



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-Extra Rx (PDP)

HPMS Approved Formulary File Submission ID 21120, Version 19

Este formulario se actualizó el 1 de diciembre de 2021. Para obtener información más reciente o si tiene otras preguntas, comuníquese con Servicio al Cliente de Cigna al 1-800-222-6700 o, para los usuarios de TTY, al 711, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana. Puede que nuestro sistema telefónico automático conteste sus llamadas durante los fines de semana del 1 de abril al 30 de septiembre. También puede visitar [CignaMedicare.com](https://www.CignaMedicare.com). El Formulario, la red de farmacias y/o la red de proveedores pueden cambiar en cualquier momento.

Diciembre de 2021

21_F_S5617_TR_S_V12
INT_21_87406_C_Final_9pS

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-Extra Rx (PDP).

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

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

¿Qué es la Lista de medicamentos completa de Cigna?

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

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

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

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

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

puede encontrar información en la sección titulada “¿Cómo solicito una excepción a la lista de medicamentos de Cigna?”.

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

Cambios que no le afectarán si en este momento está tomando el medicamento. Por lo general, si está tomando un medicamento incluido en nuestra lista de medicamentos de 2021 que estaba cubierto al comienzo del año, no interrumpiremos ni reduciremos la cobertura del medicamento durante el año de

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

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

¿Cómo uso la lista de medicamentos?

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

Condición médica

La lista de medicamentos comienza en la página 20. Los medicamentos incluidos en esta lista de medicamentos están agrupados en categorías, según el tipo de condiciones médicas para las que se usen. Por ejemplo, los medicamentos utilizados para tratar una condición cardíaca se enumeran en la categoría "CARDIOVASCULARES, HIPERTENSIÓN/LÍPIDOS". Si sabe para qué se usa su medicamento, busque el nombre de la categoría en la lista que comienza en la página 20. Luego, busque su medicamento bajo el nombre de la categoría.

Índice de medicamentos cubiertos

Si no sabe con certeza en qué categoría buscar, debe buscar su medicamento en el Índice de medicamentos cubiertos que comienza en la página 69. El Índice de medicamentos cubiertos proporciona una lista alfabética de todos los medicamentos incluidos en este documento. En el Índice se incluyen los medicamentos de marca y los medicamentos genéricos. Busque en el Índice y encuentre su medicamento. Junto a su medicamento, verá el número de página en la que puede encontrar información sobre la cobertura. Vaya a la página indicada en el Índice de medicamentos cubiertos y busque el nombre de su medicamento en la columna "Nombre del medicamento" de la lista.

¿Qué son los medicamentos genéricos?

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

¿Existen restricciones con respecto a mi cobertura?

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

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

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

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

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

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

Opciones para los medicamentos de mantenimiento

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

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

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

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

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

- Pregúntele a su médico (u otro proveedor) si hay alternativas genéricas de menor costo disponibles para alguno de sus medicamentos actuales.
- Algunos planes pueden ofrecer un copago de \$0 para los medicamentos genéricos del Nivel 1 y el Nivel 2 que se despachen en una farmacia minorista preferida y/o en farmacias de pedido por correo. Consulte las Tablas de niveles de medicamentos y costos compartidos en la página 5 para averiguar si su plan ofrece estos ahorros.
- Averigüe si el programa de 'Ayuda Adicional de los CMS' puede ofrecer apoyo financiero adicional para sus medicamentos.
- Si su medicamento no está cubierto en la lista de medicamentos de Cigna, hable con su médico sobre medicamentos alternativos que estén cubiertos en la lista de medicamentos.

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

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

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

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

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

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

- Puede pedirnos que no apliquemos restricciones o límites de cobertura con respecto a su medicamento. Por ejemplo, para determinados medicamentos, Cigna limita la cantidad del medicamento que cubriremos. Si su medicamento tiene un límite a la cantidad, puede solicitarnos que no apliquemos el límite y que cubramos una cantidad mayor.
- Puede pedirnos que proporcionemos una excepción a la asignación de nivel para que un medicamento con un costo compartido mayor se cubra con un nivel de costo compartido más bajo en las siguientes circunstancias:
 - Si el medicamento que está tomando es un medicamento de marca, puede pedirnos que cubramos su medicamento por la cantidad de costo compartido que se aplica al nivel más bajo que contiene alternativas de marca para tratar su condición.
 - Si el medicamento que está tomando es un medicamento genérico, puede pedirnos que cubramos su medicamento por la cantidad de costo compartido que se aplica al nivel más bajo que contiene alternativas de marca o genéricas para tratar su condición.
 - Si el medicamento que está tomando es un producto biológico, puede pedirnos que cubramos su medicamento por la cantidad de costo compartido que se aplica al nivel más bajo que contiene alternativas del producto biológico para tratar su condición.

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

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

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

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

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

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

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

Si usted vive en un centro de cuidados a largo plazo y necesita un medicamento que no está incluido en nuestra lista de medicamentos o si su posibilidad de obtener sus medicamentos es limitada, pero es miembro de nuestro plan desde hace más de 90 días, cubriremos un suministro de emergencia para 31 días de ese medicamento mientras trata de obtener una excepción a la lista de medicamentos.

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

Lista de medicamentos de Cigna

La lista de medicamentos completa que comienza en la página 20 brinda información de cobertura sobre todos los medicamentos cubiertos por Cigna. Si tiene problemas para encontrar su medicamento en la lista, consulte el Índice de medicamentos cubiertos que comienza en la página 69.

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

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

Este plan ofrece cobertura adicional de medicamentos con receta durante la interrupción de la cobertura. Consulte su Evidencia de cobertura para ver esta cobertura y para obtener más información.

Establecemos límites a la cantidad para determinados medicamentos, que están indicados con la sigla QL en la lista de Medicamentos cubiertos por categoría de la página 20, junto con la cantidad despachada según los días de suministro. (Por ejemplo: atorvastatina 40 mg QL 30/30; esto significa que el medicamento atorvastatina 40 mg tiene un límite de 30 comprimidos cada 30 días. Para los suministros para 90 días, este límite a la cantidad se ampliaría a 90 comprimidos cada 90 días).

¿Qué es una farmacia de la red preferida?

Si su plan tiene farmacias de la red preferidas, usted seguramente ahorre dinero si usa estas farmacias. Los costos de sus medicamentos con receta (como el copago o el coseguro) generalmente serán más bajos en una farmacia de la red preferida porque tiene un acuerdo preferido con su plan. Si necesita ayuda para encontrar una farmacia de la red, llame a Servicio al Cliente al 1-800-222-6700 (TTY 711), o también puede visitar Cigna.com/member-resources para ver el Directorio de farmacias más actualizado. **Tabla de niveles de medicamentos y costos compartidos**



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. El Nivel 6 se aplica solamente para los planes Secure-Extra Rx (PDP) de Cigna y se denomina medicamentos seleccionados. 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 [o Nivel 6]. Recuerde que el nombre "Nivel 3: Medicamentos de marca preferida" es simplemente una descripción de la mayoría de los medicamentos incluidos en el nivel. No significa que en ese nivel haya solamente medicamentos de marca.

[Modelo de ahorros para adultos mayores: Para determinados

medicamentos de insulina, su copago será de un máximo de \$11 por un suministro para un mes, \$22 por un suministro para dos meses y \$33 por un suministro para tres meses cuando esté en la etapa del deducible, la etapa de cobertura inicial y la etapa de interrupción de cobertura. Esto no se aplica una vez que llega a la etapa de cobertura de gastos excedentes. Si recibe Ayuda Adicional, no reúne los requisitos para participar en este programa y se aplicará el nivel de copagos del Subsidio por Bajos Ingresos (LIS, por sus siglas en inglés).]

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-Extra 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 (GC)	\$4 / \$8 / \$12	\$15 / \$30 / \$45	\$4 / \$8 / \$0	\$15 / \$30 / \$45	\$15
Nivel 2: Medicamentos genéricos (GC)	\$10 / \$20 / \$30	\$20 / \$40 / \$60	\$10 / \$20 / \$20	\$20 / \$40 / \$60	\$20
Nivel 3: Medicamentos de marca preferida	\$42 / \$84 / \$126	\$47 / \$94 / \$141	\$42 / \$84 / \$126	\$47 / \$94 / \$141	\$47
Nivel 4: Medicamentos no preferidos	50%	50%	50%	50%	50%
Nivel 5: Nivel de especialidad	31% (30 días)	31% (30 días)	31% (30 días)	31% (30 días)	31%
Nivel 6: Medicamentos para cuidados específicos	\$0 / \$0 / \$0	\$11 / \$22 / \$33	\$0 / \$0 / \$0	\$11 / \$22 / \$33	\$11

* 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.

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

Cigna Secure-Extra 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*
ALASKA					
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos (GC)	\$4 / \$8 / \$12	\$15 / \$30 / \$45	\$4 / \$8 / \$0	\$15 / \$30 / \$45	\$15
Nivel 2: Medicamentos genéricos (GC)	\$10 / \$20 / \$30	\$20 / \$40 / \$60	\$10 / \$20 / \$20	\$20 / \$40 / \$60	\$20
Nivel 3: Medicamentos de marca preferida	\$42 / \$84 / \$126	\$47 / \$94 / \$141	\$42 / \$84 / \$126	\$47 / \$94 / \$141	\$47
Nivel 4: Medicamentos no preferidos	50%	50%	50%	50%	50%
Nivel 5: Nivel de especialidad	31% (30 días)	31% (30 días)	31% (30 días)	31% (30 días)	31%
Nivel 6: Medicamentos para cuidados específicos	\$0 / \$0 / \$0	\$11 / \$22 / \$33	\$0 / \$0 / \$0	\$11 / \$22 / \$33	\$11
ARIZONA					
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos (GC)	\$4 / \$8 / \$12	\$15 / \$30 / \$45	\$4 / \$8 / \$0	\$15 / \$30 / \$45	\$15
Nivel 2: Medicamentos genéricos (GC)	\$10 / \$20 / \$30	\$20 / \$40 / \$60	\$10 / \$20 / \$20	\$20 / \$40 / \$60	\$20
Nivel 3: Medicamentos de marca preferida	\$42 / \$84 / \$126	\$47 / \$94 / \$141	\$42 / \$84 / \$126	\$47 / \$94 / \$141	\$47
Nivel 4: Medicamentos no preferidos	50%	50%	50%	50%	50%
Nivel 5: Nivel de especialidad	31% (30 días)	31% (30 días)	31% (30 días)	31% (30 días)	31%
Nivel 6: Medicamentos para cuidados específicos	\$0 / \$0 / \$0	\$11 / \$22 / \$33	\$0 / \$0 / \$0	\$11 / \$22 / \$33	\$11
ARKANSAS					
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos (GC)	\$4 / \$8 / \$12	\$15 / \$30 / \$45	\$4 / \$8 / \$0	\$15 / \$30 / \$45	\$15
Nivel 2: Medicamentos genéricos (GC)	\$10 / \$20 / \$30	\$20 / \$40 / \$60	\$10 / \$20 / \$20	\$20 / \$40 / \$60	\$20
Nivel 3: Medicamentos de marca preferida	\$42 / \$84 / \$126	\$47 / \$94 / \$141	\$42 / \$84 / \$126	\$47 / \$94 / \$141	\$47
Nivel 4: Medicamentos no preferidos	50%	50%	50%	50%	50%
Nivel 5: Nivel de especialidad	31% (30 días)	31% (30 días)	31% (30 días)	31% (30 días)	31%
Nivel 6: Medicamentos para cuidados específicos	\$0 / \$0 / \$0	\$11 / \$22 / \$33	\$0 / \$0 / \$0	\$11 / \$22 / \$33	\$11
CALIFORNIA					
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos (GC)	\$4 / \$8 / \$12	\$15 / \$30 / \$45	\$4 / \$8 / \$0	\$15 / \$30 / \$45	\$15
Nivel 2: Medicamentos genéricos (GC)	\$10 / \$20 / \$30	\$20 / \$40 / \$60	\$10 / \$20 / \$20	\$20 / \$40 / \$60	\$20
Nivel 3: Medicamentos de marca preferida	\$42 / \$84 / \$126	\$47 / \$94 / \$141	\$42 / \$84 / \$126	\$47 / \$94 / \$141	\$47
Nivel 4: Medicamentos no preferidos	49%	49%	49%	49%	49%
Nivel 5: Nivel de especialidad	31% (30 días)	31% (30 días)	31% (30 días)	31% (30 días)	31%
Nivel 6: Medicamentos para cuidados específicos	\$0 / \$0 / \$0	\$11 / \$22 / \$33	\$0 / \$0 / \$0	\$11 / \$22 / \$33	\$11

* 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.

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

Cigna Secure-Extra 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*
COLORADO					
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos (GC)	\$4 / \$8 / \$12	\$15 / \$30 / \$45	\$4 / \$8 / \$0	\$15 / \$30 / \$45	\$15
Nivel 2: Medicamentos genéricos (GC)	\$10 / \$20 / \$30	\$20 / \$40 / \$60	\$10 / \$20 / \$20	\$20 / \$40 / \$60	\$20
Nivel 3: Medicamentos de marca preferida	\$42 / \$84 / \$126	\$47 / \$94 / \$141	\$42 / \$84 / \$126	\$47 / \$94 / \$141	\$47
Nivel 4: Medicamentos no preferidos	50%	50%	50%	50%	50%
Nivel 5: Nivel de especialidad	31% (30 días)	31% (30 días)	31% (30 días)	31% (30 días)	31%
Nivel 6: Medicamentos para cuidados específicos	\$0 / \$0 / \$0	\$11 / \$22 / \$33	\$0 / \$0 / \$0	\$11 / \$22 / \$33	\$11
CONNECTICUT					
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos (GC)	\$4 / \$8 / \$12	\$15 / \$30 / \$45	\$4 / \$8 / \$0	\$15 / \$30 / \$45	\$15
Nivel 2: Medicamentos genéricos (GC)	\$10 / \$20 / \$30	\$20 / \$40 / \$60	\$10 / \$20 / \$20	\$20 / \$40 / \$60	\$20
Nivel 3: Medicamentos de marca preferida	\$42 / \$84 / \$126	\$47 / \$94 / \$141	\$42 / \$84 / \$126	\$47 / \$94 / \$141	\$47
Nivel 4: Medicamentos no preferidos	50%	50%	50%	50%	50%
Nivel 5: Nivel de especialidad	31% (30 días)	31% (30 días)	31% (30 días)	31% (30 días)	31%
Nivel 6: Medicamentos para cuidados específicos	\$0 / \$0 / \$0	\$11 / \$22 / \$33	\$0 / \$0 / \$0	\$11 / \$22 / \$33	\$11
DELAWARE					
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos (GC)	\$4 / \$8 / \$12	\$15 / \$30 / \$45	\$4 / \$8 / \$0	\$15 / \$30 / \$45	\$15
Nivel 2: Medicamentos genéricos (GC)	\$10 / \$20 / \$30	\$20 / \$40 / \$60	\$10 / \$20 / \$20	\$20 / \$40 / \$60	\$20
Nivel 3: Medicamentos de marca preferida	\$42 / \$84 / \$126	\$47 / \$94 / \$141	\$42 / \$84 / \$126	\$47 / \$94 / \$141	\$47
Nivel 4: Medicamentos no preferidos	50%	50%	50%	50%	50%
Nivel 5: Nivel de especialidad	31% (30 días)	31% (30 días)	31% (30 días)	31% (30 días)	31%
Nivel 6: Medicamentos para cuidados específicos	\$0 / \$0 / \$0	\$11 / \$22 / \$33	\$0 / \$0 / \$0	\$11 / \$22 / \$33	\$11
DISTRICT OF COLUMBIA					
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos (GC)	\$4 / \$8 / \$12	\$15 / \$30 / \$45	\$4 / \$8 / \$0	\$15 / \$30 / \$45	\$15
Nivel 2: Medicamentos genéricos (GC)	\$10 / \$20 / \$30	\$20 / \$40 / \$60	\$10 / \$20 / \$20	\$20 / \$40 / \$60	\$20
Nivel 3: Medicamentos de marca preferida	\$42 / \$84 / \$126	\$47 / \$94 / \$141	\$42 / \$84 / \$126	\$47 / \$94 / \$141	\$47
Nivel 4: Medicamentos no preferidos	50%	50%	50%	50%	50%
Nivel 5: Nivel de especialidad	31% (30 días)	31% (30 días)	31% (30 días)	31% (30 días)	31%
Nivel 6: Medicamentos para cuidados específicos	\$0 / \$0 / \$0	\$11 / \$22 / \$33	\$0 / \$0 / \$0	\$11 / \$22 / \$33	\$11

* 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.

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

Cigna Secure-Extra 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*
FLORIDA					
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos (GC)	\$4 / \$8 / \$12	\$15 / \$30 / \$45	\$4 / \$8 / \$0	\$15 / \$30 / \$45	\$15
Nivel 2: Medicamentos genéricos (GC)	\$10 / \$20 / \$30	\$20 / \$40 / \$60	\$10 / \$20 / \$20	\$20 / \$40 / \$60	\$20
Nivel 3: Medicamentos de marca preferida	\$42 / \$84 / \$126	\$47 / \$94 / \$141	\$42 / \$84 / \$126	\$47 / \$94 / \$141	\$47
Nivel 4: Medicamentos no preferidos	50%	50%	50%	50%	50%
Nivel 5: Nivel de especialidad	31% (30 días)	31% (30 días)	31% (30 días)	31% (30 días)	31%
Nivel 6: Medicamentos para cuidados específicos	\$0 / \$0 / \$0	\$11 / \$22 / \$33	\$0 / \$0 / \$0	\$11 / \$22 / \$33	\$11
GEORGIA					
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos (GC)	\$4 / \$8 / \$12	\$15 / \$30 / \$45	\$4 / \$8 / \$0	\$15 / \$30 / \$45	\$15
Nivel 2: Medicamentos genéricos (GC)	\$10 / \$20 / \$30	\$20 / \$40 / \$60	\$10 / \$20 / \$20	\$20 / \$40 / \$60	\$20
Nivel 3: Medicamentos de marca preferida	\$42 / \$84 / \$126	\$47 / \$94 / \$141	\$42 / \$84 / \$126	\$47 / \$94 / \$141	\$47
Nivel 4: Medicamentos no preferidos	50%	50%	50%	50%	50%
Nivel 5: Nivel de especialidad	31% (30 días)	31% (30 días)	31% (30 días)	31% (30 días)	31%
Nivel 6: Medicamentos para cuidados específicos	\$0 / \$0 / \$0	\$11 / \$22 / \$33	\$0 / \$0 / \$0	\$11 / \$22 / \$33	\$11
HAWAII					
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos (GC)	\$4 / \$8 / \$12	\$15 / \$30 / \$45	\$4 / \$8 / \$0	\$15 / \$30 / \$45	\$15
Nivel 2: Medicamentos genéricos (GC)	\$10 / \$20 / \$30	\$20 / \$40 / \$60	\$10 / \$20 / \$20	\$20 / \$40 / \$60	\$20
Nivel 3: Medicamentos de marca preferida	\$42 / \$84 / \$126	\$47 / \$94 / \$141	\$42 / \$84 / \$126	\$47 / \$94 / \$141	\$47
Nivel 4: Medicamentos no preferidos	50%	50%	50%	50%	50%
Nivel 5: Nivel de especialidad	31% (30 días)	31% (30 días)	31% (30 días)	31% (30 días)	31%
Nivel 6: Medicamentos para cuidados específicos	\$0 / \$0 / \$0	\$11 / \$22 / \$33	\$0 / \$0 / \$0	\$11 / \$22 / \$33	\$11
IDAHO					
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos (GC)	\$4 / \$8 / \$12	\$15 / \$30 / \$45	\$4 / \$8 / \$0	\$15 / \$30 / \$45	\$15
Nivel 2: Medicamentos genéricos (GC)	\$10 / \$20 / \$30	\$20 / \$40 / \$60	\$10 / \$20 / \$20	\$20 / \$40 / \$60	\$20
Nivel 3: Medicamentos de marca preferida	\$42 / \$84 / \$126	\$47 / \$94 / \$141	\$42 / \$84 / \$126	\$47 / \$94 / \$141	\$47
Nivel 4: Medicamentos no preferidos	50%	50%	50%	50%	50%
Nivel 5: Nivel de especialidad	31% (30 días)	31% (30 días)	31% (30 días)	31% (30 días)	31%
Nivel 6: Medicamentos para cuidados específicos	\$0 / \$0 / \$0	\$11 / \$22 / \$33	\$0 / \$0 / \$0	\$11 / \$22 / \$33	\$11

* 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.

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

Cigna Secure-Extra 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*
ILLINOIS					
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos (GC)	\$4 / \$8 / \$12	\$15 / \$30 / \$45	\$4 / \$8 / \$0	\$15 / \$30 / \$45	\$15
Nivel 2: Medicamentos genéricos (GC)	\$10 / \$20 / \$30	\$20 / \$40 / \$60	\$10 / \$20 / \$20	\$20 / \$40 / \$60	\$20
Nivel 3: Medicamentos de marca preferida	\$42 / \$84 / \$126	\$47 / \$94 / \$141	\$42 / \$84 / \$126	\$47 / \$94 / \$141	\$47
Nivel 4: Medicamentos no preferidos	50%	50%	50%	50%	50%
Nivel 5: Nivel de especialidad	31% (30 días)	31% (30 días)	31% (30 días)	31% (30 días)	31%
Nivel 6: Medicamentos para cuidados específicos	\$0 / \$0 / \$0	\$11 / \$22 / \$33	\$0 / \$0 / \$0	\$11 / \$22 / \$33	\$11
INDIANA					
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos (GC)	\$4 / \$8 / \$12	\$15 / \$30 / \$45	\$4 / \$8 / \$0	\$15 / \$30 / \$45	\$15
Nivel 2: Medicamentos genéricos (GC)	\$10 / \$20 / \$30	\$20 / \$40 / \$60	\$10 / \$20 / \$20	\$20 / \$40 / \$60	\$20
Nivel 3: Medicamentos de marca preferida	\$42 / \$84 / \$126	\$47 / \$94 / \$141	\$42 / \$84 / \$126	\$47 / \$94 / \$141	\$47
Nivel 4: Medicamentos no preferidos	50%	50%	50%	50%	50%
Nivel 5: Nivel de especialidad	31% (30 días)	31% (30 días)	31% (30 días)	31% (30 días)	31%
Nivel 6: Medicamentos para cuidados específicos	\$0 / \$0 / \$0	\$11 / \$22 / \$33	\$0 / \$0 / \$0	\$11 / \$22 / \$33	\$11
IOWA					
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos (GC)	\$4 / \$8 / \$12	\$15 / \$30 / \$45	\$4 / \$8 / \$0	\$15 / \$30 / \$45	\$15
Nivel 2: Medicamentos genéricos (GC)	\$10 / \$20 / \$30	\$20 / \$40 / \$60	\$10 / \$20 / \$20	\$20 / \$40 / \$60	\$20
Nivel 3: Medicamentos de marca preferida	\$42 / \$84 / \$126	\$47 / \$94 / \$141	\$42 / \$84 / \$126	\$47 / \$94 / \$141	\$47
Nivel 4: Medicamentos no preferidos	50%	50%	50%	50%	50%
Nivel 5: Nivel de especialidad	31% (30 días)	31% (30 días)	31% (30 días)	31% (30 días)	31%
Nivel 6: Medicamentos para cuidados específicos	\$0 / \$0 / \$0	\$11 / \$22 / \$33	\$0 / \$0 / \$0	\$11 / \$22 / \$33	\$11
KANSAS					
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos (GC)	\$4 / \$8 / \$12	\$15 / \$30 / \$45	\$4 / \$8 / \$0	\$15 / \$30 / \$45	\$15
Nivel 2: Medicamentos genéricos (GC)	\$10 / \$20 / \$30	\$20 / \$40 / \$60	\$10 / \$20 / \$20	\$20 / \$40 / \$60	\$20
Nivel 3: Medicamentos de marca preferida	\$42 / \$84 / \$126	\$47 / \$94 / \$141	\$42 / \$84 / \$126	\$47 / \$94 / \$141	\$47
Nivel 4: Medicamentos no preferidos	50%	50%	50%	50%	50%
Nivel 5: Nivel de especialidad	31% (30 días)	31% (30 días)	31% (30 días)	31% (30 días)	31%
Nivel 6: Medicamentos para cuidados específicos	\$0 / \$0 / \$0	\$11 / \$22 / \$33	\$0 / \$0 / \$0	\$11 / \$22 / \$33	\$11

* 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.

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

Cigna Secure-Extra 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*
KENTUCKY					
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos (GC)	\$4 / \$8 / \$12	\$15 / \$30 / \$45	\$4 / \$8 / \$0	\$15 / \$30 / \$45	\$15
Nivel 2: Medicamentos genéricos (GC)	\$10 / \$20 / \$30	\$20 / \$40 / \$60	\$10 / \$20 / \$20	\$20 / \$40 / \$60	\$20
Nivel 3: Medicamentos de marca preferida	\$42 / \$84 / \$126	\$47 / \$94 / \$141	\$42 / \$84 / \$126	\$47 / \$94 / \$141	\$47
Nivel 4: Medicamentos no preferidos	50%	50%	50%	50%	50%
Nivel 5: Nivel de especialidad	31% (30 días)	31% (30 días)	31% (30 días)	31% (30 días)	31%
Nivel 6: Medicamentos para cuidados específicos	\$0 / \$0 / \$0	\$11 / \$22 / \$33	\$0 / \$0 / \$0	\$11 / \$22 / \$33	\$11
LOUISIANA					
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos (GC)	\$4 / \$8 / \$12	\$15 / \$30 / \$45	\$4 / \$8 / \$0	\$15 / \$30 / \$45	\$15
Nivel 2: Medicamentos genéricos (GC)	\$10 / \$20 / \$30	\$20 / \$40 / \$60	\$10 / \$20 / \$20	\$20 / \$40 / \$60	\$20
Nivel 3: Medicamentos de marca preferida	\$42 / \$84 / \$126	\$47 / \$94 / \$141	\$42 / \$84 / \$126	\$47 / \$94 / \$141	\$47
Nivel 4: Medicamentos no preferidos	50%	50%	50%	50%	50%
Nivel 5: Nivel de especialidad	31% (30 días)	31% (30 días)	31% (30 días)	31% (30 días)	31%
Nivel 6: Medicamentos para cuidados específicos	\$0 / \$0 / \$0	\$11 / \$22 / \$33	\$0 / \$0 / \$0	\$11 / \$22 / \$33	\$11
MAINE					
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos (GC)	\$4 / \$8 / \$12	\$15 / \$30 / \$45	\$4 / \$8 / \$0	\$15 / \$30 / \$45	\$15
Nivel 2: Medicamentos genéricos (GC)	\$10 / \$20 / \$30	\$20 / \$40 / \$60	\$10 / \$20 / \$20	\$20 / \$40 / \$60	\$20
Nivel 3: Medicamentos de marca preferida	\$42 / \$84 / \$126	\$47 / \$94 / \$141	\$42 / \$84 / \$126	\$47 / \$94 / \$141	\$47
Nivel 4: Medicamentos no preferidos	50%	50%	50%	50%	50%
Nivel 5: Nivel de especialidad	31% (30 días)	31% (30 días)	31% (30 días)	31% (30 días)	31%
Nivel 6: Medicamentos para cuidados específicos	\$0 / \$0 / \$0	\$11 / \$22 / \$33	\$0 / \$0 / \$0	\$11 / \$22 / \$33	\$11
MARYLAND					
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos (GC)	\$4 / \$8 / \$12	\$15 / \$30 / \$45	\$4 / \$8 / \$0	\$15 / \$30 / \$45	\$15
Nivel 2: Medicamentos genéricos (GC)	\$10 / \$20 / \$30	\$20 / \$40 / \$60	\$10 / \$20 / \$20	\$20 / \$40 / \$60	\$20
Nivel 3: Medicamentos de marca preferida	\$42 / \$84 / \$126	\$47 / \$94 / \$141	\$42 / \$84 / \$126	\$47 / \$94 / \$141	\$47
Nivel 4: Medicamentos no preferidos	50%	50%	50%	50%	50%
Nivel 5: Nivel de especialidad	31% (30 días)	31% (30 días)	31% (30 días)	31% (30 días)	31%
Nivel 6: Medicamentos para cuidados específicos	\$0 / \$0 / \$0	\$11 / \$22 / \$33	\$0 / \$0 / \$0	\$11 / \$22 / \$33	\$11

* 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.

