIDOS	
<i>miglustato</i>	52	<i>montelukast, comprimidos</i>		ORALES, LIBERACIÓN	
<i>mili</i>	59	<i>orales masticables</i>	63	PROLONGADA, 24 HORAS	63
MINITRAN	44	<i>montelukast, paquete</i>		N	
<i>minociclina, cápsulas orales</i>	24	<i>de gránulos orales</i>	63	<i>nabumetona</i>	36
<i>minoxidil oral</i>	42	<i>morfina, comprimidos orales,</i>		<i>nadolol</i>	42
<i>mirtazapina, comprimidos orales</i> ...	39	<i>liberación prolongada</i>	36	<i>nadolol-bendroflumetiazida,</i>	
MIRTAZAPINE, COMPRIMIDOS		<i>morfina, jeringa intravenosa,</i>		<i>comprimidos orales, 80-5 mg</i>	42
DE DESINTEGRACIÓN ORAL	39	<i>2 mg/ml, 4 mg/ml</i>	36	<i>nafcilina</i>	23
<i>misoprostol</i>	54	<i>morfina, jeringa inyectable, 4 mg/ml</i>	36	<i>nafcilina en dextrosa, iso-osm.</i>	23
MITIGARE	56	<i>morfina (pf), solución</i>		NAGLAZYME	52
<i>mitomicina intravenosa</i>	28	<i>inyectable, 0.5 mg/ml, 1 mg/ml</i>	35	<i>naloxona, jeringa</i>	
<i>mitoxantrona</i>	28	<i>morfina, solución</i>		<i>inyectable, 1 mg/ml</i>	36
M-M-R II (PF)	55	<i>inyectable, 8 mg/ml</i>	35	<i>naloxona, solución inyectable</i>	36
<i>modafinil, comprimidos</i>		<i>morfina, solución</i>		<i>naltrexona</i>	36
<i>orales, 100 mg</i>	39	<i>inyectable, 10 mg/ml</i>	36	<i>naproxeno, comprimidos orales</i>	36
		<i>morfina, solución oral</i>	36	<i>naproxeno, comprimidos orales,</i>	
		<i>morfina, solución oral concentrada</i> .	35	<i>liberación retardada (dr/ec)</i>	36
		MORPHINE,			
		COMPRIMIDOS ORALES	36		

Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
<i>naproxeno sódico, comprimidos orales, 275 mg, 550 mg</i>	36	NICOTROL	48	<i>noretisterona-etinilestradiol-hierro, comprimidos orales, 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7), 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7)</i>	59
<i>naproxeno, suspensión oral</i>	36	NICOTROL NS.....	48	<i>noretisterona-etinilestradiol-hierro, comprimidos orales masticables</i>	59
<i>naratriptán</i>	34	<i>nifedipina, comprimidos orales, liberación prolongada</i>	42	<i>norgestimato-etinilestradiol, comprimidos orales,</i>	
NARCAN	37	<i>nifedipina, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas</i>	42	<i>0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg,</i>	
NATACYN.....	60	<i>nikki (28)</i>	59	<i>0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg (28)</i>	59
<i>nateglinida, comprimidos orales, 60 mg</i>	51	<i>nilutamida</i>	29	<i>norgestimato-etinilestradiol, comprimidos orales,</i>	
<i>nateglinida, comprimidos orales, 120 mg</i>	51	<i>nimodipina</i>	42	<i>0.25-35 mg-mcg</i>	59
NATPARA.....	52	NINLARO.....	29	NORTHERA, CÁPSULAS	
NAYZILAM.....	32	NIPENT.....	29	ORALES, 100 MG	48
<i>necon 0.5/35 (28)</i>	59	<i>nisoldipina</i>	42	NORTHERA, CÁPSULAS	
<i>nefazodona</i>	39	<i>nistatina, comprimidos orales</i>	18	ORALES, 200 MG, 300 MG	48
<i>neomicina</i>	22	<i>nistatina, crema tópica</i>	46	<i>nortrel 0.5/35 (28)</i>	59
<i>neomicina-bacitracina-polimixina</i> ...	60	<i>nistatina, polvo tópico</i>	46	<i>nortrel 1/35 (21)</i>	59
<i>neomicina-bacitracina-polimixina-hc</i> ..	61	<i>nistatina, pomada tópica</i>	46	<i>nortrel 1/35 (28)</i>	59
<i>neomicina-polimixina b-dexametasona</i>	61	<i>nistatina, suspensión oral</i>	18	<i>nortrel 7/7/7 (28)</i>	59
<i>neomicina-polimixina b gu</i>	47	<i>nistatina-triamcinolona</i>	46	<i>nortriptilina</i>	39
<i>neomicina-polimixina-gramicidina</i>	60	<i>nitazoxanida</i>	22	NORVIR, PAQUETE	
<i>neomicina-polimixina-hc oftálmica (ojos)</i>	61	<i>nitisinona</i>	48	DE POLVO ORAL	19
<i>neomicina-polimixina-hidro cortisona ótica (oído)</i>	49	<i>nitrofurantoína</i>	24	NORVIR, SOLUCIÓN ORAL	19
<i>neo-polycin</i>	60	<i>nitrofurantoína, macrocristales, cápsulas orales, 50 mg</i>	24	NOVOFINE, AGUJA	
<i>neo-polycin hc</i>	61	<i>nitrofurantoína, macrocristales, cápsulas orales, 100 mg, 25 mg</i>	24	PARA LAPICERA.....	51
NERLYNX	29	<i>nitroglicerina intravenosa</i>	44	NOVOTWIST, AGUJA	
NEUPRO	34	<i>nitroglicerina, parche transdérmico, 24 horas</i>	44	PARA LAPICERA.....	51
<i>nevirapina, comprimidos orales</i>	19	<i>nitroglicerina sublingual</i>	44	NUBEQA	29
<i>nevirapina, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas, 100 mg</i>	19	<i>nitroglicerina, translingual</i>	44	NUEDEXTA.....	34
<i>nevirapina, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas, 400 mg</i>	19	NIVESTYM	55	NULOJIX	29
<i>nevirapina, suspensión oral</i>	19	<i>nora-be</i>	57	NUPLAZID, CÁPSULAS ORALES..	39
NEXAVAR.....	29	<i>noret.-etinilestradiol/hierro</i>	59	NUPLAZID, COMPRIMIDOS	
<i>niacina, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas</i>	44	<i>noretisterona ac-etinilestradiol, comprimidos orales,</i>		ORALES, 10 MG	39
<i>nicardipina oral</i>	42	<i>1-20 mg-mcg, 1.5-30 mg-mcg</i>	59	NUZYRA INTRAVENOSO.....	24
<i>nicardipina, solución intravenosa</i>	42	<i>noretisterona (anticonceptivo)</i>	57	NUZYRA ORAL	24
		<i>noretisterona-etinilestradiol-hierro, cápsulas orales</i>	59	<i>nyamyc</i>	46
				<i>nylia 7/7/7 (28)</i>	59
				<i>nymyo</i>	59
				<i>nystop</i>	46

Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
O		<i>oseltamivir, cápsulas orales</i>	19	<i>paliperidona, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas, 1.5 mg, 3 mg, 9 mg</i>	39
OCALIVA	54	<i>oseltamivir, suspensión oral para reconstitución</i>	19	<i>paliperidona, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas, 6 mg</i>	39
<i>ocella</i>	59	<i>oxacilina inyectable</i>	23	<i>pamidronato, solución intravenosa</i>	52
OCREVUS	34	<i>oxalato de escitalopram, comprimidos orales</i>	38	PAÑOS CON ALCOHOL	49
ODEFSEY	19	<i>oxalato de escitalopram, solución oral</i>	38	PANRETIN	45
ODOMZO	29	<i>oxaliplatino</i>	29	<i>pantoprazol, comprimidos orales, liberación retardada (dr/ec), 20 mg</i>	54
OFEV	63	<i>oxandrolona, comprimidos orales, 2.5 mg</i>	52	<i>pantoprazol, comprimidos orales, liberación retardada (dr/ec), 40 mg</i>	54
<i>ofloxacin oftálmica (ojos)</i>	60	<i>oxandrolona, comprimidos orales, 10 mg</i>	52	PA; QL (150/30); NDS	34
OGIVRI	29	<i>oxaprozina</i>	37	<i>paricalcitol oral</i>	52
<i>olanzapina, comprimidos de desintegración oral</i>	39	<i>oxazepam</i>	39	<i>paroex, enjuague bucal</i>	49
<i>olanzapina, comprimidos orales</i>	39	<i>oxcarbazepina, comprimidos orales</i>	32	<i>paramomicina</i>	23
<i>olanzapina intramuscular</i>	39	<i>oxcarbazepina, suspensión oral</i>	32	PASER	23
<i>olmesartán</i>	42	OXERVATE	61	PAXIL, SUSPENSIÓN ORAL	39
<i>olmesartán-hidroclorotiazida</i>	42	<i>oxicodona-acetaminofeno, comprimidos orales, 10-325 mg, 2.5-325 mg, 5-325 mg, 7.5-325 mg</i>	36	PEDIARIX (PF)	55
<i>olopatadina oftálmica (ojos)</i>	61	<i>oxicodona, comprimidos orales, 5 mg</i>	36	PEDVAX HIB (PF)	55
<i>omeprazol, cápsulas orales, liberación retardada (dr/ec)</i>	54	<i>oxicodona, comprimidos orales, 10 mg, 15 mg, 20 mg, 30 mg</i>	36	<i>peg 3350-electrolitos, sol. para reconst. oral, 236-22.74-6.74-5.86 gramos</i>	54
OMNIPOD DASH, PAQUETE DE 5	51	<i>oxicodona, comprimidos orales, 10 mg, 15 mg, 20 mg, 30 mg</i>	36	<i>peg-electrolitos</i>	54
OMNIPOD, PAQUETE DE 5	51	<i>oxicodona, concentrado oral</i>	36	PEMAZYRE	29
OMNIPOD, PAQUETE INICIAL	51	<i>oxicodona, solución oral</i>	36	<i>penicilamina</i>	56
ONCASPAR	29	<i>oximorfona, comprimidos orales, liberación prolongada, 12 horas</i>	36	<i>penicilina g potásica</i>	23
<i>ondansetrón</i>	54	OZEMPIC, LAPICERA PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA, 0.25 MG O 0.5 MG (2 MG/1.5 ML)	51	<i>penicilina v potásica</i>	24
ONIVYDE	29	OZEMPIC, LAPICERA PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA, 1 MG/DOSIS (2 MG/1.5 ML, 1 MG/DOSIS (4 MG/3 ML)	51	PENTACEL (PF), KIT INTRAMUSCULAR, 15 LF-48 MCG-62 DU-10 MCG/0.5 ML	55
ONUREG	29			PENTAM	23
OPDIVO	29			<i>pentamidina inyectable</i>	23
<i>oralone</i>	49			<i>pentamidina para inhalar</i>	23
ORENCIA CLICKJECT	56	P		PENTASA	54
ORENCIA, JERINGA SUBCUTÁNEA, 50 MG/0.4 ML	56	<i>pacerona, comprimidos orales, 100 mg, 200 mg, 400 mg</i>	40	<i>pentoxifilina</i>	43
ORENCIA, JERINGA SUBCUTÁNEA, 87.5 MG/0.7 ML	56	<i>paclitaxel</i>	29	<i>perfenazina</i>	39
ORENCIA, JERINGA SUBCUTÁNEA, 125 MG/ML	56	PADCEV	29	<i>perfenazina-amitriptilina</i>	39
ORGOVYX	29			PERFOROMIST	63
ORKAMBI, COMPRIMIDOS ORALES	63			PERIKABIVEN	65
ORKAMBI, PAQUETE DE GRÁNULOS ORALES	63			<i>perindopril erbumina</i>	42
<i>orsythia</i>	59				

Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
PERJETA.....	29	POTASSIUM CHLORIDE-D5-0.2% NACL, SOLUCIÓN PARENTERAL INTRAVENOSA, 20 MEQ/L	64	PRIFTIN	23
<i>permetrina</i>	47	POTASSIUM CHLORIDE- D5-0.9% NACL.....	64	PRIMAQUINE	23
PERSERIS.....	39	POTELIGEO	29	<i>primidona</i>	33
<i>pfizerpen-g</i>	24	<i>pramipexol, comprimidos orales</i>	34	<i>probenecid</i>	56
PHESGO	29	<i>prasugrel</i>	43	<i>probenecid/colchicina</i>	56
<i>philith</i>	59	<i>pravastatina</i>	44	PROCALAMINE 3%	65
PICATO.....	45	<i>praziquantel</i>	23	<i>procloperazina</i>	54
PIFELTRO	20	<i>prazosina</i>	42	PROCRIT	55
<i>pimozida</i>	39	<i>prednicarbato, pomada tópica</i>	47	<i>procto-med hc</i>	54
<i>pimtree (28)</i>	59	<i>prednisolona, solución oral</i>	49	<i>procto-pak</i>	54
<i>pindolol</i>	42	<i>prednisona, comprimidos orales</i>	49	<i>proctosol hc tópico</i>	54
<i>pioglitazona</i>	51	<i>prednisona, comprimidos orales,</i> <i>paquete dosificado, 5 mg,</i> <i>5 mg (paq. de 48)</i>	49	<i>proctozona-hc</i>	54
<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>	24	<i>prednisona, comprimidos orales,</i> <i>paquete dosificado, 10 mg,</i> <i>10 mg (paq. de 48)</i>	49	<i>progesterona micronizada</i>	57
PIPERACILLIN-TAZOBACTAM, SOL. PARA RECONST. INTRAVENOSA, 13.5 GRAMOS.....	24	<i>prednisona, intensol</i>	49	PROGLYCEM	51
PIQRAY.....	29	<i>prednisona, solución oral</i>	49	PROGRAF, PAQUETE DE GRÁNULOS ORALES	29
<i>pirazinamida</i>	23	<i>pregabalina, cápsulas orales,</i> <i>100 mg, 150 mg, 200 mg,</i> <i>25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	33	PROLASTIN-C, SOL. PARA RECONST. INTRAVENOSA.....	48
<i>pirimetamina</i>	23	<i>pregabalina, cápsulas orales,</i> <i>225 mg, 300 mg</i>	33	PROLASTIN-C, SOLUCIÓN INTRAVENOSA	48
<i>pirmella, comprimidos</i> <i>orales, 0.5/0.75/1 mg-35 mcg</i>	59	<i>pregabalina, solución oral</i>	33	PROLIA.....	56
<i>pirmella, comprimidos</i> <i>orales, 1-35 mg-mcg</i>	59	PREMARIN VAGINAL	57	PROMACTA, COMPRIMIDOS ORALES, 12.5 MG, 25 MG, 50 MG	43
PLENAMINE	65	PREMASOL 10%.....	65	PROMACTA, COMPRIMIDOS ORALES, 75 MG	43
PLENVU.....	54	<i>prevalite</i>	44	PROMACTA, PAQUETE DE POLVO ORAL, 12.5 MG	43
<i>podofilox</i>	45	<i>previfem</i>	59	PROMACTA, PAQUETE DE POLVO ORAL, 25 MG	43
<i>polimixina b sulfato</i> <i>de trimetoprima</i>	60	PREVYMIS, ORAL	20	<i>prometazina, comprimidos orales</i>	62
POLIVY.....	29	PREZCOBIX	20	<i>prometazina, jarabe oral</i>	62
<i>polycin</i>	60	PREZISTA, COMPRIMIDOS ORALES, 75 MG	20	<i>propafenona</i>	40
POMALYST	29	PREZISTA, COMPRIMIDOS ORALES, 150 MG	20	<i>propiltiouracilo</i>	49
<i>portia 28</i>	59	PREZISTA, COMPRIMIDOS ORALES, 600 MG	20	<i>propionato de fluticasona,</i> <i>crema tópica</i>	47
PORTRAZZA	29	PREZISTA, COMPRIMIDOS ORALES, 800 MG	20	<i>propionato de fluticasona nasal</i>	62
<i>posaconazol, comprimidos orales,</i> <i>liberación retardada (dr/ec)</i>	18	PREZISTA, SUSPENSIÓN ORAL	20	<i>propionato de fluticasona,</i> <i>pomada tópica</i>	47
POTASSIUM CHLORID-D5-0.45% NACL, SOLUCIÓN PARENTERAL INTRAVENOSA, 10 MEQ/L, 20 MEQ/L, 40 MEQ/L	64			<i>propionato de halobetasol,</i> <i>crema tópica</i>	47
				<i>propionato de halobetasol,</i> <i>pomada tópica</i>	47

Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
<i>propranolol, cápsulas orales, liberación prolongada, 24 horas</i>	42	<i>repaglinida, comprimidos orales, 0.5 mg</i>	51	ROCKLATAN	61
<i>propranolol, comprimidos orales</i>	42	<i>repaglinida, comprimidos orales, 1 mg</i>	51	ROMIDEPSIN, SOLUCIÓN INTRAVENOSA	29
<i>propranolol-hidroclorotiazida</i>	42	<i>repaglinida, comprimidos orales, 2 mg</i>	51	<i>ropinirol, comprimidos orales</i>	34
<i>propranolol, solución oral</i>	42	REPATHA	44	<i>rosadan, crema tópica</i>	45
PROQUAD (PF)	55	REPATHA PUSHTRONEX	44	<i>rosadan, gel tópico</i>	45
PROSOL 20%	65	REPATHA SURECLICK	44	<i>rosuvastatina</i>	44
<i>protriptilina</i>	39	RESTASIS	61	ROTARIX	55
PULMOZYME	63	RESTASIS MULTIDOSIS	61	ROTATEQ, VACUNA	55
PURIXAN	29	RETACRIT	55	<i>roweepra</i>	33
Q		RETEVMO	29	ROZLYTREK, CÁPSULAS ORALES, 100 MG	29
QINLOCK	29	RETROVIR INTRAVENOSO	20	ROZLYTREK, CÁPSULAS ORALES, 200 MG	29
QUADRACEL (PF)	55	REVLIMID	29	RUBRACA	29
<i>quetiapina, comprimidos orales, 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i>	39	REXULTI	39	<i>rufinamida</i>	33
<i>quetiapina, comprimidos orales, 300 mg, 400 mg</i>	39	REYATAZ, PAQUETE DE POLVO ORAL	20	RUKOBIA	20
<i>quinapril</i>	42	RHOPRESSA	61	RUXIENCE	29
<i>quinapril-hidroclorotiazida</i>	42	<i>ribavirina, cápsulas orales</i>	20	RYBELSUS	51
R		<i>ribavirina, comprimidos orales, 200 mg</i>	20	RYBREVANT	29
RABAVERT (PF)	55	<i>rifabutina</i>	23	RYDAPT	29
<i>raloxifeno</i>	56	<i>rifampina</i>	23	RYLAZE	29
<i>ramelteón</i>	39	<i>riluzol</i>	48	RYTARY	34
<i>ramipril</i>	42	<i>rimantadina</i>	20	S	
<i>ranolazina</i>	44	RINVOQ	57	<i>sajazir</i>	63
<i>rasagilina</i>	34	RISPERDAL CONSTA	39	SAMSCA, COMPRIMIDOS ORALES, 15 MG	52
<i>reclipsen (28)</i>	59	<i>risperidona, comprimidos de desintegración oral, 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg</i>	39	SAMSCA, COMPRIMIDOS ORALES, 30 MG	52
RECOMBIVAX HB (PF)	55	<i>risperidona, comprimidos de desintegración oral, 4 mg</i>	40	SANCUSO	54
RECTIV	54	<i>risperidona, comprimidos orales, 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg</i>	39	SANDIMMUNE, SOLUCIÓN ORAL	29
<i>regonol</i>	35	<i>risperidona, comprimidos orales, 4 mg</i>	39	SANTYL	45
REGRANEX	45	<i>risperidona, solución oral</i>	39	SAPHRIS	40
RELISTOR, JERINGA SUBCUTÁNEA	54	<i>ritonavir</i>	20	<i>sapropterina</i>	52
RELISTOR, SOLUCIÓN SUBCUTÁNEA	54	<i>rivastigmina</i>	34	SARCLISA	29
REMICADE	54	<i>rivelsa</i>	59	SECUADO	40
RENACIDIN	64	<i>rizatriptán</i>	34	SELZENTRY, COMPRIMIDOS ORALES, 25 MG	20
				SELZENTRY, COMPRIMIDOS ORALES, 150 MG, 75 MG	20

Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
SELZENTRY, COMPRIMIDOS ORALES, 300 MG	20	SOVALDI, COMPRIMIDOS ORALES, 400 MG	20	succinato sódico de cloranfenicol	22
SELZENTRY, SOLUCIÓN ORAL	20	sprintec (28)	59	succinato sódico de metilprednisolona intravenoso	49
SEREVENT DISKUS	63	SPRITAM	33	succinato sódico de metilprednisolona, sol. para reconst. inyect., 125 mg, 40 mg	49
sertralina, comprimidos orales	40	SPRYCEL, COMPRIMIDOS ORALES, 20 MG, 70 MG	29	sucralfato, comprimidos orales	54
sertralina, concentrado oral	40	SPRYCEL, COMPRIMIDOS ORALES, 100 MG, 140 MG, 50 MG, 80 MG	29	sulfacetamida-prednisolona	61
setlakin	59	sps (con sorbitol)	48	sulfacetamida sódica (acné)	46
sharobel	57	sronyx	59	sulfacetamida sódica, gotas oftálmicas (ojos)	61
SHINGRIX (PF)	55	SSD	45	sulfadiazina	24
SIGNIFOR	29	STAMARIL (PF)	55	sulfadiazina de plata	45
sildenafil (hipertensión arterial pulmonar), comprimidos orales	63	STELARA INTRAVENOSA	44	sulfametoxazol-trimetoprima, comprimidos orales	24
simliya (28)	59	STELARA, JERINGA SUBCUTÁNEA, 45 MG/0.5 ML	44	sulfametoxazol-trimetoprima, intravenoso	24
simpesse	59	STELARA, JERINGA SUBCUTÁNEA, 90 MG/ML	44	sulfametoxazol-trimetoprima, suspensión oral	24
SIMULECT	29	STELARA, SOLUCIÓN SUBCUTÁNEA	44	sulfasalazina	54
simvastatina, comprimidos orales	44	STIVARGA	29	sulfato de albuterol, comprimidos orales	62
sirolimus, comprimidos orales	29	STRIBILD	20	sulfato de albuterol, comprimidos orales, liberación prolongada, 12 horas	62
sirolimus, solución oral	29	SUBOXONE, PELÍCULA SUBLINGUAL, 2-0.5 MG	37	sulfato de albuterol, jarabe oral	62
SIRTURO	23	SUBOXONE, PELÍCULA SUBLINGUAL, 4-1 MG, 8-2 MG	37	sulfato de albuterol para inhalar, inhalador en aerosol de hfa, 90 mcg/activación (genérico de ProAir)	62
SIVEXTRO INTRAVENOSO	23	SUBOXONE, PELÍCULA SUBLINGUAL, 12-3 MG	37	sulfato de albuterol para inhalar, inhalador en aerosol de hfa, 90 mcg/activación (genérico de Proventil)	62
SIVEXTRO ORAL	23	subvenite	33	sulfato de albuterol para inhalar, solución para nebulización	62
SKYRIZI, JERINGA SUBCUTÁNEA, 150 MG/ML	44	subvenite, paquete inicial (azul)	33	sulfato de gentamicina (pediátrico) (pf)	22
SKYRIZI, KIT DE JERINGA SUBCUTÁNEA	44	subvenite, paquete inicial (naranja)	33	sulfato de magnesio en agua	64
SKYRIZI, LAPICERA PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA	44	subvenite, paquete inicial (verde)	33	sulfato de magnesio inyectable	64
solifenacina	63	succinato de desvenlafaxina	37	sulfato de quinidina, comprimidos orales	40
SOLQUA 100/33	51	succinato de loxapina	39	sulfato de quinina	23
SOLTAMOX	29	succinato de metoprolol	42	sulfato de tobramicina	23
solución de lactato sódico compuesta intravenosa	64	succinato de sumatriptán oral	34		
solución de lactato sódico compuesta intravenosa	64	succinato de sumatriptán, solución subcutánea	34		
SOLU-CORTEF ACT-O-VIAL (PF)	49	succinato de sumatriptán, subcutáneo en cartucho	34		
SOMATULINE DEPOT	29	succinato de sumatriptán, subcutáneo en lapicera	34		
SOMAVERT	52				
sorine	40				
sotalol af	40				
sotalol oral	40				
SOTYLIZE	40				

Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
<i>sulfonato de poliestireno sódico, polvo oral</i>	48	<i>tadalafil (hipertensión arterial pulmonar), comprimidos orales, 20 mg</i>	63	TECHLITE, AGUJA PARA LAPICERA.....	51
<i>sulfuro de selenio, loción tópica</i>	44	TAFINLAR.....	30	TEFLARO.....	21
<i>sulindaco</i>	37	TAGRISSO.....	30	<i>telmisartán</i>	42
<i>sumatriptán, rociador nasal no aerosol, 5 mg/activación</i>	34	TALTZ, JERINGA.....	44	<i>telmisartán-amlodipina</i>	42
<i>sumatriptán, rociador nasal no aerosol, 20 mg/activación</i>	34	TALZENNA, CÁPSULAS ORALES, 0.25 MG.....	30	<i>telmisartán-hiclorotiazida</i>	42
<i>sunitinib</i>	30	TALZENNA, CÁPSULAS ORALES, 1 MG.....	30	<i>temazepam, cápsulas orales, 15 mg, 30 mg</i>	40
SUPREP, KIT DE PREPARACIÓN INTESTINAL.....	54	<i>tamoxifeno</i>	30	<i>temazepam, cápsulas orales, 22.5 mg, 7.5 mg</i>	40
SUTAB.....	54	<i>tamsulosina</i>	63	TEMIXYS.....	20
SUTENT.....	30	TARGRETIN TÓPICO.....	30	TEMODAR INTRAVENOSO.....	30
<i>syeda</i>	59	<i>tarina 24 fe</i>	60	<i>temsirolimus</i>	30
SYMDEKO.....	63	<i>tarina fe 1/20 (28)</i>	60	TENIVAC (PF), JERINGA INTRAMUSCULAR.....	55
SYMFI.....	20	<i>tarina fe 1-20 eq (28)</i>	60	<i>teofilina, comprimidos orales, liberación prolongada, 12 horas, 300 mg, 450 mg</i>	63
SYMFI LO.....	20	<i>tartrato de metoprolol- hidroclorotiazida</i>	42	<i>teofilina, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas</i>	63
SYMPAZAN.....	33	<i>tartrato de metoprolol oral</i>	42	TEPMETKO.....	30
SYMTUZA.....	20	<i>tartrato de rivastigmina</i>	34	<i>terazosina, cápsulas orales, 1 mg, 2 mg, 5 mg</i>	42
SYNAREL.....	52	TASIGNA, CÁPSULAS ORALES, 50 MG.....	30	<i>terazosina, cápsulas orales, 10 mg</i>	42
SYNERCID.....	23	TASIGNA, CÁPSULAS ORALES, 150 MG, 200 MG.....	30	<i>terbutalina</i>	63
SYNJARDY.....	51	<i>taysofy</i>	60	<i>terconazol</i>	57
SYNJARDY XR, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN INMEDIATA- LIBERACIÓN PROLONGADA, BIFÁSICA, 24 HORAS, 10-1,000 MG, 12.5-1,000 MG, 5-1,000 MG.....	51	<i>tazaroteno, crema tópica</i>	45	TERIPARATIDE.....	56
SYNJARDY XR, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN INMEDIATA- LIBERACIÓN PROLONGADA, BIFÁSICA, 24 HORAS, 25-1,000 MG.....	51	<i>tazicef</i>	21	<i>testosterona, gel transdérmico</i>	52
SYNRIBO.....	30	TAZORAC, CREMA TÓPICA, 0.05%.....	45	<i>testosterona, gel transdérmico en bomba con dosis medidas, 12.5 mg/1.25 gramos (1%)</i>	53
SYNTHROID.....	53	<i>taztia xt, cápsulas orales, liberación prolongada, 24 horas, 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg</i> ..	42	<i>testosterona, gel transdérmico en paquete, 1% (25 mg/2.5 gramos), 1% (50 mg/5 gramos)</i>	53
T		TAZVERIK.....	30	TETANUS, DIPHTHERIA TOX PEDIÁTRICA (PF).....	55
TABLOID.....	30	TDVAX.....	55	<i>tetrabenazina, comprimidos orales, 12.5 mg</i>	35
TABRECTA.....	30	TECENTRIQ.....	30	<i>tetrabenazina, comprimidos orales, 25 mg</i>	35
<i>tacrolimus oral</i>	30	TECFIDERA, CÁPSULAS ORALES, LIBERACIÓN RETARDADA (DR/EC), 120 MG....	34	<i>tetraciclina</i>	24
<i>tacrolimus tópico</i>	45	TECFIDERA, CÁPSULAS ORALES, LIBERACIÓN RETARDADA (DR/EC), 120 MG (14), 240 MG (46).....	34	THALOMID, CÁPSULAS ORALES, 100 MG, 150 MG, 50 MG.....	30
		TECFIDERA, CÁPSULAS ORALES, LIBERACIÓN RETARDADA (DR/EC), 240 MG....	35		

Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
THALOMID, CÁPSULAS ORALES, 200 MG	30	trandolapril	42	tri femynor	60
tiadylt, liberación prolongada	42	tranilcipromina	40	trifluoperazina, comprimidos orales, 1 mg	40
tiagabina	33	TRAVASOL 10%	65	trifluoperazina, comprimidos orales, 10 mg, 2 mg, 5 mg	40
TIBSOVO	30	travoprost	61	trifluridina	60
tigeciclina	23	TRAZIMERA	30	TRIJARDY XR, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN INMEDIATA-LIBERACIÓN PROLONGADA, BIFÁSICA, 24 HORAS, 10-5-1,000 MG, 25-5-1,000 MG	52
tilia fe	60	trazodona	40	TRIJARDY XR, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN INMEDIATA-LIBERACIÓN PROLONGADA, BIFÁSICA, 24 HORAS, 12.5-2.5-1,000 MG, 5-2.5-1,000 MG	52
tioridazina	40	TREANDA	30	TRIKAFTA	63
tiotepa	30	TRECTOR	23	tri-legest fe	60
tiotixeno	40	TRELEGY ELLIPTA	63	tri-lynyah	60
tis-u-sol pentallito	47	TRELSTAR, SUSPENSIÓN INTRAMUSCULAR PARA RECONSTITUCIÓN	30	tri-lo-estarylla	60
TIVDAK	30	TRESIBA FLEXTOUCH U-100	51	tri-lo-marzia	60
TIVICAY, COMPRIMIDOS ORALES, 10 MG	20	TRESIBA FLEXTOUCH U-200	52	tri-lo-mili	60
TIVICAY, COMPRIMIDOS ORALES, 25 MG, 50 MG	20	TRESIBA U-100, INSULINA	52	tri-lo-sprintec	60
TIVICAY PD	20	tretinoína (antineoplásico)	30	trimetoprima	24
tizanidina, comprimidos orales	35	tretinoína, crema tópica, 0.025%, 0.05%, 0.1%	46	tri-mili	60
tobramicina-dexametasona	61	tretinoína, microesferas, gel tópico al 0.1%	45	trimipramina	40
tobramicina en nacl al 0.225%	23	tretinoína, microesferas, gel tópico con bomba al 0.1%	46	TRINTELLIX	40
tobramicina oftálmica (ojos)	60	tretinoína tópica, gel tópico, 0.01%	46	tri-nymyo	60
tolterodina, comprimidos orales	63	tretinoína tópica, gel tópico, 0.025%, 0.05%	46	trióxido de arsénico	25
tolvaptán, comprimidos orales, 30 mg	53	triamcinolona acetona, crema tópica	47	tri-previfem (28)	60
topimarato, comprimidos orales	33	triamcinolona acetona, loción tópica	47	TRIPTODUR	30
topiramato, cápsulas orales, con gránulos	33	triamcinolona acetona, pasta dental	49	tri-sprintec (28)	60
toposar	30	triamcinolona acetona, pomada tópica	47	tritocin	47
topotecán, sol. para reconst. intravenosa	30	triamcinolona acetona, suspensión inyectable, 40 mg/ml	49	TRIUMEQ	20
topotecán, solución intravenosa, 4 mg/4 ml (1 mg/ml)	30	triamtereno-hidroclorotiazida, cápsulas orales, 37.5-25 mg	42	trivora (28)	60
toremifeno	30	triamtereno-hidroclorotiazida, comprimidos orales	42	tri-vylibra	60
torsemida oral	42	triderm, crema tópica, 0.1%	47	tri-vylibra lo	60
TOUJEO MAX U-300 SOLOSTAR	51	trientina	48	TRODELVY	30
TOUJEO SOLOSTAR U-300, INSULINA	51	tri-estarylla	60	TROGARZO	20
TOVIAZ	63			TROPHAMINE 10%	65
TRADJENTA	51			TRULICITY	52
tramadol-acetaminofeno	37			TRUMENBA	55
tramadol, comprimidos orales, 50 mg	37				

Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
TRUSELTIQ, CÁPSULAS ORALES, 75 MG/DÍA (25 MG X 3).....	30	<i>valerato de betametasona, crema tópica</i>	46	VARIZIG	55
TRUSELTIQ, CÁPSULAS ORALES, 100 MG/DÍA (100 MG X 1)	30	<i>valerato de betametasona, loción tópica</i>	46	VASCEPA.....	44
TRUSELTIQ, CÁPSULAS ORALES, 125 MG/DÍA (100 MG X 1-25 MG X 1), 50 MG/DÍA (25 MG X 2).....	30	<i>valerato de betametasona, pomada tópica</i>	46	VECTIBIX.....	30
TRUVADA	20	<i>valerato de estradiol, aceite intramuscular, 20 mg/ml, 40 mg/ml</i> ..	57	VELCADE	30
TRUXIMA.....	30	<i>valerato de hidrocortisona</i>	47	<i>velivet, régimen trifásico (28)</i>	60
TUKYSA, COMPRIMIDOS ORALES, 50 MG	30	<i>valganciclovir</i>	20	VELTASSA.....	48
TUKYSA, COMPRIMIDOS ORALES, 150 MG	30	<i>valproato sódico</i>	33	VEMLIDY	20
TURALIO	30	<i>valrubicina</i>	30	VENCLEXTA, COMPRIMIDOS ORALES, 10 MG	30
TWINRIX (PF).....	55	<i>valsartán, comprimidos orales, 160 mg, 40 mg, 80 mg</i>	42	VENCLEXTA, COMPRIMIDOS ORALES, 50 MG	31
TYBLUME	60	<i>valsartán, comprimidos orales, 320 mg</i>	42	VENCLEXTA, COMPRIMIDOS ORALES, 100 MG	30
<i>tydemy</i>	60	<i>valsartán-hidroclorotiazida</i>	42	VENCLEXTA, PAQUETE INICIAL ..	31
TYKERB.....	30	VALTOCO.....	33	<i>venlafaxina, cápsulas orales, liberación prolongada, 24 horas</i>	40
TYMLOS.....	56	<i>vancomicina, cápsulas orales, 125 mg</i>	23	<i>venlafaxina, comprimidos orales</i>	40
TYPHIM VI.....	55	<i>vancomicina, cápsulas orales, 250 mg</i>	23	VENTAVIS	63
TYSABRI	35	<i>vancomicina, sol. para reconst. intravenosa, 1,000 mg, 10 gramos, 250 mg, 5 gramos, 500 mg, 750 mg</i>	23	VENTOLIN HFA.....	63
U		<i>vancomicina, sol. para reconst. oral</i>	23	VERAPAMIL, CÁPSULAS ORALES, PÍLDORAS DE LIB. PROL., 24 HORAS, 360 MG	43
UKONIQ	30	VANCOMYCIN EN CLORURO DE SODIO AL 0.9%, INFUSIÓN SECUNDARIA INTRAVENOSA.	23	<i>verapamilo, cápsulas orales, píldoras ct de lib. prol., 24 horas</i>	42
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	53	VANCOMYCIN EN DEXTROSA AL 5%, INFUSIÓN SECUNDARIA INTRAVENOSA	23	<i>verapamilo, cápsulas orales, píldoras de lib. prol., 24 horas, 120 mg, 180 mg, 240 mg</i>	42
<i>unithroid, comprimidos orales, 137 mcg</i>	53	VANCOMYCIN INYECTABLE	23	<i>verapamilo, comprimidos orales</i>	43
UNITUXIN	30	VANCOMYCIN, SOL. PARA RECONST. INTRAVENOSA, 1.25 GRAMOS, 1.5 GRAMOS.....	23	<i>verapamilo, comprimidos orales, liberación prolongada</i>	43
UPTRAVI, ORAL	42	VANCOMYCIN-WATER, INYECTABLE (PEG).....	23	<i>verapamilo, solución intravenosa</i> ...	42
<i>ursodiol, cápsulas orales, 300 mg</i> ..	54	<i>vandazol</i>	57	VERSACLOZ	40
<i>ursodiol, comprimidos orales</i>	54	VAQTA (PF).....	55	VERZENIO	31
V		<i>varenciclina</i>	48	<i>vestura (28)</i>	60
<i>valaciclovir, comprimidos orales, 1 gramo</i>	20	VARIVAX (PF).....	55	V-GO 20	52
<i>valaciclovir, comprimidos orales, 500 mg</i>	20			V-GO 30	52
VALCHLOR	45			V-GO 40	52
				VICTOZA 2-PAK.....	52
				VICTOZA 3-PAK.....	52
				<i>vienna</i>	60
				<i>vigabatrina</i>	33
				<i>vigadrone</i>	33

Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
VIIBRYD, COMPRIMIDOS ORALES	40	<i>voriconazol, suspensión oral para reconstitución</i>	18	XIAFLEX.....	48
VIIBRYD, COMPRIMIDOS ORALES, PAQUETE DOSIFICADO, 10 MG (7), 20 MG (23).....	40	VOSEVI	20	XIFAXAN, COMPRIMIDOS ORALES, 550 MG	23
VIMPAT, COMPRIMIDOS ORALES, 50 MG	33	VOTRIENT.....	31	XOLAIR, JERINGA SUBCUTÁNEA, 75 MG/0.5 ML	63
VIMPAT, COMPRIMIDOS ORALES, 100 MG, 150 MG, 200 MG	33	VRAYLAR, CÁPSULAS ORALES... ..	40	XOLAIR, JERINGA SUBCUTÁNEA, 150 MG/ML	63
VIMPAT INTRAVENOSO.....	33	VRAYLAR, CÁPSULAS ORALES, PAQUETE DOSIFICADO	40	XOLAIR, SOL. PARA RECONST. SUBCUTÁNEA	63
VIMPAT, SOLUCIÓN ORAL	33	<i>vyfemla (28)</i>	60	XOSPATA.....	31
<i>vinblastine</i>	31	<i>vylibra</i>	60	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)	31
<i>vincasar pfs</i>	31	VYNDAMAX	44	XTAMPZA ER	36
<i>vincristina</i>	31	VYNDAQEL.....	44	XTANDI, CÁPSULAS ORALES.....	31
<i>vinorelbina</i>	31	VYXEOS.....	31	XTANDI, COMPRIMIDOS ORALES, 40 MG	31
VIOKACE.....	54	W		XTANDI, COMPRIMIDOS ORALES, 80 MG	31
<i>viorele (28)</i>	60	<i>warfarina</i>	43	XULTOPHY 100/3.6	52
VIRACEPT, COMPRIMIDOS ORALES, 250 MG	20	WELIREG.....	31	XYREM.....	40
VIRACEPT, COMPRIMIDOS ORALES, 625 MG	20	<i>wera (28)</i>	60	Y	
VIREAD, COMPRIMIDOS ORALES, 150 MG, 200 MG, 250 MG	20	<i>wymzya fe</i>	60	YERVOY.....	31
VIREAD, POLVO ORAL.....	20	X		YF-VAX (PF)	56
VITAMINAS PRENATALES, COMPRIMIDOS ORALES	65	XALKORI	31	YONDELIS.....	31
VITRAKVI, CÁPSULAS ORALES, 25 MG	31	XARELTO.....	43	<i>yuvafem</i>	57
VITRAKVI, CÁPSULAS ORALES, 100 MG.....	31	XARELTO, TRATAMIENTO INICIAL PARA TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA/EMBOLIA PULMONAR, 30 DÍAS	43	Z	
VITRAKVI, SOLUCIÓN ORAL.....	31	XATMEP.....	31	<i>zafirlukast</i>	63
VIVITROL.....	37	XCOPRI	33	ZALTRAP	31
VIZIMPRO	31	XCOPRI, PAQUETE DE AJUSTE DE DOSIS	33	ZANOSAR	31
<i>volnea (28)</i>	60	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)	33	<i>zarah</i>	60
<i>voriconazol, comprimidos orales, 50 mg</i>	18	XELJANZ, COMPRIMIDOS ORALES	57	ZARXIO	55
<i>voriconazol, comprimidos orales, 200 mg</i>	18	XELJANZ, SOLUCIÓN ORAL	57	<i>zebutal</i>	36
<i>voriconazol intravenoso</i>	18	XELJANZ XR	57		
		XGEVA	25		

Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
ZEJULA	31				
ZELBORAF	31				
ZEPZELCA	31				
<i>zidovudina, cápsulas orales</i>	20				
<i>zidovudina, comprimidos orales</i>	20				
<i>zidovudina, jarabe oral</i>	20				
ZIEXTENZO	55				
ZIRABEV	31				
ZIRGAN	60				
ZOLADEX	31				
ZOLEDRONIC AC- MANNITOL-0.9NACL	53				
ZOLINZA	31				
<i>zolpidem, comprimidos orales</i>	40				
<i>zonisamida</i>	33				
ZORTRESS, COMPRIMIDOS ORALES, 1 MG	31				
ZOSTAVAX (PF)	56				
<i>zovia 1-35 (28)</i>	60				
<i>zovia 1/35e (28)</i>	60				
ZTLIDO	45				
<i>zumandimine (28)</i>	60				
ZYDELIG	31				
ZYKADIA, COMPRIMIDOS ORALES	31				
ZYNLONTA	31				
ZYPREXA RELPREVV	40				

Notas

[illegible]

Notas

[illegible]

Notificación Contra la Discriminación: La Discriminación es Contra la Ley

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

Cigna:

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

Si necesita recibir estos servicios, comuníquese con 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. با **1-800-222-6700** (TTY: 711) تماس بگیرید.

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 nínízin: 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.