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

Cigna Secure-Extra 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*
MASSACHUSETTS					
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos (GC)	\$4 / \$8 / \$12	\$15 / \$30 / \$45	\$4 / \$8 / \$0	\$15 / \$30 / \$45	\$15
Nivel 2: Medicamentos genéricos (GC)	\$10 / \$20 / \$30	\$20 / \$40 / \$60	\$10 / \$20 / \$20	\$20 / \$40 / \$60	\$20
Nivel 3: Medicamentos de marca preferida	\$42 / \$84 / \$126	\$47 / \$94 / \$141	\$42 / \$84 / \$126	\$47 / \$94 / \$141	\$47
Nivel 4: Medicamentos no preferidos	50%	50%	50%	50%	50%
Nivel 5: Nivel de especialidad	31% (30 días)	31% (30 días)	31% (30 días)	31% (30 días)	31%
Nivel 6: Medicamentos para cuidados específicos	\$0 / \$0 / \$0	\$11 / \$22 / \$33	\$0 / \$0 / \$0	\$11 / \$22 / \$33	\$11
MICHIGAN					
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos (GC)	\$4 / \$8 / \$12	\$15 / \$30 / \$45	\$4 / \$8 / \$0	\$15 / \$30 / \$45	\$15
Nivel 2: Medicamentos genéricos (GC)	\$10 / \$20 / \$30	\$20 / \$40 / \$60	\$10 / \$20 / \$20	\$20 / \$40 / \$60	\$20
Nivel 3: Medicamentos de marca preferida	\$42 / \$84 / \$126	\$47 / \$94 / \$141	\$42 / \$84 / \$126	\$47 / \$94 / \$141	\$47
Nivel 4: Medicamentos no preferidos	50%	50%	50%	50%	50%
Nivel 5: Nivel de especialidad	31% (30 días)	31% (30 días)	31% (30 días)	31% (30 días)	31%
Nivel 6: Medicamentos para cuidados específicos	\$0 / \$0 / \$0	\$11 / \$22 / \$33	\$0 / \$0 / \$0	\$11 / \$22 / \$33	\$11
MINNESOTA					
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos (GC)	\$4 / \$8 / \$12	\$15 / \$30 / \$45	\$4 / \$8 / \$0	\$15 / \$30 / \$45	\$15
Nivel 2: Medicamentos genéricos (GC)	\$10 / \$20 / \$30	\$20 / \$40 / \$60	\$10 / \$20 / \$20	\$20 / \$40 / \$60	\$20
Nivel 3: Medicamentos de marca preferida	\$42 / \$84 / \$126	\$47 / \$94 / \$141	\$42 / \$84 / \$126	\$47 / \$94 / \$141	\$47
Nivel 4: Medicamentos no preferidos	50%	50%	50%	50%	50%
Nivel 5: Nivel de especialidad	31% (30 días)	31% (30 días)	31% (30 días)	31% (30 días)	31%
Nivel 6: Medicamentos para cuidados específicos	\$0 / \$0 / \$0	\$11 / \$22 / \$33	\$0 / \$0 / \$0	\$11 / \$22 / \$33	\$11
MISSISSIPPI					
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos (GC)	\$4 / \$8 / \$12	\$15 / \$30 / \$45	\$4 / \$8 / \$0	\$15 / \$30 / \$45	\$15
Nivel 2: Medicamentos genéricos (GC)	\$10 / \$20 / \$30	\$20 / \$40 / \$60	\$10 / \$20 / \$20	\$20 / \$40 / \$60	\$20
Nivel 3: Medicamentos de marca preferida	\$42 / \$84 / \$126	\$47 / \$94 / \$141	\$42 / \$84 / \$126	\$47 / \$94 / \$141	\$47
Nivel 4: Medicamentos no preferidos	50%	50%	50%	50%	50%
Nivel 5: Nivel de especialidad	31% (30 días)	31% (30 días)	31% (30 días)	31% (30 días)	31%
Nivel 6: Medicamentos para cuidados específicos	\$0 / \$0 / \$0	\$11 / \$22 / \$33	\$0 / \$0 / \$0	\$11 / \$22 / \$33	\$11

* 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.

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

Cigna Secure-Extra 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*
MISSOURI					
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos (GC)	\$4 / \$8 / \$12	\$15 / \$30 / \$45	\$4 / \$8 / \$0	\$15 / \$30 / \$45	\$15
Nivel 2: Medicamentos genéricos (GC)	\$10 / \$20 / \$30	\$20 / \$40 / \$60	\$10 / \$20 / \$20	\$20 / \$40 / \$60	\$20
Nivel 3: Medicamentos de marca preferida	\$42 / \$84 / \$126	\$47 / \$94 / \$141	\$42 / \$84 / \$126	\$47 / \$94 / \$141	\$47
Nivel 4: Medicamentos no preferidos	50%	50%	50%	50%	50%
Nivel 5: Nivel de especialidad	31% (30 días)	31% (30 días)	31% (30 días)	31% (30 días)	31%
Nivel 6: Medicamentos para cuidados específicos	\$0 / \$0 / \$0	\$11 / \$22 / \$33	\$0 / \$0 / \$0	\$11 / \$22 / \$33	\$11
MONTANA					
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos (GC)	\$4 / \$8 / \$12	\$15 / \$30 / \$45	\$4 / \$8 / \$0	\$15 / \$30 / \$45	\$15
Nivel 2: Medicamentos genéricos (GC)	\$10 / \$20 / \$30	\$20 / \$40 / \$60	\$10 / \$20 / \$20	\$20 / \$40 / \$60	\$20
Nivel 3: Medicamentos de marca preferida	\$42 / \$84 / \$126	\$47 / \$94 / \$141	\$42 / \$84 / \$126	\$47 / \$94 / \$141	\$47
Nivel 4: Medicamentos no preferidos	50%	50%	50%	50%	50%
Nivel 5: Nivel de especialidad	31% (30 días)	31% (30 días)	31% (30 días)	31% (30 días)	31%
Nivel 6: Medicamentos para cuidados específicos	\$0 / \$0 / \$0	\$11 / \$22 / \$33	\$0 / \$0 / \$0	\$11 / \$22 / \$33	\$11
NEBRASKA					
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos (GC)	\$4 / \$8 / \$12	\$15 / \$30 / \$45	\$4 / \$8 / \$0	\$15 / \$30 / \$45	\$15
Nivel 2: Medicamentos genéricos (GC)	\$10 / \$20 / \$30	\$20 / \$40 / \$60	\$10 / \$20 / \$20	\$20 / \$40 / \$60	\$20
Nivel 3: Medicamentos de marca preferida	\$42 / \$84 / \$126	\$47 / \$94 / \$141	\$42 / \$84 / \$126	\$47 / \$94 / \$141	\$47
Nivel 4: Medicamentos no preferidos	50%	50%	50%	50%	50%
Nivel 5: Nivel de especialidad	31% (30 días)	31% (30 días)	31% (30 días)	31% (30 días)	31%
Nivel 6: Medicamentos para cuidados específicos	\$0 / \$0 / \$0	\$11 / \$22 / \$33	\$0 / \$0 / \$0	\$11 / \$22 / \$33	\$11
NEVADA					
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos (GC)	\$4 / \$8 / \$12	\$15 / \$30 / \$45	\$4 / \$8 / \$0	\$15 / \$30 / \$45	\$15
Nivel 2: Medicamentos genéricos (GC)	\$10 / \$20 / \$30	\$20 / \$40 / \$60	\$10 / \$20 / \$20	\$20 / \$40 / \$60	\$20
Nivel 3: Medicamentos de marca preferida	\$42 / \$84 / \$126	\$47 / \$94 / \$141	\$42 / \$84 / \$126	\$47 / \$94 / \$141	\$47
Nivel 4: Medicamentos no preferidos	50%	50%	50%	50%	50%
Nivel 5: Nivel de especialidad	31% (30 días)	31% (30 días)	31% (30 días)	31% (30 días)	31%
Nivel 6: Medicamentos para cuidados específicos	\$0 / \$0 / \$0	\$11 / \$22 / \$33	\$0 / \$0 / \$0	\$11 / \$22 / \$33	\$11

* 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.

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

Cigna Secure-Extra Rx (PDP)	Opción preferida de costo compartido minorista 30/60/90 Días	Opción estándar de costo compartido minorista 30/60/90 Días	Opción preferida de costo compartido de pedido por correo 30/60/90 Días	Opción estándar de costo compartido de pedido por correo 30/60/90 Días	Cuidados a largo plazo 31 días Fuera de la red 30 días*
NEW HAMPSHIRE					
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos (GC)	\$4 / \$8 / \$12	\$15 / \$30 / \$45	\$4 / \$8 / \$0	\$15 / \$30 / \$45	\$15
Nivel 2: Medicamentos genéricos (GC)	\$10 / \$20 / \$30	\$20 / \$40 / \$60	\$10 / \$20 / \$20	\$20 / \$40 / \$60	\$20
Nivel 3: Medicamentos de marca preferida	\$42 / \$84 / \$126	\$47 / \$94 / \$141	\$42 / \$84 / \$126	\$47 / \$94 / \$141	\$47
Nivel 4: Medicamentos no preferidos	50%	50%	50%	50%	50%
Nivel 5: Nivel de especialidad	31% (30 días)	31% (30 días)	31% (30 días)	31% (30 días)	31%
Nivel 6: Medicamentos para cuidados específicos	\$0 / \$0 / \$0	\$11 / \$22 / \$33	\$0 / \$0 / \$0	\$11 / \$22 / \$33	\$11
NEW JERSEY					
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos (GC)	\$4 / \$8 / \$12	\$15 / \$30 / \$45	\$4 / \$8 / \$0	\$15 / \$30 / \$45	\$15
Nivel 2: Medicamentos genéricos (GC)	\$10 / \$20 / \$30	\$20 / \$40 / \$60	\$10 / \$20 / \$20	\$20 / \$40 / \$60	\$20
Nivel 3: Medicamentos de marca preferida	\$42 / \$84 / \$126	\$47 / \$94 / \$141	\$42 / \$84 / \$126	\$47 / \$94 / \$141	\$47
Nivel 4: Medicamentos no preferidos	50%	50%	50%	50%	50%
Nivel 5: Nivel de especialidad	31% (30 días)	31% (30 días)	31% (30 días)	31% (30 días)	31%
Nivel 6: Medicamentos para cuidados específicos	\$0 / \$0 / \$0	\$11 / \$22 / \$33	\$0 / \$0 / \$0	\$11 / \$22 / \$33	\$11
NEW MEXICO					
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos (GC)	\$4 / \$8 / \$12	\$15 / \$30 / \$45	\$4 / \$8 / \$0	\$15 / \$30 / \$45	\$15
Nivel 2: Medicamentos genéricos (GC)	\$10 / \$20 / \$30	\$20 / \$40 / \$60	\$10 / \$20 / \$20	\$20 / \$40 / \$60	\$20
Nivel 3: Medicamentos de marca preferida	\$42 / \$84 / \$126	\$47 / \$94 / \$141	\$42 / \$84 / \$126	\$47 / \$94 / \$141	\$47
Nivel 4: Medicamentos no preferidos	50%	50%	50%	50%	50%
Nivel 5: Nivel de especialidad	31% (30 días)	31% (30 días)	31% (30 días)	31% (30 días)	31%
Nivel 6: Medicamentos para cuidados específicos	\$0 / \$0 / \$0	\$11 / \$22 / \$33	\$0 / \$0 / \$0	\$11 / \$22 / \$33	\$11
NEW YORK					
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos (GC)	\$4 / \$8 / \$12	\$15 / \$30 / \$45	\$4 / \$8 / \$0	\$15 / \$30 / \$45	\$15
Nivel 2: Medicamentos genéricos (GC)	\$10 / \$20 / \$30	\$20 / \$40 / \$60	\$10 / \$20 / \$20	\$20 / \$40 / \$60	\$20
Nivel 3: Medicamentos de marca preferida	\$42 / \$84 / \$126	\$47 / \$94 / \$141	\$42 / \$84 / \$126	\$47 / \$94 / \$141	\$47
Nivel 4: Medicamentos no preferidos	50%	50%	50%	50%	50%
Nivel 5: Nivel de especialidad	31% (30 días)	31% (30 días)	31% (30 días)	31% (30 días)	31%
Nivel 6: Medicamentos para cuidados específicos	\$0 / \$0 / \$0	\$11 / \$22 / \$33	\$0 / \$0 / \$0	\$11 / \$22 / \$33	\$11

* 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.

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

Cigna Secure-Extra Rx (PDP)	Opción preferida de costo compartido minorista 30/60/90 Días	Opción estándar de costo compartido minorista 30/60/90 Días	Opción preferida de costo compartido de pedido por correo 30/60/90 Días	Opción estándar de costo compartido de pedido por correo 30/60/90 Días	Cuidados a largo plazo 31 días Fuera de la red 30 días*
NORTH CAROLINA					
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos (GC)	\$4 / \$8 / \$12	\$15 / \$30 / \$45	\$4 / \$8 / \$0	\$15 / \$30 / \$45	\$15
Nivel 2: Medicamentos genéricos (GC)	\$10 / \$20 / \$30	\$20 / \$40 / \$60	\$10 / \$20 / \$20	\$20 / \$40 / \$60	\$20
Nivel 3: Medicamentos de marca preferida	\$42 / \$84 / \$126	\$47 / \$94 / \$141	\$42 / \$84 / \$126	\$47 / \$94 / \$141	\$47
Nivel 4: Medicamentos no preferidos	50%	50%	50%	50%	50%
Nivel 5: Nivel de especialidad	31% (30 días)	31% (30 días)	31% (30 días)	31% (30 días)	31%
Nivel 6: Medicamentos para cuidados específicos	\$0 / \$0 / \$0	\$11 / \$22 / \$33	\$0 / \$0 / \$0	\$11 / \$22 / \$33	\$11
NORTH DAKOTA					
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos (GC)	\$4 / \$8 / \$12	\$15 / \$30 / \$45	\$4 / \$8 / \$0	\$15 / \$30 / \$45	\$15
Nivel 2: Medicamentos genéricos (GC)	\$10 / \$20 / \$30	\$20 / \$40 / \$60	\$10 / \$20 / \$20	\$20 / \$40 / \$60	\$20
Nivel 3: Medicamentos de marca preferida	\$42 / \$84 / \$126	\$47 / \$94 / \$141	\$42 / \$84 / \$126	\$47 / \$94 / \$141	\$47
Nivel 4: Medicamentos no preferidos	50%	50%	50%	50%	50%
Nivel 5: Nivel de especialidad	31% (30 días)	31% (30 días)	31% (30 días)	31% (30 días)	31%
Nivel 6: Medicamentos para cuidados específicos	\$0 / \$0 / \$0	\$11 / \$22 / \$33	\$0 / \$0 / \$0	\$11 / \$22 / \$33	\$11
OHIO					
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos (GC)	\$4 / \$8 / \$12	\$15 / \$30 / \$45	\$4 / \$8 / \$0	\$15 / \$30 / \$45	\$15
Nivel 2: Medicamentos genéricos (GC)	\$10 / \$20 / \$30	\$20 / \$40 / \$60	\$10 / \$20 / \$20	\$20 / \$40 / \$60	\$20
Nivel 3: Medicamentos de marca preferida	\$42 / \$84 / \$126	\$47 / \$94 / \$141	\$42 / \$84 / \$126	\$47 / \$94 / \$141	\$47
Nivel 4: Medicamentos no preferidos	50%	50%	50%	50%	50%
Nivel 5: Nivel de especialidad	31% (30 días)	31% (30 días)	31% (30 días)	31% (30 días)	31%
Nivel 6: Medicamentos para cuidados específicos	\$0 / \$0 / \$0	\$11 / \$22 / \$33	\$0 / \$0 / \$0	\$11 / \$22 / \$33	\$11
OKLAHOMA					
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos (GC)	\$4 / \$8 / \$12	\$15 / \$30 / \$45	\$4 / \$8 / \$0	\$15 / \$30 / \$45	\$15
Nivel 2: Medicamentos genéricos (GC)	\$10 / \$20 / \$30	\$20 / \$40 / \$60	\$10 / \$20 / \$20	\$20 / \$40 / \$60	\$20
Nivel 3: Medicamentos de marca preferida	\$42 / \$84 / \$126	\$47 / \$94 / \$141	\$42 / \$84 / \$126	\$47 / \$94 / \$141	\$47
Nivel 4: Medicamentos no preferidos	50%	50%	50%	50%	50%
Nivel 5: Nivel de especialidad	31% (30 días)	31% (30 días)	31% (30 días)	31% (30 días)	31%
Nivel 6: Medicamentos para cuidados específicos	\$0 / \$0 / \$0	\$11 / \$22 / \$33	\$0 / \$0 / \$0	\$11 / \$22 / \$33	\$11

* 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.

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

Cigna Secure-Extra 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*
OREGON					
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos (GC)	\$4 / \$8 / \$12	\$15 / \$30 / \$45	\$4 / \$8 / \$0	\$15 / \$30 / \$45	\$15
Nivel 2: Medicamentos genéricos (GC)	\$10 / \$20 / \$30	\$20 / \$40 / \$60	\$10 / \$20 / \$20	\$20 / \$40 / \$60	\$20
Nivel 3: Medicamentos de marca preferida	\$42 / \$84 / \$126	\$47 / \$94 / \$141	\$42 / \$84 / \$126	\$47 / \$94 / \$141	\$47
Nivel 4: Medicamentos no preferidos	50%	50%	50%	50%	50%
Nivel 5: Nivel de especialidad	31% (30 días)	31% (30 días)	31% (30 días)	31% (30 días)	31%
Nivel 6: Medicamentos para cuidados específicos	\$0 / \$0 / \$0	\$11 / \$22 / \$33	\$0 / \$0 / \$0	\$11 / \$22 / \$33	\$11
PENNSYLVANIA					
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos (GC)	\$4 / \$8 / \$12	\$15 / \$30 / \$45	\$4 / \$8 / \$0	\$15 / \$30 / \$45	\$15
Nivel 2: Medicamentos genéricos (GC)	\$10 / \$20 / \$30	\$20 / \$40 / \$60	\$10 / \$20 / \$20	\$20 / \$40 / \$60	\$20
Nivel 3: Medicamentos de marca preferida	\$42 / \$84 / \$126	\$47 / \$94 / \$141	\$42 / \$84 / \$126	\$47 / \$94 / \$141	\$47
Nivel 4: Medicamentos no preferidos	50%	50%	50%	50%	50%
Nivel 5: Nivel de especialidad	31% (30 días)	31% (30 días)	31% (30 días)	31% (30 días)	31%
Nivel 6: Medicamentos para cuidados específicos	\$0 / \$0 / \$0	\$11 / \$22 / \$33	\$0 / \$0 / \$0	\$11 / \$22 / \$33	\$11
RHODE ISLAND					
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos (GC)	\$4 / \$8 / \$12	\$15 / \$30 / \$45	\$4 / \$8 / \$0	\$15 / \$30 / \$45	\$15
Nivel 2: Medicamentos genéricos (GC)	\$10 / \$20 / \$30	\$20 / \$40 / \$60	\$10 / \$20 / \$20	\$20 / \$40 / \$60	\$20
Nivel 3: Medicamentos de marca preferida	\$42 / \$84 / \$126	\$47 / \$94 / \$141	\$42 / \$84 / \$126	\$47 / \$94 / \$141	\$47
Nivel 4: Medicamentos no preferidos	50%	50%	50%	50%	50%
Nivel 5: Nivel de especialidad	31% (30 días)	31% (30 días)	31% (30 días)	31% (30 días)	31%
Nivel 6: Medicamentos para cuidados específicos	\$0 / \$0 / \$0	\$11 / \$22 / \$33	\$0 / \$0 / \$0	\$11 / \$22 / \$33	\$11
SOUTH CAROLINA					
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos (GC)	\$4 / \$8 / \$12	\$15 / \$30 / \$45	\$4 / \$8 / \$0	\$15 / \$30 / \$45	\$15
Nivel 2: Medicamentos genéricos (GC)	\$10 / \$20 / \$30	\$20 / \$40 / \$60	\$10 / \$20 / \$20	\$20 / \$40 / \$60	\$20
Nivel 3: Medicamentos de marca preferida	\$42 / \$84 / \$126	\$47 / \$94 / \$141	\$42 / \$84 / \$126	\$47 / \$94 / \$141	\$47
Nivel 4: Medicamentos no preferidos	50%	50%	50%	50%	50%
Nivel 5: Nivel de especialidad	31% (30 días)	31% (30 días)	31% (30 días)	31% (30 días)	31%
Nivel 6: Medicamentos para cuidados específicos	\$0 / \$0 / \$0	\$11 / \$22 / \$33	\$0 / \$0 / \$0	\$11 / \$22 / \$33	\$11

* 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.

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

Cigna Secure-Extra 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*
SOUTH DAKOTA					
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos (GC)	\$4 / \$8 / \$12	\$15 / \$30 / \$45	\$4 / \$8 / \$0	\$15 / \$30 / \$45	\$15
Nivel 2: Medicamentos genéricos (GC)	\$10 / \$20 / \$30	\$20 / \$40 / \$60	\$10 / \$20 / \$20	\$20 / \$40 / \$60	\$20
Nivel 3: Medicamentos de marca preferida	\$42 / \$84 / \$126	\$47 / \$94 / \$141	\$42 / \$84 / \$126	\$47 / \$94 / \$141	\$47
Nivel 4: Medicamentos no preferidos	50%	50%	50%	50%	50%
Nivel 5: Nivel de especialidad	31% (30 días)	31% (30 días)	31% (30 días)	31% (30 días)	31%
Nivel 6: Medicamentos para cuidados específicos	\$0 / \$0 / \$0	\$11 / \$22 / \$33	\$0 / \$0 / \$0	\$11 / \$22 / \$33	\$11
TENNESSEE					
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos (GC)	\$4 / \$8 / \$12	\$15 / \$30 / \$45	\$4 / \$8 / \$0	\$15 / \$30 / \$45	\$15
Nivel 2: Medicamentos genéricos (GC)	\$10 / \$20 / \$30	\$20 / \$40 / \$60	\$10 / \$20 / \$20	\$20 / \$40 / \$60	\$20
Nivel 3: Medicamentos de marca preferida	\$42 / \$84 / \$126	\$47 / \$94 / \$141	\$42 / \$84 / \$126	\$47 / \$94 / \$141	\$47
Nivel 4: Medicamentos no preferidos	50%	50%	50%	50%	50%
Nivel 5: Nivel de especialidad	31% (30 días)	31% (30 días)	31% (30 días)	31% (30 días)	31%
Nivel 6: Medicamentos para cuidados específicos	\$0 / \$0 / \$0	\$11 / \$22 / \$33	\$0 / \$0 / \$0	\$11 / \$22 / \$33	\$11
TEXAS					
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos (GC)	\$4 / \$8 / \$12	\$15 / \$30 / \$45	\$4 / \$8 / \$0	\$15 / \$30 / \$45	\$15
Nivel 2: Medicamentos genéricos (GC)	\$10 / \$20 / \$30	\$20 / \$40 / \$60	\$10 / \$20 / \$20	\$20 / \$40 / \$60	\$20
Nivel 3: Medicamentos de marca preferida	\$42 / \$84 / \$126	\$47 / \$94 / \$141	\$42 / \$84 / \$126	\$47 / \$94 / \$141	\$47
Nivel 4: Medicamentos no preferidos	50%	50%	50%	50%	50%
Nivel 5: Nivel de especialidad	31% (30 días)	31% (30 días)	31% (30 días)	31% (30 días)	31%
Nivel 6: Medicamentos para cuidados específicos	\$0 / \$0 / \$0	\$11 / \$22 / \$33	\$0 / \$0 / \$0	\$11 / \$22 / \$33	\$11
UTAH					
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos (GC)	\$4 / \$8 / \$12	\$15 / \$30 / \$45	\$4 / \$8 / \$0	\$15 / \$30 / \$45	\$15
Nivel 2: Medicamentos genéricos (GC)	\$10 / \$20 / \$30	\$20 / \$40 / \$60	\$10 / \$20 / \$20	\$20 / \$40 / \$60	\$20
Nivel 3: Medicamentos de marca preferida	\$42 / \$84 / \$126	\$47 / \$94 / \$141	\$42 / \$84 / \$126	\$47 / \$94 / \$141	\$47
Nivel 4: Medicamentos no preferidos	50%	50%	50%	50%	50%
Nivel 5: Nivel de especialidad	31% (30 días)	31% (30 días)	31% (30 días)	31% (30 días)	31%
Nivel 6: Medicamentos para cuidados específicos	\$0 / \$0 / \$0	\$11 / \$22 / \$33	\$0 / \$0 / \$0	\$11 / \$22 / \$33	\$11

* 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.

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

Cigna Secure-Extra 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*
VERMONT					
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos (GC)	\$4 / \$8 / \$12	\$15 / \$30 / \$45	\$4 / \$8 / \$0	\$15 / \$30 / \$45	\$15
Nivel 2: Medicamentos genéricos (GC)	\$10 / \$20 / \$30	\$20 / \$40 / \$60	\$10 / \$20 / \$20	\$20 / \$40 / \$60	\$20
Nivel 3: Medicamentos de marca preferida	\$42 / \$84 / \$126	\$47 / \$94 / \$141	\$42 / \$84 / \$126	\$47 / \$94 / \$141	\$47
Nivel 4: Medicamentos no preferidos	50%	50%	50%	50%	50%
Nivel 5: Nivel de especialidad	31% (30 días)	31% (30 días)	31% (30 días)	31% (30 días)	31%
Nivel 6: Medicamentos para cuidados específicos	\$0 / \$0 / \$0	\$11 / \$22 / \$33	\$0 / \$0 / \$0	\$11 / \$22 / \$33	\$11
VIRGINIA					
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos (GC)	\$4 / \$8 / \$12	\$15 / \$30 / \$45	\$4 / \$8 / \$0	\$15 / \$30 / \$45	\$15
Nivel 2: Medicamentos genéricos (GC)	\$10 / \$20 / \$30	\$20 / \$40 / \$60	\$10 / \$20 / \$20	\$20 / \$40 / \$60	\$20
Nivel 3: Medicamentos de marca preferida	\$42 / \$84 / \$126	\$47 / \$94 / \$141	\$42 / \$84 / \$126	\$47 / \$94 / \$141	\$47
Nivel 4: Medicamentos no preferidos	50%	50%	50%	50%	50%
Nivel 5: Nivel de especialidad	31% (30 días)	31% (30 días)	31% (30 días)	31% (30 días)	31%
Nivel 6: Medicamentos para cuidados específicos	\$0 / \$0 / \$0	\$11 / \$22 / \$33	\$0 / \$0 / \$0	\$11 / \$22 / \$33	\$11
WASHINGTON					
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos (GC)	\$4 / \$8 / \$12	\$15 / \$30 / \$45	\$4 / \$8 / \$0	\$15 / \$30 / \$45	\$15
Nivel 2: Medicamentos genéricos (GC)	\$10 / \$20 / \$30	\$20 / \$40 / \$60	\$10 / \$20 / \$20	\$20 / \$40 / \$60	\$20
Nivel 3: Medicamentos de marca preferida	\$42 / \$84 / \$126	\$47 / \$94 / \$141	\$42 / \$84 / \$126	\$47 / \$94 / \$141	\$47
Nivel 4: Medicamentos no preferidos	50%	50%	50%	50%	50%
Nivel 5: Nivel de especialidad	31% (30 días)	31% (30 días)	31% (30 días)	31% (30 días)	31%
Nivel 6: Medicamentos para cuidados específicos	\$0 / \$0 / \$0	\$11 / \$22 / \$33	\$0 / \$0 / \$0	\$11 / \$22 / \$33	\$11
WEST VIRGINIA					
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos (GC)	\$4 / \$8 / \$12	\$15 / \$30 / \$45	\$4 / \$8 / \$0	\$15 / \$30 / \$45	\$15
Nivel 2: Medicamentos genéricos (GC)	\$10 / \$20 / \$30	\$20 / \$40 / \$60	\$10 / \$20 / \$20	\$20 / \$40 / \$60	\$20
Nivel 3: Medicamentos de marca preferida	\$42 / \$84 / \$126	\$47 / \$94 / \$141	\$42 / \$84 / \$126	\$47 / \$94 / \$141	\$47
Nivel 4: Medicamentos no preferidos	50%	50%	50%	50%	50%
Nivel 5: Nivel de especialidad	31% (30 días)	31% (30 días)	31% (30 días)	31% (30 días)	31%
Nivel 6: Medicamentos para cuidados específicos	\$0 / \$0 / \$0	\$11 / \$22 / \$33	\$0 / \$0 / \$0	\$11 / \$22 / \$33	\$11

* 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.

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

Cigna Secure-Extra 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*
WISCONSIN					
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos (GC)	\$4 / \$8 / \$12	\$15 / \$30 / \$45	\$4 / \$8 / \$0	\$15 / \$30 / \$45	\$15
Nivel 2: Medicamentos genéricos (GC)	\$10 / \$20 / \$30	\$20 / \$40 / \$60	\$10 / \$20 / \$20	\$20 / \$40 / \$60	\$20
Nivel 3: Medicamentos de marca preferida	\$42 / \$84 / \$126	\$47 / \$94 / \$141	\$42 / \$84 / \$126	\$47 / \$94 / \$141	\$47
Nivel 4: Medicamentos no preferidos	50%	50%	50%	50%	50%
Nivel 5: Nivel de especialidad	31% (30 días)	31% (30 días)	31% (30 días)	31% (30 días)	31%
Nivel 6: Medicamentos para cuidados específicos	\$0 / \$0 / \$0	\$11 / \$22 / \$33	\$0 / \$0 / \$0	\$11 / \$22 / \$33	\$11
WYOMING					
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos (GC)	\$4 / \$8 / \$12	\$15 / \$30 / \$45	\$4 / \$8 / \$0	\$15 / \$30 / \$45	\$15
Nivel 2: Medicamentos genéricos (GC)	\$10 / \$20 / \$30	\$20 / \$40 / \$60	\$10 / \$20 / \$20	\$20 / \$40 / \$60	\$20
Nivel 3: Medicamentos de marca preferida	\$42 / \$84 / \$126	\$47 / \$94 / \$141	\$42 / \$84 / \$126	\$47 / \$94 / \$141	\$47
Nivel 4: Medicamentos no preferidos	50%	50%	50%	50%	50%
Nivel 5: Nivel de especialidad	31% (30 días)	31% (30 días)	31% (30 días)	31% (30 días)	31%
Nivel 6: Medicamentos para cuidados específicos	\$0 / \$0 / \$0	\$11 / \$22 / \$33	\$0 / \$0 / \$0	\$11 / \$22 / \$33	\$11

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.....	20
MEDICAMENTOS ANTINEOPLÁSICOS/INMUNODEPRESORES	27
MEDICAMENTOS PARA EL SISTEMA NERVIOSO AUTÓNOMO/CENTRAL, NEUROLOGÍA/PSIC.....	34
CARDIOVASCULARES, HIPERTENSIÓN/LÍPIDOS	43
PRODUCTOS DERMATOLÓGICOS/TRATAMIENTO TÓPICO	47
PRODUCTOS DE DIAGNÓSTICO/AGENTES VARIOS	50
MEDICAMENTOS PARA NARIZ, GARGANTA Y OÍDO	51
SISTEMA ENDOCRINO/DIABETES	52
GASTROENTEROLOGÍA.....	56
INMUNOLOGÍA, VACUNAS/BIOTECNOLOGÍA.....	58
SISTEMA LOCOMOTOR/REUMATOLOGÍA.....	59
OBSTETRICIA/GINECOLOGÍA	60
OFTALMOLOGÍA.....	63
SISTEMA RESPIRATORIO Y ALERGIA.....	64
UROLÓGICOS	66
VITAMINAS, HEMATÍNICOS/ELECTROLITOS.....	67

Guía de la Lista de medicamentos:

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

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

LA: Disponibilidad limitada. Es posible que este medicamento con receta solo esté disponible en determinadas farmacias. Para obtener más información, consulte su Directorio de farmacias o llame a Servicio al Cliente al 1-800-222-6700, 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.

SSM: Esta insulina seleccionada forma parte del modelo de ahorros para adultos mayores

ST: Este medicamento tiene requisitos de tratamiento escalonado.

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

Medicamentos cubiertos por categoría

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

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

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

Cursiva minúscula = Medicamento genérico

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

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>disoproxilo de efavirenz-lamivudina-tenofovir, comprimidos orales, 600-300-300 mg</i>	4	
<i>emtricitabina</i>	3	QL (30/30)
<i>emtricitabina-tenofovir (tdf)</i>	5	QL (30/30); NDS
EMTRIVA, CÁPSULAS ORALES	3	QL (30/30)
EMTRIVA, SOLUCIÓN ORAL	3	QL (680/28)
<i>entecavir</i>	4	QL (30/30)
EPCLUSA, COMPRIMIDOS ORALES	5	PA; QL (28/28); NDS
EPIVIR HBV, SOLUCIÓN ORAL	3	
<i>etravirina</i>	5	QL (60/30); NDS
EVOTAZ	4	QL (30/30)
<i>famciclovir</i>	4	QL (60/30)
<i>fosamprenavir</i>	5	QL (120/30); NDS
FUZEON, SOL. PARA RECONST. SUBCUTÁNEA	5	QL (60/30); NDS
GENVOYA	5	QL (30/30); NDS
HARVONI, PÍLDORAS DE ADMINISTRACIÓN ORAL EN PAQUETES, 33.75-150 MG	5	PA; QL (28/28); NDS
HARVONI, PÍLDORAS DE ADMINISTRACIÓN ORAL EN PAQUETES, 45-200 MG	5	PA; QL (56/28); NDS
HARVONI, COMPRIMIDOS ORALES, 45-200 MG	5	PA; QL (60/30); NDS
HARVONI, COMPRIMIDOS ORALES, 90-400 MG	5	PA; QL (28/28); NDS
INTELENCE, COMPRIMIDOS ORALES, 100 MG, 200 MG	5	QL (60/30); NDS
INTELENCE, COMPRIMIDOS ORALES, 25 MG	4	QL (120/30)
INVIRASE, COMPRIMIDOS ORALES	4	QL (120/30)
ISENTRESS, DE DOSIS ALTA	5	NDS
ISENTRESS, PAQUETE DE POLVO ORAL	4	QL (60/30)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
ISENTRESS, COMPRIMIDOS ORALES	5	QL (120/30); NDS
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	

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

Cursiva minúscula = Medicamento genérico

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

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>oseltamivir, suspensión oral para reconstitución</i>	4	
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>	2	
<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	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
TEMIXYS	5	NDS
<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 19.

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
ERY-TAB, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN RETARDADA (DR/EC), 250 MG, 333 MG	4	
<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 oral</i>	4	
ANTIINFECCIOSOS VARIOS		
<i>albendazol</i>	5	NDS

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

Cursiva minúscula = Medicamento genérico

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

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>amikacina, solución inyectable, 1,000 mg/4 ml, 500 mg/2 ml</i>	4	PA
ARIKAYCE	4	PA; LA
<i>atovacuna</i>	5	NDS
<i>atovacuna-proguanil</i>	4	
<i>aztreonam</i>	4	PA
<i>bacitracina intramuscular</i>	4	
CAYSTON	5	PA; LA; QL (84/28); NDS
<i>succinato sódico de cloranfenicol</i>	4	
<i>fosfato de cloroquina</i>	2	
<i>clorhidrato de clindamicina</i>	2	
CLINDAMYCIN EN CLORURO DE SODIO AL 0.9%	4	PA
<i>clindamicina en dextrosa al 5%</i>	4	PA
<i>clindamicina pediátrica</i>	4	
<i>fosfato de clindamicina inyectable</i>	4	PA
<i>fosfato de clindamicina, solución intravenosa, 600 mg/4 ml</i>	4	PA
COARTEM	4	QL (24/30)
<i>colistina (colistimetato sódico)</i>	4	PA
CYCLOSERINE	4	
<i>dapsona oral</i>	3	
DAPTOMYCIN, SOL. PARA RECONST. INTRAVENOSA, 350 MG	5	NDS
<i>daptomicina, sol. para reconst. intravenosa, 500 mg</i>	5	NDS
EMVERM	4	
<i>ertapenem</i>	4	
<i>etambutol</i>	4	
FIRVANQ, SOL. PARA RECONST. INTRAVENOSA, 25 MG/ML	4	QL (300/10)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
FIRVANQ, SOL. PARA RECONST. INTRAVENOSA, 50 MG/ML	4	QL (450/10)
<i>gentamicina en nacl (iso-osm.), infusión secundaria intravenosa, 100 mg/100 ml, 60 mg/50 ml, 80 mg/100 ml, 80 mg/50 ml</i>	4	PA
GENTAMICIN IN NAACL (ISO-OSM.), INFUSIÓN SECUNDARIA INTRAVENOSA, 100 MG/50 ML, 120 MG/100 ML	4	PA
<i>gentamicina, solución inyectable, 40 mg/ml</i>	4	PA
<i>sulfato de gentamicina (pediátrico) (pf)</i>	4	PA
HYDROXYCHLOROQUINE, COMPRIMIDOS ORALES, 100 MG, 300 MG, 400 MG	2	
<i>hidroxicloroquina, comprimidos orales, 200 mg</i>	2	
<i>imipenem-cilastatina</i>	4	
<i>isoniazida, solución oral</i>	4	
<i>isoniazida, comprimidos orales</i>	2	
<i>ivermectina oral</i>	3	
<i>lincomicina</i>	4	PA
<i>linezolida en dextrosa al 5%</i>	4	PA
<i>linezolida, suspensión oral para reconstitución</i>	5	QL (1800/30); NDS
<i>linezolida, comprimidos orales</i>	3	QL (60/30)
<i>linezolida-cloruro de sodio al 0.9%</i>	4	PA
<i>mefloquina</i>	2	
<i>meropenem</i>	4	
MEROPENEM-0.9% SODIUM CHLORIDE	4	
<i>metro intravenoso</i>	4	PA
<i>metronidazol en nacl (iso-osm.)</i>	4	PA

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

Cursiva minúscula = Medicamento genérico

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

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>metronidazol, comprimidos orales</i>	2	
<i>neomicina</i>	2	
<i>nitazoxanida</i>	5	QL (20/10); NDS
<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	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<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	
<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

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

Cursiva minúscula = Medicamento genérico

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

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
BICILLIN L-A	4	PA
<i>dicloxacilina</i>	2	
<i>nafcilina</i>	4	PA
<i>nafcilina en dextrosa, iso-osm.</i>	4	PA
<i>oxacilina inyectable</i>	4	PA
<i>penicilina g potásica</i>	4	PA
<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	
ZOSYN EN DEXTROSA, ISO-OSM.	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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
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	
TETRACICLINAS		
<i>doxiciclina-100</i>	4	PA
<i>hiclato de doxiciclina intravenoso</i>	4	PA
<i>hiclato de doxiciclina, cápsulas orales</i>	2	
<i>hiclato de doxiciclina, comprimidos orales, 100 mg, 20 mg</i>	2	
<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, 50 mg</i>	2	
<i>nitrofurantoína, macrocristales, cápsulas orales, 25 mg</i>	4	
<i>monohidrato de nitrofurantoína/ macrocrist.</i>	4	
<i>trimetoprima</i>	2	

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

Cursiva minúscula = Medicamento genérico

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

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
MEDICAMENTOS ANTINEOPLÁSICOS/ INMUNODEPRESORES		
AGENTES COADYUVANTES		
<i>leucovorina cálcica, inyectable</i>	4	
<i>leucovorina cálcica, comprimidos orales, 10 mg, 15 mg, 25 mg</i>	4	
<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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
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	
BLENREP	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

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

Cursiva minúscula = Medicamento genérico

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

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
CABOMETYX, COMPRIMIDOS ORALES, 40 MG	5	PA; LA; QL (60/30); NDS
CALQUENCE	5	PA; LA; QL (60/30); NDS
CAPRELSA, COMPRIMIDOS ORALES, 100 MG	5	PA; LA; QL (60/30); NDS
CAPRELSA, COMPRIMIDOS ORALES, 300 MG	5	PA; LA; QL (30/30); NDS
<i>carboplatino, solución intravenosa</i>	4	B/D PA
<i>carmustina</i>	4	B/D PA
<i>cisplatino, solución intravenosa</i>	4	B/D PA
<i>cladribina</i>	4	B/D PA
<i>clofarabina</i>	4	B/D PA
COMETRIQ, CÁPSULAS ORALES, 100 MG/DÍA (80 MG X 1-20 MG X 1)	5	PA; QL (56/28); NDS
COMETRIQ, CÁPSULAS ORALES, 140 MG/DÍA (80 MG X 1-20 MG X 3)	5	PA; QL (112/28); NDS
COMETRIQ, CÁPSULAS ORALES, 60 MG/DÍA (20 MG X 3/DÍA)	5	PA; QL (84/28); NDS
COPIKTRA	5	PA; LA; QL (60/30); NDS
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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<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
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	
ELLECE	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

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

Cursiva minúscula = Medicamento genérico

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

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>everolimus (antineoplásico), comprimidos orales</i>	5	PA; QL (30/30); NDS
<i>everolimus (inmunodepresor), comprimidos orales, 0.25 mg, 0.75 mg</i>	5	B/D PA; QL (60/30); NDS
<i>everolimus (inmunodepresor), comprimidos orales, 0.5 mg</i>	5	B/D PA; QL (120/30); NDS
EVOMELA	5	PA; NDS
<i>exemestano</i>	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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
ICLUSIG, COMPRIMIDOS ORALES, 10 MG, 30 MG, 45 MG	5	PA; QL (30/30); NDS
ICLUSIG, COMPRIMIDOS ORALES, 15 MG	5	PA; QL (60/30); NDS
<i>idarrubicina</i>	4	B/D PA
IDHIFA	5	PA; LA; QL (30/30); NDS
<i>ifosfamida</i>	4	B/D PA
<i>imatinib, comprimidos orales, 100 mg</i>	5	PA; QL (180/30); NDS
<i>imatinib, comprimidos orales, 400 mg</i>	5	PA; QL (60/30); NDS
IMBRUVICA, CÁPSULAS ORALES, 140 MG	5	PA; QL (120/30); NDS
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

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

Cursiva minúscula = Medicamento genérico

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

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
KISQALI FEMARA CO-PACK, COMPRIMIDOS ORALES, 200 MG/DÍA (200 MG X 1), 2.5 MG	5	PA; QL (49/28); NDS
KISQALI FEMARA CO-PACK, COMPRIMIDOS ORALES, 400 MG/DÍA (200 MG X 2), 2.5 MG	5	PA; QL (70/28); NDS
KISQALI FEMARA CO-PACK, COMPRIMIDOS ORALES, 600 MG/DÍA (200 MG X 3), 2.5 MG	5	PA; QL (91/28); NDS
KISQALI, COMPRIMIDOS ORALES, 200 MG/DÍA (200 MG X 1)	5	PA; QL (21/28); NDS
KISQALI, COMPRIMIDOS ORALES, 400 MG/DÍA (200 MG X 2)	5	PA; QL (42/28); NDS
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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
LORBRENA, COMPRIMIDOS ORALES, 100 MG	5	PA; QL (30/30); NDS
LORBRENA, COMPRIMIDOS ORALES, 25 MG	5	PA; QL (90/30); NDS
LUMAKRAS	5	PA; QL (240/30); NDS
LUMOXITI	5	PA; NDS
LUPRON DEPOT	5	PA; NDS
LUPRON DEPOT (3 MESES)	5	PA; NDS
LUPRON DEPOT (4 MESES)	5	PA; NDS
LUPRON DEPOT (6 MESES)	5	PA; NDS
LUPRON DEPOT-PED	5	PA; NDS
LUPRON DEPOT-PED (3 MESES)	5	PA; NDS
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

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

Cursiva minúscula = Medicamento genérico

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

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
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
<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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
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
PORTRAZZA	4	B/D PA
POTELIGEO	5	PA; NDS
PROGRAF INTRAVENOSO	4	B/D PA
PROGRAF, PAQUETE DE GRÁNULOS ORALES	4	B/D PA
PURIXAN	5	NDS
QINLOCK	5	PA; LA; NDS
RETEVMO	5	PA; LA; NDS
REVLIMID	5	PA; LA; QL (28/28); NDS
ROMIDEPSIN, SOLUCIÓN INTRAVENOSA	5	PA; NDS
ROZLYTREK, CÁPSULAS ORALES, 100 MG	5	PA; QL (150/30); NDS
ROZLYTREK, CÁPSULAS ORALES, 200 MG	5	PA; QL (90/30); NDS
RUBRACA	5	PA; LA; QL (120/30); NDS
RUXIENCE	5	PA; NDS
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

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

Cursiva minúscula = Medicamento genérico

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

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
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
<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>	3	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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
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
<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

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

Cursiva minúscula = Medicamento genérico

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

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
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
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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
XATMEP	4	PA
XOSPATA	5	PA; LA; NDS
XPROVIO, COMPRIMIDOS ORALES, 100 MG/SEMANA (50 MG X 2), 40 MG/SEMANA (40 MG X 1), 40 MG DOS VECES POR SEMANA (40 MG X 2), 60 MG/SEMANA (60 MG X 1), 60 MG DOS VECES POR SEMANA (120 MG/SEMANA), 80 MG/SEMANA (40 MG X 2), 80 MG DOS VECES POR SEMANA (160 MG/SEMANA)	5	PA; LA; NDS
XTANDI, CÁPSULAS ORALES	4	PA; QL (120/30)
XTANDI, COMPRIMIDOS ORALES, 40 MG	4	PA; QL (120/30)
XTANDI, COMPRIMIDOS ORALES, 80 MG	4	PA; QL (60/30)
YERVOY	5	PA; NDS
YONDELIS	5	PA; NDS
ZALTRAP	4	B/D PA
ZANOSAR	4	B/D PA
ZEJULA	5	PA; LA; QL (90/30); NDS
ZELBORAF	5	PA; QL (240/30); NDS
ZEPZELCA	4	PA
ZIRABEV	5	PA; NDS
ZOLADEX	4	B/D PA
ZOLINZA	5	PA; QL (120/30); NDS
ZORTRESS, COMPRIMIDOS ORALES, 1 MG	5	B/D PA; NDS
ZYDELIG	5	PA; QL (60/30); NDS
ZYKADIA, COMPRIMIDOS ORALES	5	PA; QL (90/30); NDS
ZYNLONTA	4	PA

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

Cursiva minúscula = Medicamento genérico

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

Medicamentos cubiertos por categoría

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
DIACOMIT, CÁPSULAS ORALES, 250 MG	4	PA; LA; QL (360/30)
DIACOMIT, CÁPSULAS ORALES, 500 MG	4	PA; LA; QL (180/30)
DIACOMIT, PAQUETE DE POLVO ORAL, 250 MG	4	PA; LA; QL (360/30)
DIACOMIT, PAQUETE DE POLVO ORAL, 500 MG	4	PA; LA; QL (180/30)
DIAZEPAM RECTAL	4	
DILANTIN, 30 MG	4	
<i>divalproex, cápsulas orales con gránulos, lib. retardada</i>	4	
<i>divalproex, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas</i>	4	
<i>divalproex, comprimidos orales, liberación retardada (dr/ec)</i>	2	
EPIDIOLEX	5	PA; LA; NDS
<i>epitol</i>	2	
<i>etosuximida</i>	4	
<i>felbamato</i>	4	
FINTEPLA	4	PA; LA
<i>fosfenitoína</i>	3	
FYCOMPA, SUSPENSIÓN ORAL	4	PA; QL (720/30)
FYCOMPA, COMPRIMIDOS ORALES, 10 MG, 12 MG, 8 MG	4	PA; QL (30/30)
FYCOMPA, COMPRIMIDOS ORALES, 2 MG, 4 MG, 6 MG	4	PA; QL (60/30)
<i>gabapentina, cápsulas orales, 100 mg, 400 mg</i>	2	QL (270/30)
<i>gabapentina, cápsulas orales, 300 mg</i>	2	QL (360/30)
<i>gabapentina, solución oral</i>	4	QL (2160/30)
<i>gabapentina, comprimidos orales, 600 mg</i>	2	QL (180/30)
<i>gabapentina, comprimidos orales, 800 mg</i>	2	QL (120/30)
<i>lamotrigina, comprimidos orales</i>	2	

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

Cursiva minúscula = Medicamento genérico

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

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>lamotrigina, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas</i>	4	
<i>lamotrigina, comprimidos orales masticables dispersables</i>	2	
<i>lamotrigina, comprimidos de desintegración oral</i>	4	
<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</i>	3	
<i>fenobarbital, elixir oral</i>	4	PA; QL (1500/30)
<i>fenobarbital, comprimidos orales</i>	3	PA; QL (120/30)
<i>fenobarbital sódico, solución inyectable</i>	3	
<i>fenitoína, suspensión oral</i>	2	
<i>fenitoína, comprimidos orales masticables</i>	2	
<i>fenitoína sódica, liberación prolongada</i>	2	
<i>fenitoína sódica, solución intravenosa</i>	3	
<i>pregabalina, cápsulas orales, 100 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
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)
<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

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

Cursiva minúscula = Medicamento genérico

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

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
AGENTES ANTIPARKINSONIANOS		
APOKYN	5	PA; LA; QL (60/30); NDS
<i>benztropina inyectable</i>	4	
<i>benztropina 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>	2	
<i>carbidopa-levodopa-entacapona</i>	4	
<i>entacapona</i>	4	
KYNMOBI, PELÍCULA SUBLINGUAL, 10 MG, 15 MG, 20 MG, 25 MG, 30 MG	5	PA; QL (150/30); NDS
NEUPRO	4	
<i>pramipexol, comprimidos orales</i>	2	
<i>rasagilina</i>	4	
<i>ropinirol, comprimidos orales</i>	2	
<i>ropinirol, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas</i>	4	
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, comprimidos orales</i>	2	QL (36/28)
<i>rizatriptán, comprimidos de desintegración oral</i>	4	QL (36/28)
<i>sumatriptán, rociador nasal no aerosol, 20 mg/activación</i>	4	QL (18/28)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>sumatriptán, rociador nasal no aerosol, 5 mg/activación</i>	4	QL (36/28)
<i>succinato de sumatriptán oral</i>	2	QL (18/28)
<i>succinato de sumatriptán, subcutáneo en cartucho</i>	4	QL (8/28)
<i>succinato de sumatriptán, subcutáneo en lapicera</i>	4	QL (8/28)
<i>succinato de sumatriptán, solución subcutánea</i>	4	QL (8/28)
TRATAMIENTOS NEUROLÓGICOS VARIOS		
AUSTEDO, COMPRIMIDOS ORALES, 12 MG, 9 MG	5	PA; LA; QL (120/30); NDS
AUSTEDO, COMPRIMIDOS ORALES, 6 MG	5	PA; LA; QL (60/30); NDS
COPAXONE, JERINGA SUBCUTÁNEA, 20 MG/ML	5	PA; QL (30/30); NDS
COPAXONE, JERINGA SUBCUTÁNEA, 40 MG/ML	5	PA; QL (12/28); NDS
<i>dalfampridina</i>	3	PA; QL (60/30)
<i>dimetilfumarato, cápsulas orales, liberación retardada (dr/ec), 120 mg</i>	5	PA; QL (14/30); NDS
<i>dimetilfumarato, cápsulas orales, liberación retardada (dr/ec), 120 mg (14), 240 mg (46)</i>	5	PA; QL (120/180); NDS
<i>dimetilfumarato, cápsulas orales, liberación retardada (dr/ec), 240 mg</i>	5	PA; QL (60/30); NDS
<i>donepezilo, comprimidos orales, 10 mg</i>	2	QL (60/30)
<i>donepezilo, comprimidos orales, 5 mg</i>	2	QL (30/30)
<i>donepezilo, comprimidos de desintegración oral, 10 mg</i>	2	QL (60/30)
<i>donepezilo, comprimidos de desintegración oral, 5 mg</i>	2	QL (30/30)
<i>galantamina, cápsulas orales, píldoras de lib. prol., 24 horas</i>	4	QL (30/30)
<i>galantamina, solución oral</i>	4	QL (200/30)
<i>galantamina, comprimidos orales</i>	4	QL (60/30)

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

Cursiva minúscula = Medicamento genérico

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

Medicamentos cubiertos por categoría

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>bromuro de piridostigmina, jarabe oral</i>	4	
<i>bromuro de piridostigmina, comprimidos orales, 60 mg</i>	3	
<i>bromuro de piridostigmina, comprimidos orales, liberación prolongada</i>	3	
<i>regonol</i>	4	
<i>tizanidina, comprimidos orales</i>	2	
ANALGÉSICOS NARCÓTICOS		
<i>acetaminofeno-codeína, solución oral, 120 mg-12 mg/5 ml (5 ml), 120-12 mg/5 ml, 300 mg-30 mg/12.5 ml</i>	2	QL (4500/30); NDS
<i>acetaminofeno-codeína, comprimidos orales, 300-15 mg, 300-30 mg</i>	2	QL (360/30); NDS
<i>acetaminofeno-codeína, comprimidos orales, 300-60 mg</i>	2	QL (180/30); NDS
<i>clorhidrato de buprenorfina, inyectable</i>	4	NDS
<i>clorhidrato de buprenorfina sublingual</i>	3	PA
<i>endocet</i>	4	QL (360/30); NDS
<i>citrato de fentanilo, pastilla bucal con aplicador</i>	5	PA; QL (120/30); NDS
<i>fentanilo, parche transdérmico, 72 horas, 100 mcg/h, 12 mcg/h, 25 mcg/h, 50 mcg/h, 75 mcg/h</i>	4	QL (10/30); NDS
<i>hidrocodona-acetaminofeno, solución oral, 7.5-325 mg/15 ml</i>	4	QL (5550/30); NDS
<i>hidrocodona-acetaminofeno, comprimidos orales, 10-325 mg, 5-325 mg, 7.5-325 mg</i>	3	QL (360/30); NDS
<i>hidrocodona-ibuprofeno, comprimidos orales, 7.5-200 mg</i>	4	QL (50/30); NDS
<i>hidromorfona, líquido oral</i>	4	QL (2400/30); NDS
<i>hidromorfona, comprimidos orales</i>	4	QL (180/30); NDS
INFUMORPH P/F	4	B/D PA; NDS

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

Cursiva minúscula = Medicamento genérico

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

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>metadona, solución inyectable</i>	4	NDS
<i>metadona, intensol</i>	4	QL (90/30); NDS
<i>metadona, concentrado oral</i>	4	QL (90/30); NDS
<i>metadona, solución oral, 10 mg/5 ml</i>	4	QL (600/30); NDS
<i>metadona, solución oral, 5 mg/5 ml</i>	4	QL (1200/30); NDS
<i>metadona, comprimidos orales, 10 mg</i>	2	QL (120/30); NDS
<i>metadona, comprimidos orales, 5 mg</i>	2	QL (240/30); NDS
<i>morfina (pf), solución inyectable, 0.5 mg/ml, 1 mg/ml</i>	4	NDS
<i>morfina, solución oral concentrada</i>	3	QL (900/30); NDS
MORPHINE, SOLUCIÓN INYECTABLE, 10 MG/ML, 2 MG/ML, 4 MG/ML, 5 MG/ML	4	NDS
<i>morfina, solución inyectable, 8 mg/ml</i>	4	NDS
MORPHINE, JERINGA INYECTABLE, 2 MG/ML	4	NDS
<i>morfina, jeringa inyectable, 4 mg/ml</i>	4	NDS
<i>morfina, solución inyectable, 10 mg/ml</i>	4	NDS
MORPHINE, SOLUCIÓN INTRAVENOSA, 4 MG/ML, 8 MG/ML	4	NDS
MORPHINE, JERINGA INTRAVENOSA, 10 MG/ML, 8 MG/ML	4	NDS
<i>morfina, jeringa intravenosa, 2 mg/ml, 4 mg/ml</i>	4	NDS
<i>morfina, solución oral</i>	3	QL (900/30); NDS
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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<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>	3	QL (360/30); NDS
<i>oximorfona, comprimidos orales, liberación prolongada, 12 horas</i>	3	QL (90/30); NDS
XTAMPZA ER	3	QL (90/30); NDS
ANALGÉSICOS NO NARCÓTICOS		
<i>buprenorfina-naloxona, película sublingual, 12-3 mg</i>	4	QL (60/30)
<i>buprenorfina-naloxona, película sublingual, 2-0.5 mg</i>	4	QL (360/30)
<i>buprenorfina-naloxona, película sublingual, 4-1 mg, 8-2 mg</i>	4	QL (90/30)
<i>buprenorfina-naloxona, comprimidos sublinguales, 2-0.5 mg</i>	2	QL (360/30)
<i>buprenorfina-naloxona, comprimidos sublinguales, 8-2 mg</i>	2	QL (90/30)
<i>butorfanol nasal</i>	4	QL (10/28); NDS
<i>celecoxib</i>	3	QL (60/30)
<i>diclofenaco potásico, comprimidos orales, 50 mg</i>	2	
<i>diclofenaco sódico oral</i>	2	
<i>diclofenaco sódico, gel tópico al 1%</i>	3	QL (1000/28)
<i>diflunisal</i>	2	
<i>ec-naproxeno</i>	2	
<i>etodolaco</i>	4	
<i>flurbiprofeno, comprimidos orales, 100 mg</i>	2	
<i>ibu</i>	1	
<i>ibuprofeno, suspensión oral</i>	2	

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

Cursiva minúscula = Medicamento genérico

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

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>ibuprofeno, comprimidos orales, 400 mg, 600 mg, 800 mg</i>	1	
KLOXXADO	3	
<i>meloxicam, comprimidos orales, 15 mg</i>	1	
<i>meloxicam, comprimidos orales, 7.5 mg</i>	1	QL (60/30)
<i>nabumetona</i>	2	
<i>naloxona, solución inyectable</i>	2	
<i>naloxona, jeringa inyectable, 1 mg/ml</i>	2	
<i>naltrexona</i>	2	
<i>naproxeno, suspensión oral</i>	4	
<i>naproxeno, comprimidos orales</i>	1	
<i>naproxeno, comprimidos orales, liberación retardada (dr/ec)</i>	2	
<i>naproxeno sódico, comprimidos orales, 275 mg, 550 mg</i>	4	
NARCAN	3	
<i>oxaprozina</i>	4	
SUBOXONE, PELÍCULA SUBLINGUAL, 12-3 MG	4	QL (60/30)
SUBOXONE, PELÍCULA SUBLINGUAL, 2-0.5 MG	4	QL (360/30)
SUBOXONE, PELÍCULA SUBLINGUAL, 4-1 MG, 8-2 MG	4	QL (90/30)
<i>sulindaco</i>	2	
<i>tramadol, comprimidos orales, 50 mg</i>	2	QL (240/30); NDS
<i>tramadol-acetaminofeno</i>	4	QL (240/30); NDS
VIVITROL	5	NDS
ZUBSOLV, COMPRIMIDOS SUBLINGUALES, 0.7-0.18 MG, 1.4-0.36 MG, 11.4-2.9 MG, 2.9-0.71 MG, 5.7-1.4 MG	3	QL (30/30)
ZUBSOLV, COMPRIMIDOS SUBLINGUALES, 8.6-2.1 MG	3	QL (60/30)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
MEDICAMENTOS PSICOTERAPÉUTICOS		
ABILIFY MAINTENA	4	
ADASUVE	4	
<i>alprazolam, comprimidos orales, 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg</i>	2	QL (120/30)
<i>alprazolam, comprimidos orales, 2 mg</i>	2	QL (150/30)
<i>alprazolam, comprimidos de desintegración oral, 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg</i>	3	QL (90/30)
<i>alprazolam, comprimidos de desintegración oral, 2 mg</i>	3	QL (150/30)
<i>amitriptilina</i>	2	
<i>amoxapina</i>	4	
<i>aripiprazol, solución oral</i>	4	
<i>aripiprazol, comprimidos orales</i>	3	QL (30/30)
<i>aripiprazol, comprimidos de desintegración oral</i>	5	QL (60/30); NDS
<i>maleato de asenapina</i>	4	QL (60/30)
<i>atomoxetina, cápsulas orales, 10 mg, 18 mg, 25 mg, 40 mg</i>	4	QL (60/30)
<i>atomoxetina, cápsulas orales, 100 mg, 60 mg, 80 mg</i>	4	QL (30/30)
<i>clorhidrato de bupropión, comprimidos orales, 100 mg</i>	2	QL (120/30)
<i>clorhidrato de bupropión, comprimidos orales, 75 mg</i>	2	QL (180/30)
<i>clorhidrato de bupropión, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas, 150 mg</i>	2	QL (90/30)
<i>clorhidrato de bupropión, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas, 300 mg</i>	2	QL (30/30)
<i>clorhidrato de bupropión, comprimidos orales, liberación sostenida, 12 horas</i>	2	QL (60/30)
<i>buspirona</i>	2	
CAPLYTA	4	PA; QL (30/30)
<i>chlorpromazine</i>	4	
<i>citalopram, solución oral</i>	4	

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

Cursiva minúscula = Medicamento genérico

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

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>citalopram, comprimidos orales</i>	1	
<i>clomipramina</i>	4	
<i>clorazepato dipotásico, comprimidos orales, 15 mg</i>	4	QL (180/30)
<i>clorazepato dipotásico, comprimidos orales, 3.75 mg</i>	4	QL (90/30)
<i>clorazepato dipotásico, comprimidos orales, 7.5 mg</i>	4	QL (360/30)
<i>clozapina, comprimidos orales, 100 mg, 200 mg</i>	4	
<i>clozapina, comprimidos orales, 25 mg, 50 mg</i>	3	
<i>clozapina, comprimidos de desintegración oral</i>	4	
<i>desipramina</i>	4	
<i>succinato de desvenlafaxina</i>	4	QL (30/30)
<i>dexmetilfenidato, comprimidos orales</i>	3	
<i>dextroanfetamina, cápsulas orales, liberación prolongada</i>	4	
<i>dextroanfetamina, comprimidos orales</i>	4	
<i>dextroanfetamina-anfetamina, cápsulas orales, liberación prolongada, 24 horas</i>	4	QL (60/30)
<i>dextroanfetamina-anfetamina, comprimidos orales, 10 mg</i>	2	QL (180/30)
<i>dextroanfetamina-anfetamina, comprimidos orales, 12.5 mg, 30 mg, 7.5 mg</i>	2	QL (60/30)
<i>dextroanfetamina-anfetamina, comprimidos orales, 15 mg</i>	2	QL (120/30)
<i>dextroanfetamina-anfetamina, comprimidos orales, 20 mg</i>	2	QL (90/30)
<i>dextroanfetamina-anfetamina, comprimidos orales, 5 mg</i>	2	QL (360/30)
<i>diazepam inyectable</i>	2	
<i>diazepam, intenosol</i>	2	QL (240/30)
<i>diazepam, concentrado oral</i>	2	QL (240/30)

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

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

Cursiva minúscula = Medicamento genérico

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

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>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	
<i>lorazepam, jeringa inyectable, 2 mg/ml</i>	4	
<i>lorazepam, intensol</i>	3	QL (150/30)
<i>lorazepam, concentrado oral</i>	3	QL (150/30)
<i>lorazepam, comprimidos orales, 0.5 mg, 1 mg</i>	2	QL (90/30)
<i>lorazepam, comprimidos orales, 2 mg</i>	2	QL (150/30)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<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>	2	
<i>mirtazapina, comprimidos de desintegración oral</i>	3	QL (30/30)
<i>modafinil, comprimidos orales, 100 mg</i>	3	PA; QL (30/30)
<i>modafinil, comprimidos orales, 200 mg</i>	3	PA; QL (60/30)
<i>molindona</i>	2	
<i>nefazodona</i>	4	
<i>nortriptilina</i>	2	
NUPLAZID, CÁPSULAS ORALES	4	PA; QL (30/30)
NUPLAZID, COMPRIMIDOS ORALES, 10 MG	4	PA; QL (30/30)
<i>olanzapina intramuscular</i>	4	QL (30/30)
<i>olanzapina, comprimidos orales</i>	3	
<i>olanzapina, comprimidos de desintegración oral</i>	4	QL (30/30)
<i>olanzapina-fluoxetina</i>	4	
<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)

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

Cursiva minúscula = Medicamento genérico

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

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>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>quetiapina, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas, 150 mg, 200 mg</i>	4	QL (30/30)
<i>quetiapina, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas, 300 mg, 400 mg, 50 mg</i>	4	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)
<i>risperidona, comprimidos de desintegración oral, 4 mg</i>	4	QL (120/30)
SAPHRIS	4	QL (60/30)
SECUADO	4	QL (30/30)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<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, comprimidos orales, 100 mg, 150 mg, 50 mg</i>	1	
<i>trazodona, comprimidos orales, 300 mg</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>zaleplon, cápsulas orales, 10 mg</i>	3	QL (60/30)
<i>zaleplon, cápsulas orales, 5 mg</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 19.

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>clorhidrato de ziprasidona</i>	4	QL (60/30)
<i>mesilato de ziprasidona</i>	4	QL (6/30)
<i>zopidem, 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>aliskireno</i>	4	
<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	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>benazepril</i>	1	
<i>benazepril-hidroclorotiazida</i>	2	
<i>betaxolol oral</i>	3	
BIDIL	3	
<i>fumarato de bisoprolol</i>	2	
<i>bisoprolol-hidroclorotiazida</i>	1	
<i>bumetanida inyectable</i>	4	
<i>bumetanida, comprimidos orales, 0.5 mg, 1 mg</i>	2	
<i>bumetanida, comprimidos orales, 2 mg</i>	3	
BYSTOLIC	4	
<i>candesartán, comprimidos orales, 16 mg, 4 mg, 8 mg</i>	2	QL (60/30)
<i>candesartán, comprimidos orales, 32 mg</i>	2	QL (30/30)
<i>candesartán-hidroclorotiazida</i>	2	
<i>captopril</i>	4	
<i>captopril-hidroclorotiazida</i>	4	
<i>cartia xt</i>	2	
<i>carvedilol</i>	1	
<i>fosfato de carvedilol</i>	4	
<i>clorotiazida sódica</i>	4	
<i>clortalidona, comprimidos orales, 25 mg, 50 mg</i>	2	
<i>clonidina</i>	3	QL (4/28)
<i>clorhidrato de clonidina, comprimidos orales, 0.1 mg, 0.2 mg</i>	1	
<i>clorhidrato de clonidina, comprimidos orales, 0.3 mg</i>	2	
DEMSER	4	PA
<i>clorhidrato de diltiazem intravenoso</i>	4	
<i>clorhidrato de diltiazem, cápsulas orales, liberación prolongada, 24 horas, degradable</i>	2	

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

Cursiva minúscula = Medicamento genérico

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

Medicamentos cubiertos por categoría

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<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)
<i>losartán-hidroclorotiazida, comprimidos orales, 100-12.5 mg, 100-25 mg</i>	1	QL (30/30)
<i>losartán-hidroclorotiazida, comprimidos orales, 50-12.5 mg</i>	1	QL (60/30)
<i>matzim la</i>	2	
<i>metildopa</i>	4	
<i>metolazona</i>	3	
<i>succinato de metoprolol</i>	1	
<i>tartrato de metoprolol-hidroclorotiazida</i>	2	
<i>tartrato de metoprolol oral</i>	1	
<i>metirosina</i>	5	PA; NDS
<i>minoxidil oral</i>	2	
<i>moexipril</i>	2	
<i>nadolol</i>	4	
<i>nadolol-bendroflumetiazida, comprimidos orales, 80-5 mg</i>	4	
<i>nebivolol</i>	4	
<i>nicardipina, solución intravenosa</i>	4	
<i>nicardipina oral</i>	4	
<i>nifedipina, comprimidos orales, liberación prolongada</i>	2	
<i>nifedipina, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas</i>	2	
<i>nimodipina</i>	4	
<i>nisoldipina</i>	4	
<i>olmesartán</i>	2	
<i>olmesartán-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 19.

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>perindopril erbumina</i>	2	
<i>fenoxibenzamina</i>	5	NDS
<i>pindolol</i>	2	
<i>prazosina</i>	4	
<i>propranolol, cápsulas orales, liberación prolongada, 24 horas</i>	4	
<i>propranolol, solución oral</i>	4	
<i>propranolol, comprimidos orales</i>	2	
<i>propranolol-hidroclorotiazida</i>	3	
<i>quinapril</i>	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>	2	
TEKTURNA HCT	4	
<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>	2	
<i>torsemina oral</i>	2	
<i>trandolapril</i>	2	
<i>triamtereno-hidroclorotiazida, cápsulas orales, 37.5-25 mg</i>	1	
<i>triamtereno-hidroclorotiazida, comprimidos orales</i>	1	
UPTRAVI, ORAL	5	PA; LA; NDS
<i>valsartán, comprimidos orales, 160 mg, 40 mg, 80 mg</i>	2	QL (60/30)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>valsartán, comprimidos orales, 320 mg</i>	2	QL (30/30)
<i>valsartán-hidroclorotiazida</i>	2	QL (30/30)
<i>verapamilo, solución intravenosa</i>	4	
<i>verapamilo, cápsulas orales, píldoras ct de lib. prol., 24 horas</i>	2	
<i>verapamilo, cápsulas orales, píldoras de lib. prol., 24 horas, 120 mg, 180 mg, 240 mg</i>	2	
VERAPAMIL, CÁPSULAS ORALES, PÍLDORAS DE LIB. PROL., 24 HORAS, 360 MG	3	
<i>verapamilo, comprimidos orales</i>	1	
<i>verapamilo, comprimidos orales, liberación prolongada</i>	2	
TRATAMIENTO DE COAGULACIÓN		
<i>ácido aminocaproico oral</i>	4	
<i>aspirina-dipiridamol</i>	4	
BRILINTA	3	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>	2	
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	

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

Cursiva minúscula = Medicamento genérico

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

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>heparina (porcina) en dext. al 5%, solución parenteral intravenosa, 20,000 unidades/500 ml (40 unidades/ml), 25,000 unidades/250 ml (100 unidades/ml), 25,000 unidades/500 ml (50 unidades/ml)</i>	4	
<i>heparina (porcina) en nacl (pf)</i>	4	
<i>heparina (porcina), solución inyectable</i>	3	
<i>heparina (porcina) en nacl al 0.45%, solución parenteral, intravenosa, 25,000 unidades/250 ml, 25,000 unidades/500 ml</i>	4	
<i>heparina, porcina (pf), jeringa inyectable, 5,000 unidades/0.5 ml</i>	4	
<i>jantoven</i>	1	
<i>pentoxifilina</i>	2	
<i>prasugrel</i>	4	
PROMACTA, PAQUETE DE POLVO ORAL, 12.5 MG	5	PA; LA; QL (360/30); NDS
PROMACTA, PAQUETE DE POLVO ORAL, 25 MG	5	PA; LA; QL (180/30); NDS
PROMACTA, COMPRIMIDOS ORALES, 12.5 MG, 25 MG, 50 MG	5	PA; LA; QL (30/30); NDS
PROMACTA, COMPRIMIDOS ORALES, 75 MG	5	PA; LA; QL (60/30); NDS
<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)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>colestiramina (con azúcar)</i>	3	
<i>colestiramina suave</i>	3	
<i>colesevelam</i>	3	
<i>colestipol, gránulos orales</i>	4	
<i>colestipol, paquete oral</i>	4	
<i>colestipol, comprimidos orales</i>	3	
<i>ezetimiba</i>	3	QL (30/30)
<i>ezetimiba-simvastatina</i>	4	QL (30/30)
<i>fenofibrato, cápsulas orales micronizadas, 134 mg, 200 mg, 67 mg</i>	3	
<i>fenofibrato, comprimidos orales nanocristalizados, 145 mg, 48 mg</i>	3	
<i>fenofibrato, comprimidos orales, 160 mg, 54 mg</i>	3	
<i>ácido fenofibrico (colina)</i>	4	
<i>fluvastatina, cápsulas orales, 20 mg</i>	2	QL (30/30)
<i>fluvastatina, cápsulas orales, 40 mg</i>	2	QL (60/30)
<i>gemfibrozil</i>	1	
LIVALO	4	QL (30/30)
<i>lovastatina, comprimidos orales, 10 mg</i>	1	QL (30/30)
<i>lovastatina, comprimidos orales, 20 mg, 40 mg</i>	1	QL (60/30)
<i>niacina, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas</i>	3	
<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	

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

Cursiva minúscula = Medicamento genérico

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

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
AGENTES CARDIOVASCULARES VARIOS		
CORLANOR, COMPRIMIDOS ORALES	4	PA
<i>digitek, comprimidos orales, 125 mcg (0.125 mg)</i>	2	
<i>digitek, comprimidos orales, 250 mcg (0.25 mg)</i>	3	
<i>digox, comprimidos orales, 125 mcg (0.125 mg)</i>	2	
<i>digox, comprimidos orales, 250 mcg (0.25 mg)</i>	3	
<i>digoxina, solución oral</i>	3	
<i>digoxina, comprimidos orales, 125 mcg (0.125 mg)</i>	2	
<i>digoxina, comprimidos orales, 250 mcg (0.25 mg)</i>	3	
ENTRESTO	3	QL (60/30)
LANOXIN, COMPRIMIDOS ORALES, 62.5 MCG (0.0625 MG)	4	
<i>ranolazina</i>	4	QL (60/30)
VERQUVO	3	PA; QL (30/30)
VYNDAMAX	4	PA
VYNDAQEL	4	PA
NITRATOS		
<i>dinitrato de isosorbida, comprimidos orales</i>	4	
<i>mononitrato de isosorbida</i>	2	
MINITRAN	3	
<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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<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
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	

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

Cursiva minúscula = Medicamento genérico

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

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>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-prilocaina, crema tópica</i>	4	QL (30/30)
<i>metoxaleno</i>	4	
PANRETIN	5	NDS
PICATO	4	
<i>pimecrolimus</i>	4	QL (100/30)
<i>podofilox</i>	4	
REGRANEX	5	PA; NDS
SANTYL	4	
<i>sulfadiazina de plata</i>	3	
SSD	4	
<i>tacrolimus tópico</i>	4	PA; QL (100/30)
VALCHLOR	5	PA; NDS
ZTLIDO	4	PA; QL (90/30)
TRATAMIENTO DEL ACNÉ		
<i>avita</i>	4	PA
<i>claravis</i>	4	
<i>fosfato de clindamicina, gel tópico</i>	4	QL (120/30)
CLINDAMYCIN PHOSPHATE, GEL TÓPICO, UNA VEZ AL DÍA	4	QL (120/30)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>fosfato de clindamicina, loción tópica</i>	4	QL (120/30)
<i>fosfato de clindamicina, solución tópica</i>	4	QL (120/30)
<i>fosfato de clindamicina, paño tópico</i>	2	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>	3	
<i>rosadan, crema tópica</i>	3	
<i>rosadan, gel tópico</i>	3	
<i>tazaroteno, crema tópica</i>	4	PA
TAZORAC, CREMA TÓPICA, 0.05%	4	PA
TAZORAC, GEL TÓPICO	4	PA
<i>tretinoína, microesferas, gel tópico al 0.1%</i>	4	PA
<i>tretinoína, microesferas, gel tópico con bomba al 0.1%</i>	4	PA
<i>tretinoína, crema tópica, 0.025%, 0.05%, 0.1%</i>	4	PA
<i>tretinoína tópica, gel tópico, 0.01%</i>	3	PA
<i>tretinoína tópica, gel tópico, 0.025%, 0.05%</i>	4	PA
ANTIBACTERIANOS TÓPICOS		
<i>gentamicina, crema tópica</i>	4	
<i>gentamicina, pomada tópica</i>	3	
<i>mupirocina</i>	2	QL (44/30)
<i>mupirocina cálcica</i>	4	QL (30/30)
<i>sulfacetamida sódica (acné)</i>	4	

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

Cursiva minúscula = Medicamento genérico

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

Medicamentos cubiertos por categoría

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<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>	2	QL (100/28)
<i>clobetasol, crema tópica</i>	2	QL (120/28)
<i>clobetasol, espuma tópica</i>	4	QL (100/28)
<i>clobetasol, gel tópico</i>	2	QL (120/28)
<i>clobetasol, loción tópica</i>	4	QL (118/28)
<i>clobetasol, pomada tópica</i>	2	QL (120/28)
<i>clobetasol, champú tópico</i>	4	QL (236/28)
<i>clobetasol, rociador tópico no aerosol</i>	4	QL (125/28)
<i>clobetasol-emoliente, crema tópica</i>	2	QL (120/28)
CLODAN	4	QL (236/28)
DESONATE	4	
<i>desonida, loción tópica</i>	4	
<i>desonida, pomada tópica</i>	4	
<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	

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

Cursiva minúscula = Medicamento genérico

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

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>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 acetonida, crema tópica, 0.025%, 0.5%</i>	2	
<i>triamcinolona acetonida, crema tópica, 0.1%</i>	1	
<i>triamcinolona acetonida, loción tópica</i>	3	
<i>triamcinolona acetonida, 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	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>tis-u-sol pentalito</i>	4	
AGENTES VARIOS		
<i>acamprosato</i>	4	
<i>anagrelida</i>	3	
AURYXIA	4	PA; QL (360/30)
CARBAGLU	5	PA; LA; NDS
CHEMET	4	PA
CLINIMIX, 4.25%/D5W, SIN SULFITOS	4	B/D PA
<i>d al 10%-cloruro de sodio al 0.45%</i>	4	
<i>d al 2.5%-cloruro de sodio al 0.45%</i>	4	
<i>d al 5% y cloruro de sodio al 0.9%</i>	4	
<i>d al 5%-cloruro de sodio al 0.45%</i>	4	
DEFERASIROX, COMPRIMIDOS ORALES DISPERSABLES	5	PA; NDS
<i>dextrosa al 10% y nacl al 0.2%</i>	4	
DEXTROSE AL 10% EN AGUA (D10W)	4	
<i>dextrosa al 25% en agua (d25w)</i>	4	
<i>dextrosa al 30% en agua (d30w)</i>	4	
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	

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

Cursiva minúscula = Medicamento genérico

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

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>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>	2	
<i>levocarnitina, solución oral, 100 mg/ml</i>	2	
<i>levocarnitina, comprimidos orales</i>	2	
<i>midodrina</i>	3	
<i>nitisinona</i>	5	NDS
NORTHERA, CÁPSULAS ORALES, 100 MG	5	PA; QL (90/30); NDS
NORTHERA, CÁPSULAS ORALES, 200 MG, 300 MG	5	PA; QL (180/30); NDS
<i>clorhidrato de pilocarpina oral</i>	4	
PROLASTIN-C, SOL. PARA RECONST. INTRAVENOSA	5	PA; LA; NDS
PROLASTIN-C, SOLUCIÓN INTRAVENOSA	5	B/D PA; LA; NDS
<i>riluzol</i>	3	
<i>carbonato de sevelámero, paquete de polvo oral</i>	5	NDS
<i>carbonato de sevelámero, comprimidos orales</i>	3	
<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>	3	
<i>sps (con sorbitol)</i>	3	
<i>trientina</i>	5	PA; QL (240/30); NDS
VELPHORO	4	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
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>	2	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)
<i>oralone</i>	4	
<i>paroex, enjuague bucal</i>	2	
<i>triamcinolona acetona, pasta dental</i>	4	
PREPARACIONES ÓTICAS VARIAS		
<i>ácido acético ótico (oído)</i>	2	
<i>flac, aceite ótico</i>	4	
<i>fluocinolona acetona, aceite</i>	4	
<i>hidrocortisona-ácido acético</i>	4	
ESTEROIDES/ANTIBIÓTICOS ÓTICOS		
CIPRO HC	4	
CIPRODEX	3	
<i>ciprofloxacina-dexametasona</i>	3	

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

Cursiva minúscula = Medicamento genérico

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

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>neomicina-polimixina-hidrocortisona ótica (oído)</i>	4	
SISTEMA ENDOCRINO/DIABETES		
HORMONAS SUPRARRENALES		
DEPO-MEDROL	4	
<i>dexametasona, intensol</i>	4	
<i>dexametasona, elixir oral</i>	2	
<i>dexametasona, solución oral</i>	2	
<i>dexametasona, comprimidos orales, 0.5 mg, 0.75 mg, 4 mg</i>	1	
<i>dexametasona, comprimidos orales, 1 mg, 1.5 mg, 2 mg, 6 mg</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	
MEDROL, COMPRIMIDOS ORALES, 2 MG	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	
<i>fosfato sódico de prednisolona, solución oral, 15 mg/5 ml (3 mg/ml), 15 mg/5 ml (5 ml), 25 mg/5 ml (5 mg/ml), 5 mg base/5 ml (6.7 mg/5 ml)</i>	4	
<i>prednisona, intensol</i>	4	
<i>prednisona, solución oral</i>	2	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>prednisona, comprimidos orales</i>	2	B/D PA
<i>prednisona, comprimidos orales, paquete dosificado</i>	1	
SOLU-CORTEF ACT-O-VIAL (PF)	4	
<i>triamcinolona acetónida, 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>acarbosa, comprimidos orales, 100 mg</i>	2	QL (90/30)
<i>acarbosa, comprimidos orales, 25 mg</i>	2	QL (360/30)
<i>acarbosa, comprimidos orales, 50 mg</i>	2	QL (180/30)
PAÑOS CON ALCOHOL	6	
BAQSIMI	3	
BD, AGUJA PARA LAPICERA	6	QL (200/30)
BYDUREON BCISE	4	QL (4/28)
CYCLOSET	4	QL (180/30)
<i>diazoxida</i>	4	
GASAS, 2 X 2	6	
<i>glimepirida, comprimidos orales, 1 mg</i>	1	QL (240/30)
<i>glimepirida, comprimidos orales, 2 mg</i>	1	QL (120/30)
<i>glimepirida, comprimidos orales, 4 mg</i>	1	QL (60/30)
<i>glipizida, comprimidos orales, 10 mg</i>	1	QL (120/30)
<i>glipizida, comprimidos orales, 5 mg</i>	1	QL (240/30)
<i>glipizida, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas, 10 mg</i>	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 19.

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>glipizida, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas, 2.5 mg</i>	2	QL (240/30)
<i>glipizida, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas, 5 mg</i>	2	QL (120/30)
<i>glipizida-metformina, comprimidos orales, 2.5-250 mg</i>	1	QL (240/30)
<i>glipizida-metformina, comprimidos orales, 2.5-500 mg, 5-500 mg</i>	1	QL (120/30)
GLUCAGEN HYPOKIT	3	
GLUCAGON (HCL), KIT DE EMERGENCIAS	3	
GLUCAGON, KIT DE EMERGENCIAS (HUMANO)	3	
GLYXAMBI	4	QL (30/30)
GVOKE HYPOPEN, PAQUETE DE 1	3	
GVOKE HYPOPEN, PAQUETE DE 2	3	
GVOKE PFS, PAQUETE CON 1 JERINGA	3	
GVOKE PFS, PAQUETE CON 2 JERINGAS	3	
HUMALOG JUNIOR KWIKPEN U-100	6	SSM
HUMALOG KWIKPEN, INSULINA	6	SSM
HUMALOG MIX 50-50, INSULINA U-100	6	SSM
HUMALOG MIX 50-50 KWIKPEN	6	SSM
HUMALOG MIX 75-25 KWIKPEN	6	SSM
HUMALOG MIX 75-25 (U-100), INSULINA	6	SSM
HUMALOG U-100, INSULINA	6	SSM
HUMULIN 70/30 U-100, INSULINA	6	SSM

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
HUMULIN 70/30 U-100 KWIKPEN	6	SSM
HUMULIN N NPH, INSULINA KWIKPEN	6	SSM
HUMULIN N NPH U-100, INSULINA	6	SSM
HUMULIN R REGULAR U-100, INSULINA	6	SSM
HUMULIN R U-500 (CONC) INSULINA	5	B/D PA; NDS
HUMULIN R U-500 (CONC) KWIKPEN	5	NDS
INSULINA, AGUJA PARA LAPICERA	6	QL (200/30)
JERINGA PARA INSULINA (DES.), U-100 0.3 ML, 1 ML, 1/2 ML	6	QL (200/30)
INVOKAMET	3	QL (60/30)
INVOKAMET XR	3	QL (60/30)
INVOKANA	3	QL (30/30)
JANUMET	3	QL (60/30)
JANUMET XR, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA, MULTIFÁSICA, 24 HORAS, 100-1,000 MG	3	QL (30/30)
JANUMET XR, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA, MULTIFÁSICA, 24 HORAS, 50-1,000 MG, 50-500 MG	3	QL (60/30)
JANUVIA	3	QL (30/30)
JARDIANCE	3	QL (30/30)
JENTADUETO	3	QL (60/30)
JENTADUETO XR, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN INMEDIATA-LIBERACIÓN PROLONGADA, BIFÁSICA, 24 HORAS, 2.5-1,000 MG	3	QL (60/30)

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

Cursiva minúscula = Medicamento genérico

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

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
JENTADUETO XR, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN INMEDIATA-LIBERACIÓN PROLONGADA, BIFÁSICA, 24 HORAS, 5-1,000 MG	3	QL (30/30)
LANTUS SOLOSTAR U-100, INSULINA	6	SSM
LANTUS U-100, INSULINA	6	SSM
LEVEMIR FLEXTOUCH U-100, INSULINA	6	SSM
LEVEMIR U-100, INSULINA	6	SSM
LYUMJEV KWIKPEN U-100, INSULINA	6	SSM
LYUMJEV KWIKPEN U-200, INSULINA	6	SSM
LYUMJEV U-100, INSULINA	6	SSM
<i>metformina, solución oral</i>	4	QL (750/30)
<i>metformina, comprimidos orales, 1,000 mg</i>	1	QL (75/30)
<i>metformina, comprimidos orales, 500 mg</i>	1	QL (150/30)
<i>metformina, comprimidos orales, 850 mg</i>	1	QL (90/30)
<i>metformina, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas, 500 mg (genérico de Glucophage XR)</i>	1	QL (120/30)
<i>metformina, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas, 750 mg (genérico de Glucophage XR)</i>	1	QL (60/30)
<i>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	6	QL (200/30)
NOVOFINE, AGUJA PARA LAPICERA	6	QL (200/30)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
NOVOTWIST, AGUJA PARA LAPICERA	6	QL (200/30)
OMNIPOD, PAQUETE DE 5	3	QL (30/30)
OMNIPOD DASH, PAQUETE DE 5	3	QL (30/30)
OMNIPOD, PAQUETE INICIAL	3	QL (1/365)
OZEMPIC, LAPICERA PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA, 0.25 MG O 0.5 MG (2 MG/1.5 ML)	3	QL (1.5/28)
OZEMPIC, LAPICERA PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA, 1 MG/DOSIS (4 MG/3 ML)	3	QL (3/28)
<i>pioglitazona</i>	1	QL (30/30)
<i>pioglitazona-metformina</i>	2	QL (90/30)
PROGLYCEM	4	
<i>repaglinida, comprimidos orales, 0.5 mg</i>	4	QL (960/30)
<i>repaglinida, comprimidos orales, 1 mg</i>	4	QL (480/30)
<i>repaglinida, comprimidos orales, 2 mg</i>	4	QL (240/30)
RYBELSUS	3	QL (30/30)
SOLQUA 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	6	QL (200/30)

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

Cursiva minúscula = Medicamento genérico

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

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
TOUJEO MAX U-300 SOLOSTAR	6	SSM
TOUJEO SOLOSTAR U-300, INSULINA	6	SSM
TRADJENTA	3	QL (30/30)
TRESIBA FLEXTOUCH U-100	6	SSM
TRESIBA FLEXTOUCH U-200	6	SSM
TRESIBA U-100, INSULINA	6	SSM
TRIJARDY XR, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN INMEDIATA-LIBERACIÓN PROLONGADA, BIFÁSICA, 24 HORAS, 10-5-1,000 MG, 25-5-1,000 MG	3	QL (30/30)
TRIJARDY XR, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN INMEDIATA-LIBERACIÓN PROLONGADA, BIFÁSICA, 24 HORAS, 12.5-2.5-1,000 MG, 5-2.5-1,000 MG	3	QL (60/30)
TRULICITY	3	QL (2/28)
V-GO 20	3	
V-GO 30	3	
V-GO 40	3	
VICTOZA 2-PAK	3	QL (9/30)
VICTOZA 3-PAK	3	QL (9/30)
XULTOPHY 100/3.6	3	QL (15/30)
HORMONAS VARIAS		
ALDURAZYME	5	PA; NDS
<i>cabergolina</i>	4	
<i>calcitonina (salmón), nasal</i>	3	
<i>calcitriol, solución intravenosa, 1 mcg/ml</i>	4	
<i>calcitriol oral</i>	2	
CEREZYME, SOL. PARA RECONST. INTRAVENOSA, 400 UNIDADES	5	PA; NDS
CHORIONIC GONADOTROPIN, HUMANA INTRAMUSCULAR	4	PA

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>cinacalcet, comprimidos orales, 30 mg, 60 mg</i>	4	QL (60/30)
<i>cinacalcet, comprimidos orales, 90 mg</i>	4	QL (120/30)
<i>danazol</i>	4	
<i>desmopresina inyectable</i>	4	
<i>desmopresina, rociador nasal con bomba</i>	4	
<i>desmopresina, rociador nasal no aerosol, 10 mcg/aplicación (0.1 ml)</i>	4	
<i>desmopresina oral</i>	3	
<i>doxercalciferol</i>	4	
ELAPRASE	5	PA; NDS
FABRAZYME	5	NDS
KORLYM	5	PA; QL (120/30); NDS
KUVAN	5	PA; NDS
LUMIZYME	5	PA; NDS
<i>miglustato</i>	5	LA; NDS
NAGLAZYME	5	PA; NDS
NATPARA	5	PA; LA; QL (2/28); NDS
<i>oxandrolona, comprimidos orales, 10 mg</i>	4	PA; QL (60/30)
<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	

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

Cursiva minúscula = Medicamento genérico

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

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>cipionato de testosterona, aceite intramuscular, 100 mg/ml, 200 mg/ml, 200 mg/ml (1 ml)</i>	3	
<i>enantato de testosterona</i>	4	
<i>testosterona, gel transdérmico</i>	4	PA; QL (300/30)
<i>testosterona, gel transdérmico en bomba con dosis medidas, 12.5 mg/1.25 gramos (1%)</i>	4	PA; QL (300/30)
<i>testosterona, gel transdérmico en paquete, 1% (25 mg/2.5 gramos), 1% (50 mg/5 gramos)</i>	4	PA; QL (300/30)
<i>tolvaptán, comprimidos orales, 30 mg</i>	5	PA; QL (60/30); NDS
<i>ácido zoledrónico, solución intravenosa</i>	4	B/D PA
<i>ácido zoledrónico-manitol-agua, infusión secundaria intravenosa, 4 mg/100 ml</i>	4	B/D PA
ZOLEDRONIC AC-MANNITOL-0.9NACL	4	B/D PA
HORMONAS TIROIDEAS		
EUTHYROX	3	
LEVO-T	3	
<i>levotiroxina, comprimidos orales</i>	2	
<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>	3	
<i>liotironina oral</i>	2	
SYNTHROID	4	
<i>unithroid</i>	3	
GASTROENTEROLOGÍA		
ANTIDIARREICOS/ANTIESPASMÓDICOS		
<i>dicloamina, cápsulas orales</i>	2	
<i>dicloamina, solución oral</i>	4	
<i>dicloamina, comprimidos orales</i>	2	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>difenoxilato-atropina</i>	4	
GLYCOPYRROLATE (PF) IN WATER, INJECTABLE	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)
<i>meclizina, comprimidos orales, 12.5 mg, 25 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 19.

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>mesalamina, cápsulas orales, liberación prolongada, 24 horas</i>	3	
<i>mesalamina, comprimidos orales, liberación retardada (dr/ec), 1.2 gramos</i>	4	
<i>mesalamina, enema rectal</i>	4	
<i>mesalamina con pañuelo limpiador</i>	4	
<i>clorhidrato de metoclopramida, solución oral</i>	2	
<i>clorhidrato de metoclopramida, comprimidos orales</i>	2	
MOVANTIK	4	QL (30/30)
OCALIVA	4	PA; LA; QL (30/30)
<i>ondansetrón</i>	2	B/D PA
<i>clorhidrato de ondansetrón (pf)</i>	4	
<i>clorhidrato de ondansetrón intravenoso</i>	4	
<i>clorhidrato de ondansetrón, solución oral</i>	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>proctozona-hc</i>	2	
RECTIV	4	
RELISTOR, SOLUCIÓN SUBCUTÁNEA	5	PA; NDS

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
RELISTOR, JERINGA SUBCUTÁNEA	5	PA; NDS
REMICADE	5	PA; NDS
SANCUSO	5	NDS
<i>escopolamina base</i>	4	QL (10/30)
<i>sulfasalazina</i>	2	
SUPREP, KIT DE PREPARACIÓN INTESTINAL	4	
SUTAB	4	
<i>ursodiol, cápsulas orales, 300 mg</i>	4	
<i>ursodiol, cápsulas orales</i>	4	
<i>ursodiol, comprimidos orales</i>	3	
VIOKACE	4	
ZENPEP, CÁPSULAS ORALES, LIBERACIÓN RETARDADA (DR/EC) 10,000-32,000-42,000 UNIDADES, 15,000-47,000-63,000 UNIDADES, 20,000-63,000-84,000 UNIDADES, 25,000-79,000-105,000 UNIDADES, 3,000-10,000-14,000-UNIDADES, 40,000-126,000-168,000 UNIDADES, 5,000-17,000-24,000 UNIDADES	3	
TRATAMIENTO DE ÚLCERAS		
DEXILANT	4	QL (30/30)
<i>esomeprazol magnésico, cápsulas orales, liberación retardada (dr/ec)</i>	3	
<i>famotidina, suspensión oral</i>	4	
<i>famotidina, comprimidos orales, 20 mg, 40 mg</i>	2	
<i>lansoprazol, cápsulas orales, liberación retardada (dr/ec)</i>	3	
<i>misoprostol</i>	3	
<i>omeprazol, cápsulas orales, liberación retardada (dr/ec)</i>	2	

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

Cursiva minúscula = Medicamento genérico

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

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>pantoprazol, comprimidos orales, liberación retardada (dr/ec), 20 mg</i>	1	
<i>pantoprazol, comprimidos orales, liberación retardada (dr/ec), 40 mg</i>	1	QL (60/30)
<i>sucralfato, suspensión oral</i>	4	
<i>sucralfato, comprimidos orales</i>	2	
INMUNOLOGÍA, VACUNAS/BIOTECNOLOGÍA		
MEDICAMENTOS BIOTECNOLÓGICOS		
ACTIMMUNE	5	PA; NDS
ARCALYST	5	PA; NDS
BETASERON, KIT PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA	5	PA; QL (14/28); NDS
GENOTROPIN	5	PA; NDS
GENOTROPIN MINISQUICK	5	PA; NDS
INTRON A, SOL. PARA RECONST. INYECTABLE	5	B/D PA; NDS
INTRON A, SOLUCIÓN INYECTABLE, 10 MILLONES DE UNIDADES/ML	5	B/D PA; NDS
INTRON A, SOLUCIÓN INYECTABLE, 6 MILLONES DE UNIDADES/ML	4	B/D PA
MOZOBIL	5	B/D PA; NDS
NIVESTYM	5	PA; NDS
PROCRIT, SOLUCIÓN INYECTABLE, 10,000 UNIDADES/ML, 2,000 UNIDADES/ML, 20,000 UNIDADES/ML, 3,000 UNIDADES/ML, 4,000 UNIDADES/ML, 40,000 UNIDADES/ML	4	PA
RETACRIT	4	PA
ZARXIO	5	PA; NDS
ZIEXTENZO	4	PA
VACUNAS/AGENTES INMUNOLÓGICOS VARIOS		
ACTHIB (PF)	3	

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

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

Cursiva minúscula = Medicamento genérico

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

Medicamentos cubiertos por categoría

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

SISTEMA LOCOMOTOR/REUMATOLOGÍA

TRATAMIENTO DE LA GOTA

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

TRATAMIENTO DE LA OSTEOPOROSIS

<i>alendronato, comprimidos orales, 10 mg, 5 mg</i>	1	QL (30/30)
<i>alendronato, comprimidos orales, 35 mg, 70 mg</i>	1	QL (4/28)

BINOSTO	4	QL (4/28)
<i>ibandronato oral</i>	3	QL (1/30)
PROLIA	4	QL (1/180)
<i>raloxifeno</i>	2	QL (30/30)
TERIPARATIDE	5	PA; QL (2.4/28); NDS
TYMLOS	5	PA; QL (1.56/30); NDS

OTROS AGENTES REUMATOLÓGICOS

BENLYSTA	5	PA; NDS
DEPEN TITRATABS	5	NDS
ENBREL MINI	5	PA; QL (8/28); NDS
ENBREL, SOL. PARA RECONST. SUBCUTÁNEA	5	PA; QL (16/28); NDS
ENBREL, SOLUCIÓN SUBCUTÁNEA	5	PA; QL (4/28); NDS
ENBREL, JERINGA SUBCUTÁNEA	5	PA; QL (8/28); NDS
ENBREL SURECLICK	5	PA; QL (8/28); NDS
HUMIRA PEN	5	PA; QL (4/28); NDS
HUMIRA PEN CROHNS-UC-HS, PAQUETE INICIAL	5	PA; QL (6/180); NDS
HUMIRA PEN PSOR-UEITS-ADOL HS	5	PA; QL (4/180); NDS
HUMIRA, KIT DE JERINGA SUBCUTÁNEA, 40 MG/0.8 ML	5	PA; QL (4/28); NDS
HUMIRA (CF) PEDI CROHNS, PAQUETE INICIAL, KIT DE JERINGA SUBCUTÁNEA, 80 MG/0.8 ML	5	PA; QL (3/180); NDS
HUMIRA (CF) PEDI CROHNS, PAQUETE INICIAL, KIT DE JERINGA SUBCUTÁNEA, 80 MG/0.8 ML-40 MG/0.4 ML	5	PA; QL (2/180); NDS
HUMIRA (CF) PEN CROHNS-UC-HS	5	PA; QL (3/180); NDS
HUMIRA(CF) PEN PEDIATRIC UC	5	PA; QL (4/180); NDS
HUMIRA (CF) PEN PSOR-UV-ADOL HS	5	PA; QL (3/180); NDS

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

Cursiva minúscula = Medicamento genérico

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

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
HUMIRA (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
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

ALORA	4	QL (8/28)
<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>	2	
<i>caproato de hidroxiprogesterona</i>	5	NDS
<i>incassia</i>	3	
<i>jencycla</i>	2	
<i>lyza</i>	2	
<i>medroxyprogesterone</i>	2	
<i>nora-be</i>	3	
<i>noretisterona (anticonceptivo)</i>	3	
<i>acetato de noretisterona</i>	2	
PREMARIN INYECTABLE	4	
PREMARIN ORAL	3	
PREMARIN VAGINAL	3	
PREMPRO, COMPRIMIDOS ORALES, 0.45-1.5 MG, 0.625-2.5 MG, 0.625-5 MG	3	
<i>progesterona micronizada</i>	2	
<i>sharobel</i>	3	
<i>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	

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

Cursiva minúscula = Medicamento genérico

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

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>alyacen 1/35 (28)</i>	2	
<i>alyacen 7/7/7 (28)</i>	2	
<i>amethia</i>	2	
<i>amethyst (28)</i>	2	
<i>apri</i>	2	
<i>aranelle (28)</i>	2	
<i>ashlyna</i>	2	
<i>aubra</i>	2	
<i>aubra eq</i>	2	
<i>aurovela 1.5/30 (21)</i>	2	
<i>aurovela 1/20 (21)</i>	2	
<i>aurovela 24 fe</i>	2	
<i>aurovela fe 1.5/30 (28)</i>	2	
<i>aurovela fe 1-20 (28)</i>	2	
<i>aviane</i>	2	
<i>ayuna</i>	2	
<i>azurette (28)</i>	2	
<i>balziva (28)</i>	2	
<i>blisovi 24 fe</i>	2	
<i>blisovi fe 1.5/30 (28)</i>	2	
<i>blisovi fe 1/20 (28)</i>	2	
<i>briellyn</i>	2	
<i>camrese</i>	2	
<i>camrese lo</i>	2	
<i>caziant (28)</i>	2	
<i>charlotte 24 fe</i>	2	
<i>chateal (28)</i>	2	
<i>chateal eq (28)</i>	2	
<i>cryselle (28)</i>	2	
<i>cyclafem 1/35 (28)</i>	2	
<i>cyclafem 7/7/7 (28)</i>	2	
<i>cyred</i>	3	
<i>cyred eq</i>	3	
<i>dasetta 1/35 (28)</i>	2	
<i>dasetta 7/7/7 (28)</i>	2	
<i>daysee</i>	2	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>desog-e.estradiol/e.estradiol</i>	2	
<i>desogestrel-etinilestradiol</i>	2	
<i>dolishale</i>	2	
<i>drospirenona-e.estradiol-lm.fa</i>	2	
<i>drospirenona-etinilestradiol</i>	2	
<i>elinest</i>	2	
<i>emoquette</i>	2	
<i>enpresse</i>	2	
<i>enskyce</i>	2	
<i>estarylla</i>	2	
<i>etiodiol diac-etinilestradiol</i>	2	
<i>falmina (28)</i>	2	
<i>feminor</i>	2	
<i>gemmily</i>	2	
<i>hailey</i>	2	
<i>hailey 24 fe</i>	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>	2	
<i>isibloom</i>	2	
<i>jaimiess</i>	2	
<i>jasmiel (28)</i>	2	
<i>jolessa</i>	2	
<i>juleber</i>	2	
<i>junel 1.5/30 (21)</i>	2	
<i>junel 1/20 (21)</i>	2	
<i>junel fe 1.5/30 (28)</i>	2	
<i>junel fe 1/20 (28)</i>	2	
<i>junel fe 24</i>	2	
<i>kaitlib fe</i>	2	
<i>kalliga</i>	2	
<i>kariva (28)</i>	2	
<i>kelnor 1/35 (28)</i>	2	
<i>kelnor 1-50 (28)</i>	2	
<i>kurvelo (28)</i>	2	

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

Cursiva minúscula = Medicamento genérico

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

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>l norgest/e.estradiol-e.estradiol</i>	2	
<i>larin 1.5/30 (21)</i>	2	
<i>larin 1/20 (21)</i>	2	
<i>larin 24 fe</i>	2	
<i>larin fe 1.5/30 (28)</i>	2	
<i>larin fe 1/20 (28)</i>	2	
<i>larissia</i>	2	
<i>layolis fe</i>	2	
<i>leena 28</i>	2	
<i>lessina</i>	2	
<i>levonest (28)</i>	2	
<i>levonorgestrel-etinilestradiol</i>	2	
<i>levonorg-etinilestradiol trifásico</i>	2	
<i>levora-28</i>	2	
<i>lillow (28)</i>	2	
<i>lojaimiess</i>	2	
<i>loryna (28)</i>	2	
<i>low-ogestrel (28)</i>	2	
<i>lo-zumandimine (28)</i>	2	
<i>lutra (28)</i>	2	
<i>marlissa (28)</i>	2	
<i>merzee</i>	2	
<i>mibelas 24 fe</i>	2	
<i>microgestin 1.5/30 (21)</i>	2	
<i>microgestin 1/20 (21)</i>	2	
<i>microgestin fe 1.5/30 (28)</i>	2	
<i>microgestin fe 1/20 (28)</i>	2	
<i>mili</i>	2	
<i>mono-lynyah</i>	2	
<i>necon 0.5/35 (28)</i>	2	
<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>	2	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>noretisterona-etinilestradiol-hierro, cápsulas orales</i>	2	
<i>noretisterona-etinilestradiol-hierro, comprimidos orales, 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7), 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7)</i>	2	
<i>noretisterona-etinilestradiol-hierro, comprimidos orales masticables</i>	2	
<i>norgestimato-etinilestradiol</i>	2	
<i>nortrel 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>	2	
<i>nylia 7/7/7 (28)</i>	2	
<i>nymyo</i>	2	
<i>ocella</i>	2	
<i>orsythia</i>	2	
<i>philith</i>	2	
<i>pimtree (28)</i>	2	
<i>pirmella</i>	2	
<i>portia 28</i>	2	
<i>previfem</i>	2	
<i>reclipsen (28)</i>	2	
<i>rivelsa</i>	2	
<i>setlakin</i>	2	
<i>simliya (28)</i>	2	
<i>simpesse</i>	2	
<i>sprintec (28)</i>	2	
<i>sronyx</i>	2	
<i>syeda</i>	2	
<i>tarina 24 fe</i>	2	
<i>tarina fe 1/20 (28)</i>	2	
<i>tarina fe 1-20 eq (28)</i>	2	
<i>taysofy</i>	2	
<i>tilia fe</i>	2	
<i>tri femynor</i>	2	

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

Cursiva minúscula = Medicamento genérico

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

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>tri-estarylla</i>	2	
<i>tri-legest fe</i>	2	
<i>tri-linyah</i>	2	
<i>tri-lo-estarylla</i>	2	
<i>tri-lo-marzia</i>	2	
<i>tri-lo-mili</i>	2	
<i>tri-lo-sprintec</i>	2	
<i>tri-mili</i>	2	
<i>tri-nymyo</i>	2	
<i>tri-previfem (28)</i>	2	
<i>tri-sprintec (28)</i>	2	
<i>trivora (28)</i>	2	
<i>tri-vylibra</i>	2	
<i>tri-vylibra lo</i>	2	
TYBLUME	2	
<i>tydemy</i>	2	
<i>velivet, régimen trifásico (28)</i>	2	
<i>vestura (28)</i>	2	
<i>vienva</i>	2	
<i>viorele (28)</i>	2	
<i>volnea (28)</i>	2	
<i>vyfemla (28)</i>	2	
<i>vylibra</i>	2	
<i>wera (28)</i>	2	
<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	
OFTALMOLOGÍA		
ANTIBIÓTICOS		
<i>ak-poly-bac</i>	2	
AZASITE	4	
<i>bacitracina oftálmica (ojos)</i>	4	
<i>bacitracina-polimixina b-oftálmica (ojos)</i>	2	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
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>	2	
<i>neomicina-polimixina-gramicidina</i>	3	
<i>neo-polycin</i>	2	
<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	
<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	

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

Cursiva minúscula = Medicamento genérico

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

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>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	
PROLENSA	3	
MEDICAMENTOS ORALES PARA EL GLAUCOMA		
<i>acetazolamida</i>	3	
<i>acetazolamida sódica</i>	4	
<i>metazolamida</i>	4	
OTROS MEDICAMENTOS PARA EL GLAUCOMA		
AZOPT	4	
<i>brinzolamida</i>	4	
COMBIGAN	3	
<i>dorzolamida</i>	2	
<i>dorzolamida-timolol</i>	2	
<i>latanoprost</i>	1	
LUMIGAN, GOTAS OFTÁLMICAS (OJOS), 0.01%	3	
RHOPRESSA	4	ST
ROCKLATAN	4	ST
SIMBRINZA	4	
<i>travoprost</i>	3	

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

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

Cursiva minúscula = Medicamento genérico

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

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>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 oral</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	
ALYQ	5	PA; QL (60/30); NDS
AMBRISANTAN	5	PA; LA; QL (30/30); NDS
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)

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

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

Cursiva minúscula = Medicamento genérico

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

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
KALYDECO, PAQUETE DE GRÁNULOS ORALES	5	PA; QL (56/28); NDS
KALYDECO, COMPRIMIDOS ORALES	5	PA; QL (60/30); NDS
<i>metaproterenol, jarabe oral</i>	4	
<i>montelukast, paquete de gránulos orales</i>	3	QL (30/30)
<i>montelukast, comprimidos orales</i>	2	QL (30/30)
<i>montelukast, comprimidos orales masticables</i>	2	QL (30/30)
OFEV	5	PA; QL (60/30); NDS
OPSUMIT	5	PA; LA; NDS
ORKAMBI, PAQUETE DE GRÁNULOS ORALES	5	PA; QL (56/28); NDS
ORKAMBI, COMPRIMIDOS ORALES	5	PA; QL (112/28); NDS
PERFOROMIST	4	B/D PA; QL (120/30)
PULMOZYME	5	B/D PA; QL (150/30); NDS
<i>sajazir</i>	5	PA; QL (18/30); NDS
SEREVENT DISKUS	3	QL (60/30)
<i>sildenafil (hipertensión arterial pulmonar), comprimidos orales</i>	3	PA; QL (90/30)
SYMDEKO	5	PA; QL (56/28); NDS
TADALAFIL (HIPERTENSIÓN ARTERIAL PULMONAR), COMPRIMIDOS ORALES, 20 MG	5	PA; QL (60/30); NDS
<i>terbutalina</i>	4	
THEO-24	4	
<i>teofilina, comprimidos orales, liberación prolongada, 12 horas, 300 mg, 450 mg</i>	2	
<i>teofilina, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas</i>	2	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
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>	2	QL (60/30)
<i>solifenacina</i>	3	
<i>tolterodina, cápsulas orales, liberación prolongada, 24 horas</i>	2	
<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)

AGENTES UROLÓGICOS VARIOS

<i>cloruro de betanecol</i>	3	
CYSTAGON	4	LA

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

Cursiva minúscula = Medicamento genérico

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

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
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>	2	
<i>klor-con</i>	2	
KLOR-CON 10	3	
KLOR-CON 8	3	
<i>klor-con m10</i>	1	
<i>klor-con m15</i>	1	
<i>klor-con m20</i>	1	
<i>solución de lactato sódico compuesta intravenosa</i>	4	
MAGNESIUM SULFATE IN D5W, INFUSIÓN SECUNDARIA INTRAVENOSA, 1 GRAMO/100 ML	4	
<i>sulfato de magnesio en agua</i>	4	
<i>sulfato de magnesio inyectable</i>	4	
PHOSLYRA	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	
<i>cloruro de potasio en dext. al 5%, solución parenteral intravenosa, 20 meq/l, 30 meq/l, 40 meq/l</i>	4	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>cloruro de potasio en Ir-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>	1	
<i>cloruro de potasio, líquido oral</i>	4	
<i>cloruro de potasio, paquete oral</i>	2	
<i>cloruro de potasio, comprimidos orales, liberación prolongada</i>	1	
<i>cloruro de potasio, comprimidos orales, liberación prolongada, partículas/cristales</i>	1	
<i>cloruro de potasio-nacl al 0.45%</i>	4	
POTASSIUM CHLORIDE-D5-0.2% NACL, SOLUCIÓN PARENTERAL INTRAVENOSA, 20 MEQ/L	4	
<i>cloruro de potasio-d5-nacl al 0.2%, solución parenteral intravenosa, 30 meq/l, 40 meq/l</i>	4	
POTASSIUM CHLORIDE-D5-0.9% NACL	4	
<i>solución de lactato sódico compuesta intravenosa</i>	4	
<i>bicarbonato de sodio, jeringa intravenosa, 10 meq/10 ml (8.4%), 7.5% (0.9 meq/ml), 8.4% (1 meq/ml)</i>	4	
<i>cloruro de sodio al 0.45%, solución parenteral intravenosa</i>	4	
<i>cloruro de sodio al 3%</i>	4	
<i>cloruro de sodio al 5%</i>	4	
<i>cloruro de sodio intravenoso</i>	4	

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

Cursiva minúscula = Medicamento genérico

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

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
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
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 19.

Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
A		<i>acetilcisteína</i>	65	AFINITOR DISPERZ, COMPRIMIDOS ORALES PARA SUSPENSIÓN, 2 MG	27
<i>abacavir, comprimidos orales</i>	20	<i>aciclovir, cápsulas orales</i>	20	AFINITOR DISPERZ, COMPRIMIDOS ORALES PARA SUSPENSIÓN, 3 MG, 5 MG	27
<i>abacavir-lamivudina</i>	20	<i>aciclovir, comprimidos orales</i>	20	<i>afirmelle</i>	60
<i>abacavir-lamivudina-zidovudina</i>	20	<i>aciclovir, pomada tópica</i>	49	<i>agua para irrigación, estéril</i>	51
<i>abacavir, solución oral</i>	20	<i>aciclovir sódico, solución intravenosa</i>	20	AGUJAS, INSULINA DES., DE SEGURIDAD	54
ABELCET	20	<i>aciclovir, suspensión oral, 200 mg/5 ml</i>	20	AIMOVIG, AUTOINYECTOR	36
ABILIFY MAINTENA	39	<i>ácido acético ótico (oído)</i>	51	<i>ak-poly-bac</i>	63
<i>abiraterona, comprimidos orales, 250 mg</i>	27	<i>ácido aminocaproico oral</i>	45	<i>ala-cort, crema tópica, 1%</i>	49
<i>abiraterona, comprimidos orales, 500 mg</i>	27	<i>ácido fenofibríco (colina)</i>	46	<i>albendazol</i>	23
ABRAXANE	27	<i>ácido tranexámico oral</i>	60	<i>alclometasona, crema tópica</i>	49
<i>acamprosato</i>	50	<i>ácido valproico</i>	35	<i>alclometasona, pomada tópica</i>	49
<i>acarbosea, comprimidos orales, 25 mg</i>	52	<i>ácido valproico (como sal sódica)</i>	35	ALDURAZYME	55
<i>acarbosea, comprimidos orales, 50 mg</i>	52	<i>ácido zoledrónico-manitol-agua, infusión secundaria intravenosa, 4 mg/100 ml</i>	56	ALECENSA	27
<i>acarbosea, comprimidos orales, 100 mg</i>	52	<i>ácido zoledrónico-manitol-agua, infusión secundaria intravenosa, 5 mg/100 ml</i>	51	<i>alendronato, comprimidos orales, 10 mg, 5 mg</i>	59
<i>acebutolol</i>	43	<i>ácido zoledrónico, solución intravenosa</i>	56	<i>alendronato, comprimidos orales, 35 mg, 70 mg</i>	59
<i>acetaminofeno-codeína, comprimidos orales, 300-15 mg, 300-30 mg</i>	37	<i>acitretina</i>	47	<i>alfuzosina</i>	66
<i>acetaminofeno-codeína, comprimidos orales, 300-60 mg</i>	37	ACTHIB (PF)	58	ALIMTA	27
<i>acetaminofeno-codeína, solución oral, 120 mg-12 mg/5 ml (5 ml), 120-12 mg/5 ml, 300 mg-30 mg/12.5 ml</i>	37	ACTIMMUNE	58	ALIQOPA	27
<i>acetato de calcio (aglutinante de fosfato)</i>	67	ADACEL (TDAP ADOLESC./ADULTOS) (PF)	58	<i>aliskireno</i>	43
<i>acetato de metilprednisolona</i>	52	ADASUVE	39	<i>alopurinol</i>	59
<i>acetato de noretisterona</i>	60	ADCETRIS	27	ALORA	60
<i>acetato de octreotida, solución inyectable, 1,000 mcg/ml, 100 mcg/ml, 200 mcg/ml, 500 mcg/ml</i>	31	<i>adefovir</i>	20	<i>aloserón</i>	56
<i>acetato de octreotida, solución inyectable, 50 mcg/ml</i>	31	ADEMPAS	65	ALPHAGAN P, GOTAS OFTÁLMICAS (OJOS), 0.1%	64
<i>acetato de prednisolona</i>	64	<i>adriamicina, sol. para reconst. intravenosa, 10 mg</i>	27	<i>alprazolam, comprimidos de desintegración oral, 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg</i>	39
<i>acetazolamida</i>	64	<i>adriamicina, solución intravenosa</i>	27	<i>alprazolam, comprimidos de desintegración oral, 2 mg</i>	39
<i>acetazolamida sódica</i>	64	<i>adrucil, solución intravenosa, 2.5 gramos/50 ml</i>	27	<i>alprazolam, comprimidos orales, 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg</i>	39
		ADVAIR DISKUS	65	<i>alprazolam, comprimidos orales, 2 mg</i>	39
		ADVAIR HFA	65	<i>altavera (28)</i>	60
		AFINITOR, COMPRIMIDOS ORALES, 10 MG	27	ALUNBRIG, COMPRIMIDOS ORALES, 30 MG	27

Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
ALUNBRIG, COMPRIMIDOS ORALES, 180 MG, 90 MG	27	<i>amoxicilina, suspensión oral para reconstitución</i>	25	<i>atomoxetina, cápsulas orales, 100 mg, 60 mg, 80 mg</i>	39
ALUNBRIG, COMPRIMIDOS ORALES, PAQUETE DOSIFICADO ..	27	<i>ampicilina, cápsulas orales, 500 mg</i>	25	<i>atorvastatina</i>	46
<i>alyacen 1/35 (28)</i>	61	<i>ampicilina sódica</i>	25	<i>atovacuna</i>	24
<i>alyacen 7/7/7 (28)</i>	61	<i>ampicilina-sulbactam</i>	25	<i>atovacuna-proguanil</i>	24
ALYQ	65	<i>anagrelida</i>	50	ATRIPLA	20
AMBISOME	20	<i>anastrozol</i>	27	<i>atropina, gotas oftálmicas (ojos)</i> ...	63
AMBRISENTAN	65	<i>anfotericina b</i>	20	ATROVENT HFA	65
<i>amethia</i>	61	ANORO ELLIPTA	65	<i>aubra</i>	61
<i>amethyst (28)</i>	61	APOKYN	36	<i>aubra eq</i>	61
<i>amikacina, solución inyectable, 1,000 mg/4 ml, 500 mg/2 ml</i>	24	<i>apraclonidina</i>	64	<i>aurovela 1.5/30 (21)</i>	61
<i>amilorida</i>	43	<i>aprepitant</i>	56	<i>aurovela 1/20 (21)</i>	61
<i>amilorida-hidroclorotiazida</i>	43	<i>apri</i>	61	<i>aurovela 24 fe</i>	61
AMINOSYN II 15%	68	APTOM, COMPRIMIDOS ORALES, 200 MG	34	<i>aurovela fe 1.5/30 (28)</i>	61
AMINOSYN-PF 7% (SIN SULFITOS)	68	APTOM, COMPRIMIDOS ORALES, 400 MG	34	<i>aurovela fe 1-20 (28)</i>	61
<i>amiodarona, comprimidos orales, 100 mg, 200 mg</i>	43	APTOM, COMPRIMIDOS ORALES, 600 MG, 800 MG	34	AURYXIA	50
<i>amiodarona, comprimidos orales, 400 mg</i>	43	APTIVUS	20	AUSTEDO, COMPRIMIDOS ORALES, 6 MG	36
<i>amiodarona, solución intravenosa</i> ..	43	<i>aranella (28)</i>	61	AUSTEDO, COMPRIMIDOS ORALES, 12 MG, 9 MG	36
<i>amitriptilina</i>	39	ARCALYST	58	<i>aviane</i>	61
<i>amlodipina</i>	43	ARIKAYCE	24	<i>avita</i>	48
<i>amlodipina-benazepril</i>	43	<i>aripiprazol, comprimidos de desintegración oral</i>	39	<i>ayuna</i>	61
<i>amlodipina-valsartán</i>	43	<i>aripiprazol, comprimidos orales</i>	39	AYVAKIT	27
<i>amlodipina-valsartán-HCTZ</i>	43	<i>aripiprazol, solución oral</i>	39	<i>azacitidina</i>	27
<i>amoxapina</i>	39	ARNUIITY ELLIPTA	65	<i>azalastina oftálmica (ojos)</i>	63
<i>amoxicilina, cápsulas orales</i>	25	ARRANON	27	AZASITE	63
<i>amoxicilina-clavulanato de pot., comprimidos orales</i>	25	ARZERRA	27	<i>azatioprina, comprimidos orales, 50 mg</i>	27
<i>amoxicilina-clavulanato de pot., comprimidos orales, liberación prolongada, 12 horas</i>	25	<i>ashlyna</i>	61	<i>azatioprina sódica</i>	27
<i>amoxicilina-clavulanato de pot., comprimidos orales masticables</i>	25	<i>aspirina-dipiridamol</i>	45	<i>azelastina nasal</i>	51
<i>amoxicilina-clavulanato de pot., suspensión oral para reconstitución</i> ..	25	<i>atazanavir, cápsulas orales, 150 mg, 300 mg</i>	20	<i>azitromicina, comprimidos orales</i> ...	23
<i>amoxicilina, comprimidos orales</i>	25	<i>atazanavir, cápsulas orales, 200 mg</i>	20	<i>azitromicina intravenosa</i>	23
<i>amoxicilina, comprimidos orales masticables, 125 mg, 250 mg</i>	25	<i>atenolol</i>	43	<i>azitromicina, paquete oral</i>	23
		<i>atenolol-clortalidona</i>	43	<i>azitromicina, suspensión oral para reconstitución</i>	23
		ATGAM	58	AZOPT	64
		<i>atomoxetina, cápsulas orales, 10 mg, 18 mg, 25 mg, 40 mg</i>	39	<i>aztreonam</i>	24
				<i>azurette (28)</i>	61

Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
B		<i>bicarbonato de sodio, jeringa intravenosa, 10 meq/10 ml (8.4%), 7.5% (0.9 meq/ml), 8.4% (1 meq/ml)</i> . 67		<i>bromuro de piridostigmina, comprimidos orales, liberación prolongada</i> 37	
<i>bacitracina intramuscular</i> 24		BICILLIN L-A 26		<i>bromuro de piridostigmina, jarabe oral</i> 37	
<i>bacitracina oftálmica (ojos)</i> 63		BIDIL 43		BRUKINSA 27	
<i>bacitracina-polimixina b-oftálmica (ojos)</i> 63		BIKTARVY 20		<i>budesonida oral</i> 56	
<i>baclofeno oral</i> 37		BINOSTO 59		<i>budesonida, suspensión para inhalación para nebulización, 0.25 mg/2 ml, 0.5 mg/2 ml</i> 65	
<i>balsalazida</i> 56		<i>bisoprolol-hidroclorotiazida</i> 43		<i>budesonida, suspensión para inhalación para nebulización, 1 mg/2 ml</i> 65	
BALVERSA 27		BLENREP 27		<i>bumetanida, comprimidos orales, 0.5 mg, 1 mg</i> 43	
<i>balziva (28)</i> 61		<i>bleomicina</i> 27		<i>bumetanida, comprimidos orales, 2 mg</i> 43	
BANZEL 34		BLEPHAMIDE 63		<i>bumetanida inyectable</i> 43	
BAQSIMI 52		BLEPHAMIDE S.O.P. 63		<i>buprenorfina-naloxona, comprimidos sublinguales, 2-0.5 mg</i> 38	
BARACLUDE, SOLUCIÓN ORAL . . 20		BLINCYTO, KIT INTRAVENOSO . . 27		<i>buprenorfina-naloxona, comprimidos sublinguales, 8-2 mg</i> . . 38	
BAVENCIO 27		<i>blisovi 24 fe</i> 61		<i>buprenorfina-naloxona, película sublingual, 2-0.5 mg</i> 38	
BCG (PF), VACUNA CON VIRUS VIVOS 58		<i>blisovi fe 1.5/30 (28)</i> 61		<i>buprenorfina-naloxona, película sublingual, 4-1 mg, 8-2 mg</i> 38	
BD, AGUJA PARA LAPICERA 52		<i>blisovi fe 1/20 (28)</i> 61		<i>buprenorfina-naloxona, película sublingual, 12-3 mg</i> 38	
BELEODAQ 27		BOOSTRIX TDAP 58		<i>buspirona</i> 39	
<i>benazepril</i> 43		BORTEZOMIB 27		<i>busulfán</i> 27	
<i>benazepril-hidroclorotiazida</i> 43		BOSULIF, COMPRIMIDOS ORALES, 100 MG 27		<i>butirato de hidrocortisona, crema tópica</i> 50	
BENDEKA 27		BOSULIF, COMPRIMIDOS ORALES, 400 MG, 500 MG 27		<i>butirato de hidrocortisona-emoliente</i> . 50	
BENLYSTA 59		BOTOX 58		<i>butirato de hidrocortisona, pomada tópica</i> 50	
<i>benzatropina inyectable</i> 36		BRAFTOVI, CÁPSULAS ORALES, 75 MG 27		<i>butorfanol nasal</i> 38	
<i>benzatropina oral</i> 36		BREO ELLIPTA 65		BYDUREON BCISE 52	
BESIVANCE 63		<i>briellyn</i> 61		BYSTOLIC 43	
BESPONSA 27		BRILINTA 45			
<i>betametasona, crema tópica aumentada</i> 49		<i>brimonidina, gotas oftálmicas (ojos), 0.2%</i> 64		C	
<i>betametasona, gel tópico aumentado</i> 49		<i>brimonidina, gotas oftálmicas (ojos), 0.15%</i> 64		CABENUVA 20	
<i>betametasona, loción tópica aumentada</i> 49		BRINZOLAMIDA 64		<i>cabergolina</i> 55	
<i>betametasona, pomada tópica aumentada</i> 49		BRIVIACT, COMPRIMIDOS ORALES 34			
BETASERON, KIT PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA 58		BRIVIACT INTRAVENOSO 34			
<i>betaxolol oral</i> 43		BRIVIACT, SOLUCIÓN ORAL 34			
<i>bexaroteno</i> 27		<i>bromocriptina</i> 36			
BEXSERO 58		<i>bromuro de ipratropio nasal</i> 51			
<i>bicalutamida</i> 27		<i>bromuro de ipratropio para inhalar</i> . 65			
		<i>bromuro de piridostigmina, comprimidos orales, 60 mg</i> 37			

Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
CABOMETYX, COMPRIMIDOS ORALES, 20 MG, 60 MG	27	carbidopa-levodopa, comprimidos orales	36	cefepima inyectable	23
CABOMETYX, COMPRIMIDOS ORALES, 40 MG	28	carbidopa-levodopa, comprimidos orales, liberación prolongada	36	CEFEPIME EN DEXTROSA 5%	23
calcipotrieno, crema tópica	47	carbidopa-levodopa-entacapona	36	CEFEPIME, INTRAVENOSO	23
calcipotrieno, cuero cabelludo	47	carbonato de litio	41	cefixima	23
calcipotrieno, pomada tópica	47	carbonato de sevelámero, comprimidos orales	51	ceflaclor, comprimidos orales, liberación prolongada, 12 horas	22
calcitonina (salmón), nasal	55	carbonato de sevelámero, paquete de polvo oral	51	CEFOTETAN EN DEXTROSA, ISO-OSM	23
calcitriol oral	55	carboplatino, solución intravenosa	28	cefotetan inyectable	23
calcitriol, solución intravenosa, 1 mcg/ml	55	carmustina	28	cefoxitina	23
CALQUENCE	28	carteolol	63	cefoxitina en dextrosa, iso-osm.	23
camila	60	cartia xt	43	cefpodoxima	23
camrese	61	carvedilol	43	cefprozilo	23
camrese lo	61	casprofungina	20	ceftazidima	23
candesartán, comprimidos orales, 16 mg, 4 mg, 8 mg	43	CAYSTON	24	CEFTAZIDIME IN D5W	23
candesartán, comprimidos orales, 32 mg	43	caziant (28)	61	ceftriaxona en dextrosa, iso-osm.	23
candesartán-hidroclorotiazida	43	cefaclor, cápsulas orales	22	ceftriaxona intravenosa	23
CAPLYTA	39	cefaclor, suspensión oral para reconstitución, 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml, 375 mg/5 ml	22	ceftriaxona, sol. para reconst. inyect., 1 gramo, 10 gramos, 2 gramos, 250 mg, 500 mg	23
CAPRELSA, COMPRIMIDOS ORALES, 100 MG	28	cefadroxilo, cápsulas orales	22	CEFTRIAXONE, SOL. PARA RECONST. INYECT., 100 GRAMOS	23
CAPRELSA, COMPRIMIDOS ORALES, 300 MG	28	cefadroxilo, comprimidos orales	23	cefuroxima axetilo, comprimidos orales	23
caproato de hidroxiprogesterona	60	cefadroxilo, suspensión oral para reconstitución, 250 mg/5 ml, 500 mg/5 ml	23	cefuroxima sódica intravenosa	23
captopril	43	cefalexina, cápsulas orales, 250 mg, 500 mg	23	cefuroxima sódica, sol. para reconst. inyect., 750 mg	23
captopril-hidroclorotiazida	43	cefalexina, suspensión oral para reconstitución	23	celecoxib	38
CARBAGLU	50	cefazolina en dextrosa (iso-osm.), infusión secundaria intravenosa, 1 gramo/50 ml, 2 gramos/50 ml	23	CELONTIN, CÁPSULAS ORALES, 300 MG	34
carbamazepina, cápsulas orales, liberación prolongada, multifásica, 12 horas	34	cefazolina intravenosa	23	CEREZYME, SOL. PARA RECONST. INTRAVENOSA, 400 UNIDADES	55
carbamazepina, comprimidos orales	34	cefazolina, sol. para reconst. inyect., 1 g, 10 g, 100 g, 300 g, 500 mg	23	CHANTIX	51
carbamazepina, comprimidos orales, liberación prolongada, 12 horas	34	CEFAZOLIN EN DEXTROSA (ISO-OSM.), INFUSIÓN SECUNDARIA INTRAVENOSA, 2 GRAMOS/100 ML	23	CHANTIX, PAQUETE MENSUAL DE CONTINUACIÓN	51
carbamazepina, comprimidos orales masticables	34	cefdinir	23	CHANTIX, PAQUETE MENSUAL INICIAL	51
carbamazepina, suspensión oral, 100 mg/5 ml, 200 mg/10 ml	34	cefepima en dextrosa, iso-osm.	23	charlotte 24 fe	61
carbidopa	36			chateal (28)	61
carbidopa-levodopa, comprimidos de desintegración oral	36			chateal eq (28)	61
				CHEMET	50

Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
<i>chlorpromazine</i>	39	<i>citrato de potasio</i>	67	<i>clonazepam, comprimidos de desintegración oral, 0.125 mg, 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg</i>	34
CHORIONIC GONADOTROPIN, HUMANA INTRAMUSCULAR.....	55	<i>cladribina</i>	28	<i>clonazepam, comprimidos de desintegración oral, 2 mg</i>	34
<i>ciclobenzaprina, comprimidos orales, 10 mg, 5 mg</i>	37	<i>claravis</i>	48	<i>clonazepam, comprimidos orales, 0.5 mg, 1 mg</i>	34
<i>ciclodan, solución tópica</i>	49	<i>claritromicina</i>	23	<i>clonazepam, comprimidos orales, 2 mg</i>	34
<i>ciclofosfamida oral</i>	28	<i>clindamicina en dextrosa al 5%</i>	24	<i>clonidina</i>	43
<i>ciclofosfamida, sol. para reconst. intravenosa</i>	28	<i>clindamicina pediátrica</i>	24	<i>clopidogrel, comprimidos orales, 75 mg</i>	45
<i>ciclopirox, champú tópico</i>	49	CLINDAMYCIN EN CLORURO DE SODIO AL 0.9%.....	24	<i>clopidogrel, comprimidos orales, 300 mg</i>	45
<i>ciclopirox, crema tópica</i>	49	CLINDAMYCIN PHOSPHATE, GEL TÓPICO, UNA VEZ AL DÍA....	48	<i>clorazepato dipotásico, comprimidos orales, 3.75 mg</i>	40
<i>ciclopirox, solución tópica</i>	49	CLINIMIX, 4.25%/D5W, SIN SULFITOS.....	50	<i>clorazepato dipotásico, comprimidos orales, 7.5 mg</i>	40
<i>ciclosporina, cápsulas orales</i>	28	CLINIMIX 4.25%/D10W, SIN SULFITOS.....	68	<i>clorazepato dipotásico, comprimidos orales, 15 mg</i>	40
<i>ciclosporina intravenosa</i>	28	CLINIMIX 5%/D15W, SIN SULFITOS.....	68	<i>clorhidrato de amantadina</i>	20
<i>ciclosporina modificada</i>	28	CLINIMIX 5%-D20W (SIN SULFITOS).....	68	<i>clorhidrato de buprenorfina, inyectable</i>	37
<i>cilostazol</i>	45	CLINIMIX 6%-D5W (SIN SULFITOS).....	68	<i>clorhidrato de buprenorfina sublingual</i>	37
CILOXAN, POMADA OFTÁLMICA (OJOS).....	63	CLINIMIX 8%-D10W (SIN SULFITOS).....	68	<i>clorhidrato de bupropión (agente para dejar de fumar)</i>	51
CIMDUO.....	20	CLINIMIX 8%-D14W (SIN SULFITOS).....	68	<i>clorhidrato de bupropión, comprimidos orales, 75 mg</i>	39
<i>cinacalcet, comprimidos orales, 30 mg, 60 mg</i>	55	CLINIMIX E 4.25%/D10W, SIN SULFITOS.....	68	<i>clorhidrato de bupropión, comprimidos orales, 100 mg</i>	39
<i>cinacalcet, comprimidos orales, 90 mg</i>	55	CLINISOL SF 15%.....	68	<i>clorhidrato de bupropión, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas, 150 mg</i>	39
CINRYZE.....	65	<i>clobazam, comprimidos orales</i>	34	<i>clorhidrato de bupropión, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas, 300 mg</i>	39
<i>cipionato de testosterona, aceite intramuscular, 100 mg/ml, 200 mg/ml, 200 mg/ml (1 ml)</i>	56	<i>clobazam, suspensión oral</i>	34	<i>clorhidrato de bupropión, comprimidos orales, liberación sostenida, 12 horas</i>	39
CIPRODEX.....	51	<i>clobetasol, champú tópico</i>	49	<i>clorhidrato de ciprofloxacina, comprimidos orales, 100 mg</i>	26
<i>ciprofloxacina-dexametasona</i>	51	<i>clobetasol, crema tópica</i>	49	<i>clorhidrato de ciprofloxacina, comprimidos orales, 250 mg, 500 mg, 750 mg</i>	26
<i>ciprofloxacina en dextrosa al 5%</i>	26	<i>clobetasol, cuero cabelludo</i>	49		
CIPRO HC.....	51	<i>clobetasol-emoliente, crema tópica</i>	49		
CIPRO, RECONST. DE MICROCÁPSULAS PARA SUSPENSIÓN ORAL.....	26	<i>clobetasol, espuma tópica</i>	49		
<i>cisplatino, solución intravenosa</i>	28	<i>clobetasol, gel tópico</i>	49		
<i>citalopram, comprimidos orales</i>	40	<i>clobetasol, loción tópica</i>	49		
<i>citalopram, solución oral</i>	39	<i>clobetasol, pomada tópica</i>	49		
<i>citarabina</i>	28	<i>clobetasol, rociador tópico no aerosol</i>	49		
<i>citarabina (pf)</i>	28	CLODAN.....	49		
<i>citrato de fentanilo, pastilla bucal con aplicador</i>	37	<i>clofarabina</i>	28		
		<i>clomipramina</i>	40		

Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
clorhidrato de ciprofloxacina oftálmico (ojos).....	63	clorhidrato de lidocaína, solución inyectable	47	cloruro de betanecol	66
clorhidrato de clindamicina	24	clorhidrato de lidocaína, solución para membrana mucosa, 2%.....	48	cloruro de oxibutinina, comprimidos orales	66
clorhidrato de clonidina, comprimidos orales, 0.1 mg, 0.2 mg .	43	clorhidrato de lidocaína, solución para membrana mucosa, 4% (40 mg/ml)	48	cloruro de oxibutinina, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas	66
clorhidrato de clonidina, comprimidos orales, 0.3 mg	43	clorhidrato de melfalán	30	cloruro de oxibutinina, jarabe oral. .	66
clorhidrato de difenhidramina, solución inyectable, 50 mg/ml	64	clorhidrato de metilfenidato, comprimidos orales	41	cloruro de potasio, cápsulas orales, liberación prolongada	67
clorhidrato de diltiazem, cápsulas orales, liberación prolongada, 12 horas	44	clorhidrato de metilfenidato, comprimidos orales, liberación prolongada	41	cloruro de potasio, comprimidos orales, liberación prolongada	67
clorhidrato de diltiazem, cápsulas orales, liberación prolongada, 24 horas, 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg	44	clorhidrato de metilfenidato, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas, 18 mg, 18 mg (calificación bx), 27 mg, 27 mg (calificación bx), 36 mg, 36 mg (calificación bx), 54 mg, 54 mg (calificación bx)	41	cloruro de potasio, comprimidos orales, liberación prolongada, partículas/cristales	67
clorhidrato de diltiazem, cápsulas orales, liberación prolongada, 24 horas, 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg, 420 mg .	44	clorhidrato de metoclopramida, comprimidos orales	57	cloruro de potasio-d5-nacl al 0.2%, solución parenteral intravenosa, 30 meq/l, 40 meq/l	67
clorhidrato de diltiazem, cápsulas orales, liberación prolongada, 24 horas, degradable .	43	clorhidrato de metoclopramida, solución oral	57	cloruro de potasio en agua, infusión secundaria intravenosa . . .	67
clorhidrato de diltiazem, comprimidos orales	44	clorhidrato de ondansetrón, comprimidos orales	57	cloruro de potasio en d5-nacl al 0.45%, solución parenteral intravenosa, 30 meq/l	67
clorhidrato de diltiazem, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas	44	clorhidrato de ondansetrón intravenoso	57	cloruro de potasio en dext. al 5%, solución parenteral intravenosa, 20 meq/l, 30 meq/l, 40 meq/l	67
clorhidrato de diltiazem intravenoso. .	43	clorhidrato de ondansetrón (pf)	57	cloruro de potasio en lr-d5, solución parenteral intravenosa, 20 meq/l. . .	67
clorhidrato de flufenazina, comprimidos orales	41	clorhidrato de ondansetrón, solución oral	57	cloruro de potasio en nacl al 0.9%, solución parenteral intravenosa, 20 meq/l, 40 meq/l	67
clorhidrato de flufenazina, concentrado oral	41	clorhidrato de paroxetina, comprimidos orales	42	cloruro de potasio intravenoso	67
clorhidrato de flufenazina, elixir oral. .	41	clorhidrato de paroxetina, suspensión oral	42	cloruro de potasio, líquido oral.	67
clorhidrato de flufenazina inyectable .	41	clorhidrato de pilocarpina, gotas oftálmicas (ojos), 1%, 2%, 4%	64	cloruro de potasio-nacl al 0.45%. . . .	67
clorhidrato de granisetron oral	56	clorhidrato de pilocarpina oral	51	cloruro de potasio, paquete oral	67
clorhidrato de hidroxizina, comprimidos orales	65	clorhidrato de selegilina	36	cloruro de sodio al 0.9%, intravenoso	51
clorhidrato de imipramina	41	clorhidrato de terbinafina oral.	20	cloruro de sodio al 0.45%, solución parenteral intravenosa.	67
clorhidrato de lidocaína, gel para membrana mucosa	48	clorhidrato de ziprasidona	43	cloruro de sodio al 3%	67
clorhidrato de lidocaína, gel para membrana mucosa en aplicador. . . .	48	clorotiazida sódica	43	cloruro de sodio al 5%	67
clorhidrato de lidocaína, laringotraqueal	48	clortalidona, comprimidos orales, 25 mg, 50 mg	43	cloruro de sodio intravenoso	67
				cloruro de sodio para irrigación	51
				clotrimazol-betametasona, crema tópica	49

Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
<i>clotrimazol-betametasona, loción tópica</i>	49	<i>cromoglicato oftálmico (ojos)</i>	64	<i>dasetta 7/7/7 (28)</i>	61
<i>clotrimazol, crema tópica</i>	49	<i>cromoglicato oral</i>	56	<i>daunorrubicina, solución intravenosa</i>	28
<i>clotrimazol, membrana mucosa</i>	20	<i>cromoglicato para inhalar</i>	65	DAURISMO, COMPRIMIDOS ORALES, 25 MG.....	28
<i>clotrimazol, solución tópica</i>	49	<i>cryselle (28)</i>	61	DAURISMO, COMPRIMIDOS ORALES, 100 MG.....	28
<i>clozapina, comprimidos de desintegración oral</i>	40	<i>cyclafem 1/35 (28)</i>	61	<i>daysee</i>	61
<i>clozapina, comprimidos orales, 25 mg, 50 mg</i>	40	<i>cyclafem 7/7/7 (28)</i>	61	<i>deblitane</i>	60
<i>clozapina, comprimidos orales, 100 mg, 200 mg</i>	40	CYCLOPHOSPHAMIDE, SOLUCIÓN INTRAVENOSA.....	28	<i>decanoato de flufenazina</i>	40
COARTEM.....	24	CYCLOSERINE.....	24	<i>decanoato de haloperidol</i>	41
<i>colchicina, comprimidos orales</i>	59	CYCLOSET.....	52	<i>decitabina</i>	28
<i>colesevelam</i>	46	CYRAMZA.....	28	DEFERASIROX, COMPRIMIDOS ORALES DISPERSABLES.....	50
<i>colestipol, comprimidos orales</i>	46	<i>cyred</i>	61	DELSTRIGO.....	20
<i>colestipol, gránulos orales</i>	46	<i>cyred eq</i>	61	DEMSEER.....	43
<i>colestipol, paquete oral</i>	46	CYSTADANE.....	56	DENAVIR.....	49
<i>colestiramina (con azúcar)</i>	46	CYSTAGON.....	66	DEPEN TITRATABS.....	59
<i>colestiramina suave</i>	46	CYSTARAN.....	64	DEPO-MEDROL.....	52
<i>colistina (colistimetato sódico)</i>	24	D		DESCOVY.....	20
COMBIGAN.....	64	<i>dacarbazina</i>	28	<i>desipramina</i>	40
COMBIVENT RESPIMAT.....	65	<i>dactinomycin</i>	28	<i>desloratadina, comprimidos orales</i>	64
COMETRIQ, CÁPSULAS ORALES, 60 MG/DÍA (20 MG X 3/DÍA).....	28	<i>d al 2.5%-cloruro de sodio al 0.45%</i>	50	<i>desmopresina inyectable</i>	55
COMETRIQ, CÁPSULAS ORALES, 100 MG/DÍA (80 MG X 1-20 MG X 1).....	28	<i>d al 5%-cloruro de sodio al 0.45%</i>	50	<i>desmopresina oral</i>	55
COMETRIQ, CÁPSULAS ORALES, 140 MG/DÍA (80 MG X 1-20 MG X 3).....	28	<i>d al 5% y cloruro de sodio al 0.9%</i>	50	<i>desmopresina, rociador nasal con bomba</i>	55
COMPLERA.....	20	<i>d al 10%-cloruro de sodio al 0.45%</i>	50	<i>desmopresina, rociador nasal no aerosol, 10 mcg/aplicación (0.1 ml)</i>	55
<i>compro</i>	56	<i>dalfampridina</i>	36	<i>desog-e.estradiol/e.estradiol</i>	61
<i>constulosa</i>	56	DALIRESP.....	65	<i>desogestrel-etinilestradiol</i>	61
COPAXONE, JERINGA SUBCUTÁNEA, 20 MG/ML.....	36	<i>danazol</i>	55	DESONATE.....	49
COPAXONE, JERINGA SUBCUTÁNEA, 40 MG/ML.....	36	<i>dantroleno oral</i>	37	<i>desonida, loción tópica</i>	49
COPIKTRA.....	28	DANYELZA.....	28	<i>desonida, pomada tópica</i>	49
CORLANOR, COMPRIMIDOS ORALES.....	47	<i>dapsona oral</i>	24	<i>desoximetasona, crema tópica</i>	49
CORTIFOAM.....	56	DAPTACEL (DTAP PEDIÁTRICA) (PF).....	58	<i>desoximetasona, gel tópico</i>	49
COTELLIC.....	28	<i>daptomicina, sol. para reconst. intravenosa, 500 mg</i>	24	<i>desoximetasona, pomada tópica</i>	49
CREON.....	56	DAPTOMYCIN, SOL. PARA RECONST. INTRAVENOSA, 350 MG.....	24	<i>dexametasona, comprimidos orales, 0.5 mg, 0.75 mg, 4 mg</i>	52
CRESEMBA ORAL.....	20	DARZALEX.....	28	<i>dexametasona, comprimidos orales, 1 mg, 1.5 mg, 2 mg, 6 mg</i> ...	52
		DARZALEX FASPRO.....	28	<i>dexametasona, elixir oral</i>	52
		<i>dasetta 1/35 (28)</i>	61		

Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
dexametasona, intensol.....	52	DIACOMIT, CÁPSULAS ORALES, 500 MG.....	34	digoxina, solución oral.....	47
dexametasona, solución oral.....	52	DIACOMIT, PAQUETE DE POLVO ORAL, 250 MG.....	34	dihidroergotamina nasal.....	36
DEXILANT.....	57	DIACOMIT, PAQUETE DE POLVO ORAL, 500 MG.....	34	DILANTIN, 30 MG.....	34
dexmetilfenidato, comprimidos orales.....	40	diazepam, comprimidos orales.....	40	dilt-xr.....	44
dextroanfetamina-anfetamina, cápsulas orales, liberación prolongada, 24 horas.....	40	diazepam, concentrado oral.....	40	dimetilfumarato, cápsulas orales, liberación retardada (dr/ec), 120 mg.....	36
dextroanfetamina-anfetamina, comprimidos orales, 5 mg.....	40	diazepam, intensol.....	40	dimetilfumarato, cápsulas orales, liberación retardada (dr/ec), 120 mg (14), 240 mg (46).....	36
dextroanfetamina-anfetamina, comprimidos orales, 10 mg.....	40	diazepam inyectable.....	40	dimetilfumarato, cápsulas orales, liberación retardada (dr/ec), 240 mg.....	36
dextroanfetamina-anfetamina, comprimidos orales, 12.5 mg, 30 mg, 7.5 mg.....	40	DIAZEPAM RECTAL.....	34	dinitrato de isosorbida, comprimidos orales.....	47
dextroanfetamina-anfetamina, comprimidos orales, 15 mg.....	40	diazepam, solución oral, 5 mg/5 ml (1 mg/ml).....	40	dipiridamol oral.....	45
dextroanfetamina-anfetamina, comprimidos orales, 20 mg.....	40	diazoxida.....	52	dipropionato de betametasona.....	49
dextroanfetamina, cápsulas orales, liberación prolongada.....	40	diciclomina, cápsulas orales.....	56	disoproxilo de efavirenz-lamivudina-tenofovir, comprimidos orales, 400-300-300 mg.....	20
dextroanfetamina, comprimidos orales.....	40	diciclomina, comprimidos orales.....	56	disoproxilo de efavirenz-lamivudina-tenofovir, comprimidos orales, 600-300-300 mg.....	21
dextrosa al 5%-cloruro de sodio al 0.2%.....	50	diciclomina, solución oral.....	56	disulfiram.....	51
dextrosa al 5%-cloruro de sodio al 0.3%.....	50	diclofenaco potásico, comprimidos orales, 50 mg.....	38	divalproex, cápsulas orales con gránulos, lib. retardada.....	34
dextrosa al 5% en agua (d5w), infusión secundaria intravenosa.....	50	diclofenaco sódico, gel tópico al 1%.....	38	divalproex, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas.....	34
dextrosa al 5%-solución de lactato sódico compuesta.....	50	diclofenaco sódico oftálmico (ojos).....	64	divalproex, comprimidos orales, liberación retardada (dr/ec).....	34
dextrosa al 10% y nacl al 0.2%.....	50	diclofenaco sódico oral.....	38	docetaxel, solución intravenosa, 160 mg/16 ml (10 mg/ml), 160 mg/8 ml (20 mg/ml), 20 mg/2 ml (10 mg/ml), 20 mg/ml (1 ml), 80 mg/4 ml (20 mg/ml), 80 mg/8 ml (10 mg/ml).....	28
dextrosa al 25% en agua (d25w).....	50	dicloxacilina.....	26	dofetilida.....	43
dextrosa al 30% en agua (d30w).....	50	didanosina, cápsulas orales, liberación retardada (dr/ec), 250 mg, 400 mg.....	20	dolishale.....	61
dextrosa al 50% en agua (d50w).....	50	difenoxilato-atropina.....	56	donepezilo, comprimidos de desintegración oral, 5 mg.....	36
dextrosa al 70% en agua (d70w).....	51	DIFICID, COMPRIMIDOS ORALES.....	23	donepezilo, comprimidos de desintegración oral, 10 mg.....	36
DEXTROSE 5% IN WATER (D5W), SOLUCIÓN PARENTERAL INTRAVENOSA.....	50	DIFICID, SUSPENSIÓN ORAL PARA RECONSTITUCIÓN.....	23	donepezilo, comprimidos orales, 5 mg.....	36
DEXTROSE AL 10% EN AGUA (D10W).....	50	diflunisal.....	38	donepezilo, comprimidos orales, 10 mg.....	36
DIACOMIT, CÁPSULAS ORALES, 250 MG.....	34	digitek, comprimidos orales, 125 mcg (0.125 mg).....	47		
		digitek, comprimidos orales, 250 mcg (0.25 mg).....	47		
		digox, comprimidos orales, 125 mcg (0.125 mg).....	47		
		digox, comprimidos orales, 250 mcg (0.25 mg).....	47		
		digoxina, comprimidos orales, 125 mcg (0.125 mg).....	47		
		digoxina, comprimidos orales, 250 mcg (0.25 mg).....	47		

Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
<i>dorzolamida</i>	64	E		ENBREL, SOLUCIÓN SUBCUTÁNEA.....	59
<i>dorzolamida-timolol</i>	64	<i>ec-naproxeno</i>	38	ENBREL SURECLICK.....	59
<i>dotti</i>	60	<i>econazol</i>	49	<i>endocet</i>	37
DOVATO.....	20	EDARBI.....	44	ENGERIX-B (PF), JERINGA INTRAMUSCULAR.....	58
<i>doxazosina, comprimidos orales, 1 mg, 2 mg, 4 mg</i>	44	EDARBYCLOR.....	44	ENGERIX-B (PF), USO PEDIÁTRICO.....	58
<i>doxazosina, comprimidos orales, 8 mg</i>	44	<i>edisilato de proclorperazina</i>	57	ENHERTU.....	28
<i>doxepina, cápsulas orales</i>	40	EDURANT.....	20	<i>enoxaparina</i>	45
<i>doxepina, concentrado oral</i>	40	<i>efavirenz, cápsulas orales, 50 mg</i> ..	20	<i>enpresse</i>	61
<i>doxercalciferol</i>	55	<i>efavirenz, cápsulas orales, 200 mg</i> ..	20	<i>enskyce</i>	61
<i>doxiciclina-100</i>	26	<i>efavirenz, comprimidos orales</i>	20	<i>entacapon</i>	36
<i>doxorubicina, liposomal pegilada</i> ..	28	<i>efavirenz-emtricitabina-tenofovir</i> ..	20	<i>entecavir</i>	21
<i>doxorubicin</i>	28	ELAPRASE.....	55	ENTRESTO.....	47
DRIZALMA, CÁPSULAS ORALES CON GRÁNULOS, LIB. RETARDADA, 20 MG, 30 MG, 60 MG.....	40	<i>electrolitos-48 en d5w</i>	68	<i>enulosa</i>	56
DRIZALMA, CÁPSULAS ORALES CON GRÁNULOS, LIB. RETARDADA, 40 MG.....	40	<i>elinst</i>	61	EPCLUSA, COMPRIMIDOS ORALES.....	21
<i>dronabinol</i>	56	ELIQUIS.....	45	EPIDIOLEX.....	34
<i>drospirenona-e.estradiol-lm.fa</i>	61	ELIQUIS, TRATAMIENTO INICIAL PARA TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA/EMBOLIA PULMONAR, 30 DÍAS.....	45	<i>epinastina</i>	64
<i>drospirenona-etinilestradiol</i>	61	ELLENCÉ.....	28	<i>epinefrina, autoinyector para inyección</i>	64
DROXIA.....	28	ELMIRON.....	67	<i>epinefrina, solución inyectable, 1 mg/ml</i>	64
<i>droxidopa, cápsulas orales, 100 mg</i> ..	51	ELZONRIS.....	28	<i>epirrubina, solución intravenosa</i> ..	28
<i>droxidopa, cápsulas orales, 200 mg, 300 mg</i>	51	EMCYT.....	28	<i>epitol</i>	34
DUAVEE.....	60	EMEND, SUSPENSIÓN ORAL PARA RECONSTITUCIÓN.....	56	EPIVIR HBV, SOLUCIÓN ORAL....	21
<i>duloxetine, cápsulas orales, liberación retardada (dr/ec), 20 mg, 30 mg, 60 mg</i>	40	<i>emoquette</i>	61	ERBITUX.....	28
DUPIXENT, JERINGA SUBCUTÁNEA, 200 MG/1.14 ML...	47	EMPLICITI.....	28	<i>ergotamina-cafeína</i>	36
DUPIXENT, JERINGA SUBCUTÁNEA, 300 MG/2 ML.....	47	EMSAM.....	40	<i>eritrocina (como estearato), comprimidos orales, 250 mg</i>	23
DUPIXENT, LAPICERA PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA, 200 MG/1.14 ML.....	47	<i>emtricitabina</i>	21	<i>eritromicina con etanol, gel tópico</i> ..	48
DUPIXENT, LAPICERA PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA, 300 MG/2 ML.....	47	<i>emtricitabina-tenofovir (tdf)</i>	21	<i>eritromicina con etanol, solución tópica</i>	48
<i>dutasterida</i>	66	EMTRIVA, CÁPSULAS ORALES...	21	<i>eritromicina oftálmica (ojos)</i>	63
		EMTRIVA, SOLUCIÓN ORAL.....	21	<i>eritromicina oral</i>	23
		EMVERM.....	24	<i>eritromicina, paños</i>	48
		<i>enalapril-hidroclorotiazida</i>	44	<i>eritromicina-peróxido de benzoílo</i> ...	48
		<i>enantato de testosterona</i>	56	ERIVEDGE.....	28
		ENBREL, JERINGA SUBCUTÁNEA.....	59	ERLEADA.....	28
		ENBREL MINI.....	59	<i>erlotinib, comprimidos orales, 25 mg</i>	28
		ENBREL, SOL. PARA RECONST. SUBCUTÁNEA.....	59		

Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
<i>erlotinib</i> , comprimidos orales, 100 mg, 150 mg.....	28	<i>everolimus</i> (antineoplásico), comprimidos orales.....	29	<i>fenobarbital</i> sódico, solución inyectable	35
<i>errin</i>	60	<i>everolimus</i> (inmunodepresor), comprimidos orales, 0.5 mg	29	<i>fenofibrato</i> , cápsulas orales micronizadas, 134 mg, 200 mg, 67 mg	46
<i>ertapenem</i>	24	<i>everolimus</i> (inmunodepresor), comprimidos orales, 0.25 mg, 0.75 mg	29	<i>fenofibrato</i> , comprimidos orales, 160 mg, 54 mg	46
ERY-TAB, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN RETARDADA (DR/EC), 250 MG, 333 MG	23	EVOMELA	29	<i>fenofibrato</i> , comprimidos orales nanocristalizados, 145 mg, 48 mg ..	46
ERYTHROCIN, SOL. PARA RECONST. INTRAVENOSA, 500 MG	23	EVOTAZ	21	<i>fenoxibenzamina</i>	45
ESBRIET, CÁPSULAS ORALES ...	65	<i>exemestano</i>	29	<i>fentanilo</i> , parche transdérmico, 72 horas, 100 mcg/h, 12 mcg/h, 25 mcg/h, 50 mcg/h, 75 mcg/h	37
ESBRIET, COMPRIMIDOS ORALES, 267 MG	65	EXKIVITY	29	FETZIMA, CÁPSULAS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA, 24 HORAS	40
ESBRIET, COMPRIMIDOS ORALES, 801 MG	65	EYLEA	64	FETZIMA, CÁPSULAS ORALES, LIB. PROL., 24 HORAS, PAQUETE DOSIFICADO	40
<i>escopolamina</i> base	57	<i>ezetimiba</i>	46	<i>finasterida</i> , comprimidos orales, 5 mg	66
<i>esomeprazol</i> magnésico, cápsulas orales, liberación retardada (dr/ec) ..	57	<i>ezetimiba-simvastatina</i>	46	FINTEPLA	34
<i>espironolactona</i>	45	F		FIRMAGON, KIT CON JERINGA DILUYENTE	29
<i>espironolactona-hidroclorotiazida</i> ...	45	FABRAZYME	55	FIRVANQ, SOL. PARA RECONST. INTRAVENOSA, 25 MG/ML	24
<i>estarylla</i>	61	<i>falmina</i> (28)	61	FIRVANQ, SOL. PARA RECONST. INTRAVENOSA, 50 MG/ML	24
<i>estavudina</i> , cápsulas orales	22	<i>famciclovir</i>	21	<i>flac</i> , aceite ótico	51
<i>estradiol</i> , comprimidos vaginales ...	60	<i>famotidina</i> , comprimidos orales, 20 mg, 40 mg	57	<i>flecainida</i>	43
<i>estradiol</i> oral	60	<i>famotidina</i> , suspensión oral	57	FLOVENT DISKUS PARA INHALAR, BLÍSTER CON DISPOSITIVO, 100 MCG/ACTIVACIÓN, 50 MCG/ACTIVACIÓN	65
<i>estradiol</i> , parche transdérmico quincenal	60	FANAPT, COMPRIMIDOS ORALES ..	40	FLOVENT DISKUS PARA INHALAR, BLÍSTER CON DISPOSITIVO, 250 MCG/ACTIVACIÓN	65
<i>estradiol</i> , parche transdérmico semanal	60	FANAPT, COMPRIMIDOS ORALES, PAQUETE DOSIFICADO	40	FLOVENT, INHALADOR EN AEROSOL DE HFA, 44 MCG/ACTIVACIÓN	65
<i>estreptomicina</i>	25	FARYDAK	29	FLOVENT, INHALADOR EN AEROSOL DE HFA, 110 MCG/ACTIVACIÓN	65
<i>etacrinato</i> sódico	44	<i>febuxostat</i>	59		
<i>etambutol</i>	24	<i>felbamato</i>	34		
<i>etilsuccinato</i> de eritromicina, suspensión oral para reconstitución, 200 mg/5 ml	23	<i>felodipina</i>	44		
<i>etidolol</i> diac-etinilestradiol	61	<i>feminor</i>	61		
<i>etodolaco</i>	38	<i>fenelzina</i>	42		
ETOPOPHOS	28	<i>fenilbutirato</i> sódico	51		
<i>etopósido</i> intravenoso	28	<i>fenitoína</i> , comprimidos orales masticables	35		
<i>etosuximida</i>	34	<i>fenitoína</i> sódica, liberación prolongada	35		
<i>etravirina</i>	21	<i>fenitoína</i> sódica, solución intravenosa	35		
EUTHYROX	56	<i>fenitoína</i> , suspensión oral	35		
		<i>fenobarbital</i> , comprimidos orales ...	35		
		<i>fenobarbital</i> , elixir oral	35		

Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
FLOVENT, INHALADOR EN AEROSOL DE HFA, 220 MCG/ACTIVACIÓN.....	65	fluvoxamina, comprimidos orales, 100 mg	41	fumarato de formoterol	65
floxuridina.....	29	FOLOTYN	29	furosemida, comprimidos orales ...	44
flucitosina.....	20	fomepizol	58	furosemida inyectable.....	44
fluconazol, comprimidos orales	20	fondaparinux, jeringa subcutánea, 2.5 mg/0.5 ml	45	furosemida, solución oral, 10 mg/ml, 40 mg/5 ml (8 mg/ml) ...	44
fluconazol en nacl (iso-osm.)	20	fondaparinux, jeringa subcutánea, 10 mg/0.8 ml, 5 mg/0.4 ml, 7.5 mg/0.6 ml	45	FUZEON, SOL. PARA RECONST. SUBCUTÁNEA	21
fluconazol, suspensión oral para reconstitución	20	fosamprenavir.....	21	FYCOMPA, COMPRIMIDOS ORALES, 2 MG, 4 MG, 6 MG	34
fludarabina.....	29	fosfato de carvedilol	43	FYCOMPA, COMPRIMIDOS ORALES, 10 MG, 12 MG, 8 MG	34
fludrocortisona	52	fosfato de clindamicina, gel tópico ..	48	FYCOMPA, SUSPENSIÓN ORAL ..	34
flunisolida	65	fosfato de clindamicina inyectable ..	24		
fluocinolona	49	fosfato de clindamicina, loción tópica.....	48	G	
fluocinolona acetonida, aceite	51	fosfato de clindamicina, pañito tópico	48	gabapentina, cápsulas orales, 100 mg, 400 mg	34
fluocinonida, crema tópica, 0.05% ..	49	fosfato de clindamicina, solución intravenosa, 600 mg/4 ml	24	gabapentina, cápsulas orales, 300 mg	34
fluocinonida, gel tópico.....	49	fosfato de clindamicina, solución tópica	48	gabapentina, comprimidos orales, 600 mg	34
fluocinonida, pomada tópica.....	49	fosfato de clindamicina vaginal	60	gabapentina, comprimidos orales, 800 mg	34
fluocinonida, solución tópica.....	49	fosfato de cloroquina	24	gabapentina, solución oral	34
fluorometolona	64	fosfato sódico de dexametasona oftálmico (ojos).....	64	galantamina, cápsulas orales, píldoras de lib. prol., 24 horas	36
fluorouracilo, crema tópica, 5%	47	fosfato sódico de dexametasona (pf), solución inyectable.....	52	galantamina, comprimidos orales ...	36
fluorouracilo intravenoso	29	fosfato sódico de dexametasona, solución inyectable	52	galantamina, solución oral	36
fluorouracilo, solución tópica	47	fosfato sódico de prednisolona oftálmico (ojos).....	64	GAMUNEX-C	58
fluoruro (de sodio), comprimidos orales.....	68	fosfato sódico de prednisolona, solución oral, 15 mg/5 ml (3 mg/ml), 15 mg/5 ml (5 ml), 25 mg/5 ml (5 mg/ml), 5 mg base/5 ml (6.7 mg/5 ml)	52	GARDASIL 9 (PF)	58
fluoruro (de sodio), comprimidos orales masticables, 1 mg (2.2 mg de fluoruro de sodio).....	68	fosfenitoína	34	GASAS, 2 X 2	52
fluoxetina, cápsulas orales, 10 mg ..	40	fosinopril	44	GATTEX, VIAL DE 30.....	56
fluoxetina, cápsulas orales, 20 mg ..	40	fosinopril-hidroclorotiazida	44	GATTEX, VIAL DE UNO	56
fluoxetina, cápsulas orales, 40 mg ..	40	FOTIVDA	29	gavilyte-c	56
fluoxetina, solución oral	40	fulvestrant.....	29	gavilyte-n	56
flurbiprofeno, comprimidos orales, 100 mg	38	fumarato de bisoprolol	43	GAVRETO	29
flurbiprofeno sódico.....	64	fumarato de disoproxilo de tenofovir ..	22	GAZYVA.....	29
flutamida	29			gemcitabina, sol. para reconst. intravenosa	29
fluvastatina, cápsulas orales, 20 mg ..	46			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).....	29
fluvastatina, cápsulas orales, 40 mg ..	46				
fluvoxamina, comprimidos orales, 25 mg	41				
fluvoxamina, comprimidos orales, 50 mg	41				

Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
GEMCITABINE, SOLUCIÓN INTRAVENOSA, 100 MG/ML.....	29	<i>glipizida, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas, 10 mg.....</i>	52	HARVONI, PÍLDORAS DE ADMINISTRACIÓN ORAL EN PAQUETES, 45-200 MG.....	21
<i>gemfibrozil.....</i>	46	<i>glipizida-metformina, comprimidos orales, 2.5-250 mg....</i>	53	HAVRIX (PF), JERINGA INTRAMUSCULAR.....	58
<i>gemmily.....</i>	61	<i>glipizida-metformina, comprimidos orales, 2.5-500 mg, 5-500 mg.....</i>	53	<i>heather.....</i>	60
<i>generlac.....</i>	56	GLUCAGEN HYPOKIT.....	53	<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>	46
GENOTROPIN.....	58	GLUCAGON (HCL), KIT DE EMERGENCIAS.....	53	<i>heparina (porcina) en nacl al 0.45%, solución parenteral, intravenosa, 25,000 unidades/250 ml, 25,000 unidades/500 ml.....</i>	46
GENOTROPIN MINISQUICK.....	58	GLUCAGON, KIT DE EMERGENCIAS (HUMANO).....	53	<i>heparina (porcina) en nacl (pf).....</i>	46
<i>gentak, pomada oftálmica (ojos)....</i>	63	<i>gluconato de clorhexidina, membrana mucosa.....</i>	51	<i>heparina, porcina (pf), jeringa inyectable, 5,000 unidades/0.5 ml ..</i>	46
<i>gentamicina, crema tópica.....</i>	48	GLYCOPYRROLATE (PF) IN WATER, INYECTABLE.....	56	<i>heparina (porcina), solución inyectable.....</i>	46
<i>gentamicina en nacl (iso-osm.), infusión secundaria intravenosa, 100 mg/100 ml, 60 mg/50 ml, 80 mg/100 ml, 80 mg/50 ml.....</i>	24	<i>glydo.....</i>	47	HETLIOZ.....	41
<i>gentamicina, gotas oftálmicas (ojos) .</i>	63	GLYXAMBI.....	53	HIBERIX (PF).....	58
<i>gentamicina, pomada tópica.....</i>	48	<i>griseofulvina micronizada.....</i>	20	<i>hiclato de doxiciclina, cápsulas orales.....</i>	26
<i>gentamicina, solución inyectable, 40 mg/ml.....</i>	24	<i>griseofulvina ultramicronizada.....</i>	20	<i>hiclato de doxiciclina, comprimidos orales, 100 mg, 20 mg.....</i>	26
GENTAMICIN IN NAACL (ISO-OSM.), INFUSIÓN SECUNDARIA INTRAVENOSA, 100 MG/50 ML, 120 MG/100 ML....	24	GVOKE HYPOPEN, PAQUETE DE 1.....	53	<i>hiclato de doxiciclina intravenoso ...</i>	26
GENVOYA.....	21	GVOKE HYPOPEN, PAQUETE DE 2.....	53	<i>hidralazina inyectable.....</i>	44
GILOTRIF.....	29	GVOKE PFS, PAQUETE CON 1 JERINGA.....	53	<i>hidralazina oral.....</i>	44
<i>glicopirronio, comprimidos orales, 1 mg, 2 mg.....</i>	56	GVOKE PFS, PAQUETE CON 2 JERINGAS.....	53	<i>hidroclorotiazida.....</i>	44
<i>glicopirronio (pf) en agua, jeringa intravenosa, 0.4 mg/2 ml (0.2 mg/ml).....</i>	56	H		<i>hidrocodona-acetaminofeno, comprimidos orales, 10-325 mg, 5-325 mg, 7.5-325 mg.....</i>	37
<i>glimepirida, comprimidos orales, 1 mg.....</i>	52	<i>hailey.....</i>	61	<i>hidrocodona-acetaminofeno, solución oral, 7.5-325 mg/15 ml</i>	37
<i>glimepirida, comprimidos orales, 2 mg.....</i>	52	<i>hailey 24 fe.....</i>	61	<i>hidrocodona-ibuprofeno, comprimidos orales, 7.5-200 mg....</i>	37
<i>glimepirida, comprimidos orales, 4 mg.....</i>	52	<i>hailey fe 1.5/30 (28).....</i>	61	<i>hidrocortisona-ácido acético.....</i>	51
<i>glipizida, comprimidos orales, 5 mg.</i>	52	<i>hailey fe 1/20 (28).....</i>	61	<i>hidrocortisona, crema tópica, 1%, 2.5%.....</i>	50
<i>glipizida, comprimidos orales, 10 mg.....</i>	52	HALAVEN.....	29	<i>hidrocortisona, crema tópica con aplicador perineal.....</i>	56
<i>glipizida, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas, 2.5 mg.....</i>	53	<i>haloperidol.....</i>	41	<i>hidrocortisona, loción tópica, 2.5%..</i>	50
<i>glipizida, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas, 5 mg.....</i>	53	HARVONI, COMPRIMIDOS ORALES, 45-200 MG.....	21		
		HARVONI, COMPRIMIDOS ORALES, 90-400 MG.....	21		
		HARVONI, PÍLDORAS DE ADMINISTRACIÓN ORAL EN PAQUETES, 33.75-150 MG.....	21		

Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
<i>hidrocortisona oral</i>	52	HUMIRA (CF) PEN		<i>imatinib, comprimidos</i>	
<i>hidrocortisona, pomada</i>		PSOR-UV-ADOL HS.....	59	<i>orales, 100 mg</i>	29
<i>tópica, 1%, 2.5%</i>	50	HUMIRA, KIT DE JERINGA		<i>imatinib, comprimidos</i>	
<i>hidrocortisona rectal</i>	56	SUBCUTÁNEA, 40 MG/0.8 ML	59	<i>orales, 400 mg</i>	29
<i>hidromorfona, comprimidos orales</i> ..	37	HUMIRA PEN	59	IMBRUVICA, CÁPSULAS	
<i>hidromorfona, líquido oral</i>	37	HUMIRA PEN CROHNS-		ORALES, 70 MG	29
<i>hidroxicloroquina, comprimidos</i>		UC-HS, PAQUETE INICIAL	59	IMBRUVICA, CÁPSULAS	
<i>orales, 200 mg</i>	24	HUMIRA PEN PSOR-		ORALES, 140 MG	29
<i>hidroxiurea</i>	29	UVEITS-ADOL HS	59	IMBRUVICA,	
<i>hipurato de metenamina</i>	26	HUMULIN 70/30 U-100, INSULINA ..	53	COMPRIMIDOS ORALES	29
HIZENTRA.....	58	HUMULIN 70/30 U-100 KWIKPEN ..	53	IMFINZI.....	29
HUMALOG JUNIOR		HUMULIN N NPH,		<i>imipenem-cilastatina</i>	24
KWIKPEN U-100	53	INSULINA KWIKPEN	53	<i>imiquimod, crema tópica</i>	
HUMALOG KWIKPEN, INSULINA ..	53	HUMULIN N NPH		<i>en paquete 5%</i>	47
HUMALOG MIX 50-50,		U-100, INSULINA	53	IMOVAX (PF),	
INSULINA U-100	53	HUMULIN R REGULAR		VACUNA ANTIRRÁBICA.....	58
HUMALOG MIX 50-50 KWIKPEN ..	53	U-100, INSULINA	53	<i>incassia</i>	60
HUMALOG MIX 75-25 KWIKPEN ..	53	HUMULIN R U-500		INCRELEX.....	51
HUMALOG MIX 75-25		(CONC) INSULINA	53	INCRUSE ELLIPTA.....	65
(U-100), INSULINA	53	HUMULIN R U-500		<i>indapamida</i>	44
HUMALOG U-100, INSULINA	53	(CONC) KWIKPEN	53	INFANRIX (DTAP) (PF),	
HUMIRA (CF), KIT DE JERINGA		HYDROXYCHLOROQUINE,		JERINGA INTRAMUSCULAR	58
SUBCUTÁNEA, 10 MG/0.1 ML,		COMPRIMIDOS ORALES,		INFUGEM.....	29
20 MG/0.2 ML.....	60	100 MG, 300 MG, 400 MG	24	INFUMORPH P/F.....	37
HUMIRA (CF), KIT DE JERINGA				INLYTA, COMPRIMIDOS	
SUBCUTÁNEA, 40 MG/0.4 ML	60			ORALES, 1 MG	29
HUMIRA (CF) PEDI CROHNS,				INLYTA, COMPRIMIDOS	
PAQUETE INICIAL, KIT DE				ORALES, 5 MG	29
JERINGA SUBCUTÁNEA,				INQOVI.....	29
80 MG/0.8 ML.....	59			INREBIC.....	29
HUMIRA (CF) PEDI CROHNS,				INSULINA, AGUJA	
PAQUETE INICIAL, KIT DE				PARA LAPICERA.....	53
JERINGA SUBCUTÁNEA,				INTELENCE, COMPRIMIDOS	
80 MG/0.8 ML-40 MG/0.4 ML	59			ORALES, 25 MG	21
HUMIRA (CF) PEN				INTELENCE, COMPRIMIDOS	
CROHNS-UC-HS.....	59			ORALES, 100 MG, 200 MG	21
HUMIRA (CF) PEN, KIT DE				INTRALIPID, EMULSIÓN	
INYECTOR SUBCUTÁNEO,				INTRAVENOSA, 20%, 30%	68
40 MG/0.4 ML.....	60			INTRON A, SOL. PARA	
HUMIRA (CF) PEN, KIT DE				RECONST. INYECTABLE.....	58
LAPICERA PARA INYECCIÓN				INTRON A, SOLUCIÓN	
SUBCUTÁNEA, 80 MG/0.8 ML.....	60			INYECTABLE, 6 MILLONES	
HUMIRA(CF) PEN				DE UNIDADES/ML	58
PEDIATRIC UC	59				

Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
INTRON A, SOLUCIÓN INYECTABLE, 10 MILLONES DE UNIDADES/ML	58	J		K	
<i>introvale</i>	61	<i>jaimiess</i>	61	KABIVEN	68
INVEGA SUSTENNA	41	JAKAFI	29	KADCYLA	29
INVEGA TRINZA	41	<i>jantoven</i>	46	<i>kaitlib fe</i>	61
INVELTYS	64	JANUMET	53	KALETRA, COMPRIMIDOS ORALES, 100-25 MG	21
INVIRASE, COMPRIMIDOS ORALES	21	JANUMET XR, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA, MULTIFÁSICA, 24 HORAS, 50-1,000 MG, 50-500 MG	53	KALETRA, COMPRIMIDOS ORALES, 200-50 MG	21
INVOKAMET	53	JANUMET XR, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA, MULTIFÁSICA, 24 HORAS, 100-1,000 MG	53	<i>kalliga</i>	61
INVOKAMET XR	53	JANUVIA	53	KALYDECO, COMPRIMIDOS ORALES	66
INVOKANA	53	JARDIANCE	53	KALYDECO, PAQUETE DE GRÁNULOS ORALES	66
IPOL	58	<i>jasmiel (28)</i>	61	KANJINTI	29
<i>ipratropio-albuterol</i>	65	JEMPERLI	29	<i>kariva (28)</i>	61
<i>irbesartán</i>	44	<i>jencycla</i>	60	<i>kelnor 1/35 (28)</i>	61
<i>irbesartán-hidroclorotiazida</i>	44	JENTADUETO	53	<i>kelnor 1-50 (28)</i>	61
IRESSA	29	JENTADUETO XR, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN INMEDIATA-LIBERACIÓN PROLONGADA, BIFÁSICA, 24 HORAS, 2.5-1,000 MG	53	<i>ketoconazol, champú tópico</i>	49
<i>irinotecán</i>	29	JENTADUETO XR, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN INMEDIATA-LIBERACIÓN PROLONGADA, BIFÁSICA, 24 HORAS, 5-1,000 MG	54	<i>ketoconazol, crema tópica</i>	49
<i>irrigación de solución de lactato sódico compuesta</i>	50	JERINGA PARA INSULINA (DES.), U-100 0.3 ML, 1 ML, 1/2 ML	53	<i>ketoconazol oral</i>	20
<i>irrigación de solución de lactato sódico compuesta</i>	50	JEVTANA	29	<i>ketorolaco oftálmico (ojos)</i>	64
ISENTRESS, COMPRIMIDOS ORALES	21	<i>jolessa</i>	61	KEYTRUDA	29
ISENTRESS, COMPRIMIDOS ORALES MASTICABLES, 25 MG	21	<i>juleber</i>	61	KINRIX (PF), JERINGA INTRAMUSCULAR	58
ISENTRESS, COMPRIMIDOS ORALES MASTICABLES, 100 MG	21	JULUCA	21	KISQALI, COMPRIMIDOS ORALES, 200 MG/DÍA (200 MG X 1)	30
ISENTRESS, DE DOSIS ALTA	21	<i>junel 1.5/30 (21)</i>	61	KISQALI, COMPRIMIDOS ORALES, 400 MG/DÍA (200 MG X 2)	30
ISENTRESS, PAQUETE DE POLVO ORAL	21	<i>junel 1/20 (21)</i>	61	KISQALI, COMPRIMIDOS ORALES, 600 MG/DÍA (200 MG X 3)	30
<i>isibloom</i>	61	<i>junel 1.5/30 (28)</i>	61	KISQALI FEMARA CO-PACK, COMPRIMIDOS ORALES, 200 MG/DÍA (200 MG X 1), 2.5 MG	30
<i>isoniazida, comprimidos orales</i>	24	<i>junel fe 1/20 (28)</i>	61	KISQALI FEMARA CO-PACK, COMPRIMIDOS ORALES, 400 MG/DÍA (200 MG X 2), 2.5 MG	30
<i>isoniazida, solución oral</i>	24	<i>junel fe 24</i>	61	KISQALI FEMARA CO-PACK, COMPRIMIDOS ORALES, 600 MG/DÍA (200 MG X 3), 2.5 MG	30
<i>isotretinoína, cápsulas orales, 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg</i>	48			<i>klor-con</i>	67
<i>isradipina</i>	44			KLOR-CON 8	67
<i>itraconazol, cápsulas orales</i>	20			KLOR-CON 10	67
<i>itraconazol, solución oral</i>	20				
<i>ivermectina oral</i>	24				
IXEMPRA	29				
IXIARO (PF)	58				

Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
<i>klor-con m10</i>	67	<i>larin 1/20 (21)</i>	62	<i>levocarnitina, comprimidos orales</i> ..	51
<i>klor-con m15</i>	67	<i>larin 24 fe</i>	62	<i>levocarnitina (con azúcar)</i>	51
<i>klor-con m20</i>	67	<i>larin fe 1.5/30 (28)</i>	62	<i>levocarnitina, solución oral, 100 mg/ml</i>	51
KLOXXADO	39	<i>larin fe 1/20 (28)</i>	62	<i>levocetirizina, comprimidos orales</i> ..	65
KORLYM	55	<i>larissia</i>	62	<i>levocetirizina, solución oral</i>	65
K-PHOS ORIGINAL	67	<i>latanoprost</i>	64	<i>levofloxacina, comprimidos orales</i> ..	26
<i>kurvelo (28)</i>	61	LATUDA, COMPRIMIDOS ORALES, 80 MG	41	<i>levofloxacina en d5w</i>	26
KUVAN	55	LATUDA, COMPRIMIDOS ORALES, 120 MG, 20 MG, 40 MG, 60 MG	41	<i>levofloxacina intravenosa</i>	26
KYNMOBI, PELÍCULA SUBLINGUAL, 10 MG, 15 MG, 20 MG, 25 MG, 30 MG	36	<i>layolis fe</i>	62	<i>levofloxacina, solución oral</i>	26
KYPROLIS	30	<i>leena 28</i>	62	<i>levonest (28)</i>	62
L		<i>leflunomida</i>	60	<i>levonorgestrel-etinilestradiol</i>	62
<i>labetalol oral</i>	44	LENVIMA, CÁPSULAS ORALES, 10 MG/DÍA (10 MG X 1), 4 MG	30	<i>levonorg-etetinilestradiol trifásico</i> ..	62
<i>lactato de amonio</i>	47	LENVIMA, CÁPSULAS ORALES, 12 MG/DÍA (4 MG X 3), 18 MG/DÍA (10 MG X 1-4 MG X 2), 24 MG/DÍA (10 MG X 2-4 MG X 1)	30	<i>levora-28</i>	62
<i>lactato de haloperidol inyectable</i>	41	LENVIMA, CÁPSULAS ORALES, 14 MG/DÍA (10 MG X 1-4 MG X 1), 20 MG/DÍA (10 MG X 2), 8 MG/DÍA (4 MG X 2)	30	LEVO-T	56
<i>lactato de haloperidol oral</i>	41	<i>lessina</i>	62	<i>levotiroxina, comprimidos orales</i> ..	56
<i>lactulosa, solución oral</i>	56	<i>letrozol</i>	30	<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>	56
<i>lamivudina, comprimidos orales, 100 mg, 300 mg</i>	21	<i>leucovorina cálcica, comprimidos orales, 5 mg</i>	27	LEXIVA, SUSPENSIÓN ORAL	21
<i>lamivudina, comprimidos orales, 150 mg</i>	21	<i>leucovorina cálcica, comprimidos orales, 10 mg, 15 mg, 25 mg</i>	27	LIBTAYO	30
<i>lamivudina, solución oral</i>	21	<i>leucovorina cálcica, inyectable</i>	27	<i>lidocaína, parche adhesivo tópico, medicado, 5%</i>	48
<i>lamivudina-zidovudina</i>	21	LEUKERAN	30	<i>lidocaína (pf), jeringa intravenosa</i> ..	43
<i>lamotrigina, comprimidos de desintegración oral</i>	35	<i>leuprolida subcutánea, kit</i>	30	<i>lidocaína (pf), solución inyectable</i> ..	47
<i>lamotrigina, comprimidos orales</i>	34	LEVEMIR FLEXTOUCH U-100, INSULINA	54	<i>lidocaína, pomada tópica</i>	48
<i>lamotrigina, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas</i>	35	LEVEMIR U-100, INSULINA	54	<i>lidocaína-prilocaina, crema tópica</i> ..	48
<i>lamotrigina, comprimidos orales masticables dispersables</i>	35	<i>levetiracetam, comprimidos orales</i> ..	35	<i>lidocaína viscosa</i>	48
LANOXIN, COMPRIMIDOS ORALES, 62.5 MCG (0.0625 MG) ..	47	<i>levetiracetam, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas</i> ..	35	<i>lillow (28)</i>	62
<i>lansoprazol, cápsulas orales, liberación retardada (dr/ec)</i>	57	<i>levetiracetam en nacl (iso-osm.)</i>	35	<i>lincomicina</i>	24
LANTUS SOLOSTAR U-100, INSULINA	54	<i>levetiracetam intravenoso</i>	35	<i>lindano, champú tópico</i>	50
LANTUS U-100, INSULINA	54	<i>levetiracetam, solución oral</i>	35	<i>linezolida-cloruro de sodio al 0.9%</i> ..	24
<i>lapatinib</i>	30	<i>levobunolol, gotas oftálmicas (ojos), 0.5%</i>	63	<i>linezolida, comprimidos orales</i>	24
<i>larin 1.5/30 (21)</i>	62			<i>linezolida en dextrosa al 5%</i>	24
				<i>linezolida, suspensión oral para reconstitución</i>	24
				LINZESS	56
				<i>liotironina oral</i>	56
				<i>lisinopril</i>	44

Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
<i>lisinopril-hidroclorotiazida</i>	44	LUMIGAN, GOTAS		MAVYRET,	
LIVALO	46	OFTÁLMICAS (OJOS), 0.01%	64	COMPRIMIDOS ORALES	21
<i>l norgest/e.estradiol-e.estrad</i>	62	LUMIZYME	55	<i>meclizina, comprimidos</i>	
<i>lojaimiess</i>	62	LUMOXITI	30	<i>orales, 12.5 mg, 25 mg</i>	56
LONSURF, COMPRIMIDOS		LUPRON DEPOT	30	MEDROL, COMPRIMIDOS	
ORALES, 15-6.14 MG	30	LUPRON DEPOT (3 MESES)	30	ORALES, 2 MG	52
LONSURF, COMPRIMIDOS		LUPRON DEPOT (4 MESES)	30	<i>medroxyprogesterone</i>	60
ORALES, 20-8.19 MG	30	LUPRON DEPOT (6 MESES)	30	<i>mefloquina</i>	24
<i>loperamida, cápsulas orales</i>	56	LUPRON DEPOT-PED	30	<i>megestrol, comprimidos</i>	
<i>lopinavir-ritonavir, comprimidos</i>		LUPRON DEPOT-PED (3 MESES)	30	<i>orales, 20 mg</i>	30
<i>orales, 100-25 mg</i>	21	<i>luter (28)</i>	62	<i>megestrol, comprimidos</i>	
<i>lopinavir-ritonavir, comprimidos</i>		LYBALVI	41	<i>orales, 40 mg</i>	30
<i>orales, 200-50 mg</i>	21	LYNPARZA	30	<i>megestrol, suspensión oral,</i>	
<i>lopinavir-ritonavir, solución oral</i>	21	LYSODREN	30	<i>400 mg/10 ml (10 ml),</i>	
<i>lorazepam, comprimidos</i>		LYUMJEV KWIKPEN		<i>400 mg/10 ml (40 mg/ml)</i>	30
<i>orales, 0.5 mg, 1 mg</i>	41	U-100, INSULINA	54	MEKINIST, COMPRIMIDOS	
<i>lorazepam, comprimidos</i>		LYUMJEV KWIKPEN		ORALES, 0.5 MG	30
<i>orales, 2 mg</i>	41	U-200, INSULINA	54	MEKINIST, COMPRIMIDOS	
<i>lorazepam, concentrado oral</i>	41	LYUMJEV U-100, INSULINA	54	ORALES, 2 MG	30
<i>lorazepam, intensol</i>	41	<i>lyza</i>	60	MEKTOVI	30
<i>lorazepam, jeringa</i>		M		<i>meloxicam, comprimidos</i>	
<i>inyectable, 2 mg/ml</i>	41	MAGNESIUM SULFATE IN		<i>orales, 7.5 mg</i>	39
<i>lorazepam, solución inyectable</i>	41	D5W, INFUSIÓN SECUNDARIA		<i>meloxicam, comprimidos</i>	
LORBRENA, COMPRIMIDOS		INTRAVENOSA, 1 GRAMO/100 ML	67	<i>orales, 15 mg</i>	39
ORALES, 25 MG	30	<i>malatión</i>	50	<i>memantina, cápsulas orales</i>	
LORBRENA, COMPRIMIDOS		<i>maleato de asenapina</i>	39	<i>con gránulos, lib. prolongada,</i>	
ORALES, 100 MG	30	<i>maleato de enalapril,</i>		<i>24 horas</i>	37
<i>loryna (28)</i>	62	<i>comprimidos orales</i>	44	<i>memantina, comprimidos</i>	
<i>losartán</i>	44	<i>maleato de prochlorperazina oral</i>	57	<i>orales, 5 mg</i>	37
<i>losartán-hidroclorotiazida,</i>		<i>maleato de timolol,</i>		<i>memantina, comprimidos</i>	
<i>comprimidos orales, 50-12.5 mg</i>	44	<i>gotas oftálmicas (ojos)</i>	63	<i>orales, 10 mg</i>	37
<i>losartán-hidroclorotiazida,</i>		<i>maleato de timolol oral</i>	45	<i>memantina, comprimidos</i>	
<i>comprimidos orales,</i>		<i>maleato de timolol, solución</i>		<i>orales, paquete dosificado</i>	37
<i>100-12.5 mg, 100-25 mg</i>	44	<i>gelificante oftálmica (ojos)</i>	63	<i>memantina, solución oral</i>	37
LOTEMAX	64	<i>maprotilina</i>	41	MENACTRA (PF), SOLUCIÓN	
LOTEMAX SM	64	<i>marlissa (28)</i>	62	INTRAMUSCULAR	58
<i>lovastatina, comprimidos</i>		MARPLAN	41	MENQUADFI (PF)	58
<i>orales, 10 mg</i>	46	MARQIBO	30	MENVEO A-C-Y-W-135-DIP (PF)	58
<i>lovastatina, comprimidos</i>		MATULANE	30	<i>mercaptopurina</i>	30
<i>orales, 20 mg, 40 mg</i>	46	<i>matzim la</i>	44	<i>meropenem</i>	24
<i>low-ogestrel (28)</i>	62			MEROPENEM-0.9%	
<i>lo-zumandimine (28)</i>	62			SODIUM CHLORIDE	24
LUMAKRAS	30			<i>merzee</i>	62

Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
<i>mesalamina, cápsulas orales, liberación prolongada, 24 horas</i>	57	<i>metotrexato sódico oral</i>	30	<i>molindona</i>	41
<i>mesalamina, comprimidos orales, liberación retardada (dr/ec), 1.2 gramos</i>	57	<i>metotrexato sódico (pf)</i>	30	<i>mometasona tópica</i>	50
<i>mesalamina con pañuelo limpiador</i>	57	<i>metoxaleno</i>	48	MONJUVI	31
<i>mesalamina, enema rectal</i>	57	<i>metro intravenoso</i>	24	<i>monohidrato de doxiciclina, cápsulas orales, 100 mg, 50 mg</i>	26
<i>mesilato de ziprasidona</i>	43	<i>metronidazol, comprimidos orales</i>	25	<i>monohidrato de doxiciclina, comprimidos orales</i>	26
<i>mesna</i>	27	<i>metronidazol en nacl (iso-osm.)</i>	24	<i>monohidrato de doxiciclina, suspensión oral para reconstitución</i>	26
MESNEX ORAL	27	<i>metronidazol tópico</i>	48	<i>monohidrato de nitrofurantoína/ macrocrist.</i>	26
<i>metadona, comprimidos orales, 5 mg</i>	38	<i>metronidazol vaginal</i>	60	<i>mono-lynyah</i>	62
<i>metadona, comprimidos orales, 10 mg</i>	38	<i>mexiletina</i>	43	<i>mononitrato de isosorbida</i>	47
<i>metadona, concentrado oral</i>	38	<i>mibelas 24 fe</i>	62	<i>montelukast, comprimidos orales</i>	66
<i>metadona, intensol</i>	38	<i>micofenolato sódico</i>	31	<i>montelukast, comprimidos orales masticables</i>	66
<i>metadona, solución inyectable</i>	38	<i>microgestin 1.5/30 (21)</i>	62	<i>montelukast, paquete de gránulos orales</i>	66
<i>metadona, solución oral, 5 mg/5 ml</i>	38	<i>microgestin 1/20 (21)</i>	62	<i>morfina, comprimidos orales, liberación prolongada</i>	38
<i>metadona, solución oral, 10 mg/5 ml</i>	38	<i>microgestin fe 1.5/30 (28)</i>	62	<i>morfina, jeringa intravenosa, 2 mg/ml, 4 mg/ml</i>	38
<i>metaproterenol, jarabe oral</i>	66	<i>microgestin fe 1/20 (28)</i>	62	<i>morfina, jeringa inyectable, 4 mg/ml</i>	38
<i>metazolamida</i>	64	<i>midodrina</i>	51	<i>morfina (pf), solución inyectable, 0.5 mg/ml, 1 mg/ml</i>	38
<i>metformina, comprimidos orales, 1,000 mg</i>	54	<i>miglustato</i>	55	<i>morfina, solución inyectable, 8 mg/ml</i>	38
<i>metformina, comprimidos orales, 500 mg</i>	54	<i>mili</i>	62	<i>morfina, solución inyectable, 10 mg/ml</i>	38
<i>metformina, comprimidos orales, 850 mg</i>	54	MINITRAN	47	<i>morfina, solución oral</i>	38
<i>metformina, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas, 500 mg (genérico de glucophage xr)</i>	54	<i>minociclina, cápsulas orales</i>	26	<i>morfina, solución oral concentrada</i>	38
<i>metformina, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas, 750 mg (genérico de glucophage xr)</i>	54	<i>minoxidil oral</i>	44	MORPHINE, COMPRIMIDOS ORALES	38
<i>metformina, solución oral</i>	54	<i>mirtazapina, comprimidos de desintegración oral</i>	41	MORPHINE, JERINGA INTRAVENOSA, 10 MG/ML, 8 MG/ML	38
<i>metildopa</i>	44	<i>mirtazapina, comprimidos orales</i>	41	MORPHINE, JERINGA INYECTABLE, 2 MG/ML	38
<i>metilprednisolona</i>	52	<i>misoprostol</i>	57	MORPHINE, SOLUCIÓN INTRAVENOSA, 4 MG/ML, 8 MG/ML	38
<i>metimazol, comprimidos orales, 10 mg, 5 mg</i>	52	MITIGARE	59	MORPHINE, SOLUCIÓN INYECTABLE, 10 MG/ML, 2 MG/ML, 4 MG/ML, 5 MG/ML	38
<i>metirosina</i>	44	<i>mitomicina intravenosa</i>	30		
<i>metocarbamol oral</i>	37	<i>mitoxantrona</i>	30		
<i>metolazona</i>	44	M-M-R II (PF)	58		
<i>metotrexato sódico inyectable</i>	30	<i>modafinil, comprimidos orales, 100 mg</i>	41		
		<i>modafinil, comprimidos orales, 200 mg</i>	41		
		<i>moexipril</i>	44		
		<i>mofetil micofenolato, cápsulas orales</i>	31		
		<i>mofetil micofenolato (clorhidrato)</i>	31		
		<i>mofetil micofenolato, comprimidos orales</i>	31		
		<i>mofetil micofenolato, suspensión oral para reconstitución</i>	31		

Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
MOVANTIK	57	NATPARA.....	55	NINLARO	31
<i>moxifloxacin-cloruro de sodio (iso)</i>	26	NAYZILAM.....	35	NIPENT.....	31
<i>moxifloxacin oftálmica (ojos)</i>	63	<i>nebivolol</i>	44	<i>nisoldipina</i>	44
<i>moxifloxacin oral</i>	26	<i>necon 0.5/35 (28)</i>	62	<i>nistatina, comprimidos orales</i>	20
MOXIFLOXACIN-SOD.		<i>nefazodona</i>	41	<i>nistatina, crema tópica</i>	49
ACE, SUL-WATER	26	<i>neomicina</i>	25	<i>nistatina, polvo tópico</i>	49
MOZOBIL.....	58	<i>neomicina-bacitracina-polimixina</i> ..	63	<i>nistatina, pomada tópica</i>	49
<i>mupirocina</i>	48	<i>neomicina-bacitracina-polimixina-hc</i> .	64	<i>nistatina, suspensión oral</i>	20
<i>mupirocina cálcica</i>	48	<i>neomicina-polimixina b-</i>		<i>nistatina-triamcinolona</i>	49
MVASI	31	<i>dexametasona</i>	64	<i>nitazoxanida</i>	25
MYLOTARG.....	31	<i>neomicina-polimixina b gu</i>	50	<i>nitisinona</i>	51
MYRBETRIQ, COMPRIMIDOS		<i>neomicina-polimixina-gramicidina</i> ...	63	<i>nitrofurantoina</i>	26
ORALES, LIBERACIÓN		<i>neomicina-polimixina-hc</i>		<i>nitrofurantoina, macrocristales,</i>	
PROLONGADA, 24 HORAS	66	<i>oftálmica (ojos)</i>	64	<i>cápsulas orales, 25 mg</i>	26
N		<i>neomicina-polimixina-</i>		<i>nitrofurantoina, macrocristales,</i>	
<i>nabumetona</i>	39	<i>hidrocortisona ótica (oído)</i>	52	<i>cápsulas orales, 100 mg, 50 mg</i>	26
<i>nadolol</i>	44	<i>neo-polycin</i>	63	<i>nitroglicerina intravenosa</i>	47
<i>nadolol-bendroflumetiazida,</i>		<i>neo-polycin hc</i>	64	<i>nitroglicerina, parche</i>	
<i>comprimidos orales, 80-5 mg</i>	44	NERLYNX	31	<i>transdérmico, 24 horas</i>	47
<i>nafcilina</i>	26	NEUPRO	36	<i>nitroglicerina sublingual</i>	47
<i>nafcilina en dextrosa, iso-osm.</i>	26	<i>nevirapina, comprimidos orales</i>	21	<i>nitroglicerina, translingual</i>	47
NAGLAZYME	55	<i>nevirapina, comprimidos</i>		NIVESTYM	58
<i>naloxona, jeringa</i>		<i>orales, liberación prolongada,</i>		<i>nora-be</i>	60
<i>inyectable, 1 mg/ml</i>	39	<i>24 horas, 100 mg</i>	21	<i>noret.-etinilestradiol/hierro</i>	62
<i>naloxona, solución inyectable</i>	39	<i>nevirapina, comprimidos</i>		<i>noretisterona ac-etinilestradiol,</i>	
<i>naltrexona</i>	39	<i>orales, liberación prolongada,</i>		<i>comprimidos orales,</i>	
NAMZARIC	37	<i>24 horas, 400 mg</i>	21	<i>1-20 mg-mcg, 1.5-30 mg-mcg</i>	62
<i>naproxeno, comprimidos orales</i>	39	<i>nevirapina, suspensión oral</i>	21	<i>noretisterona (anticonceptivo)</i>	60
<i>naproxeno, comprimidos orales,</i>		NEXAVAR.....	31	<i>noretisterona-etinilestradiol-hierro,</i>	
<i>liberación retardada (dr/ec)</i>	39	<i>niacina, comprimidos orales,</i>		<i>cápsulas orales</i>	62
<i>naproxeno sódico, comprimidos</i>		<i>liberación prolongada, 24 horas</i>	46	<i>noretisterona-etinilestradiol-hierro,</i>	
<i>orales, 275 mg, 550 mg</i>	39	<i>nicardipina oral</i>	44	<i>comprimidos orales, 1 mg-20 mcg</i>	
<i>naproxeno, suspensión oral</i>	39	<i>nicardipina, solución intravenosa</i> ..	44	<i>(21)/75 mg (7), 1.5 mg-30 mcg</i>	
<i>naratriptán</i>	36	NICOTROL	51	<i>(21)/75 mg (7)</i>	62
NARCAN	39	NICOTROL NS.....	51	<i>noretisterona-etinilestradiol-hierro,</i>	
NATACYN.....	63	<i>nifedipina, comprimidos orales,</i>		<i>comprimidos orales masticables</i>	62
<i>nateglinida, comprimidos</i>		<i>liberación prolongada</i>	44	<i>norgestimato-etinilestradiol</i>	62
<i>orales, 60 mg</i>	54	<i>nifedipina, comprimidos orales,</i>		NORTHERA, CÁPSULAS	
<i>nateglinida, comprimidos</i>		<i>liberación prolongada, 24 horas</i>	44	ORALES, 100 MG	51
<i>orales, 120 mg</i>	54	<i>nikki (28)</i>	62	NORTHERA, CÁPSULAS	
		<i>nilutamida</i>	31	ORALES, 200 MG, 300 MG	51
		<i>nimodipina</i>	44	<i>nortrel 0.5/35 (28)</i>	62

Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
<i>nortrel 1/35 (21)</i>	62	<i>olopatadina oftálmica (ojos)</i>	64	OXERVATE	64
<i>nortrel 1/35 (28)</i>	62	<i>omeprazol, cápsulas orales, liberación retardada (dr/ec)</i>	57	<i>oxicodona-acetaminofeno, comprimidos orales, 10-325 mg, 2.5-325 mg, 5-325 mg, 7.5-325 mg</i>	38
<i>nortrel 7/7/7 (28)</i>	62	OMNIPOD DASH, PAQUETE DE 5	54	<i>oxicodona, comprimidos orales, 5 mg</i>	38
<i>nortriptilina</i>	41	OMNIPOD, PAQUETE DE 5	54	<i>oxicodona, comprimidos orales, 10 mg, 15 mg, 20 mg, 30 mg</i>	38
NORVIR, PAQUETE DE POLVO ORAL	21	OMNIPOD, PAQUETE INICIAL	54	<i>oxicodona, concentrado oral</i>	38
NORVIR, SOLUCIÓN ORAL	21	ONCASPAS	31	<i>oxicodona, solución oral</i>	38
NOVOFINE, AGUJA PARA LAPICERA	54	<i>ondansetrón</i>	57	<i>oximorfona, comprimidos orales, liberación prolongada, 12 horas</i>	38
NOVOTWIST, AGUJA PARA LAPICERA	54	ONIVYDE	31	OZEMPIC, LAPICERA PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA, 0.25 MG O 0.5 MG (2 MG/1.5 ML)	54
NUBEQA	31	ONUREG	31	OZEMPIC, LAPICERA PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA, 1 MG/DOSIS (4 MG/3 ML)	54
NUDEXTA	37	OPDIVO	31		
NULOJIX	31	OPSUMIT	66	P	
NUPLAZID, CÁPSULAS ORALES	41	<i>oralone</i>	51	<i>pacerona, comprimidos orales, 100 mg, 200 mg, 400 mg</i>	43
NUPLAZID, COMPRIMIDOS ORALES, 10 MG	41	ORENCIA CLICKJECT	60	<i>paclitaxel</i>	31
NUZYRA INTRAVENOSO	26	ORENCIA, JERINGA SUBCUTÁNEA, 50 MG/0.4 ML	60	PADCEV	31
NUZYRA ORAL	26	ORENCIA, JERINGA SUBCUTÁNEA, 87.5 MG/0.7 ML	60	<i>paliperidona, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas, 1.5 mg, 3 mg, 9 mg</i>	41
<i>nyamyc</i>	49	ORENCIA, JERINGA SUBCUTÁNEA, 125 MG/ML	60	<i>paliperidona, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas, 6 mg</i>	42
<i>nylia 7/7/7 (28)</i>	62	ORGOVYX	31	<i>pamidronato, solución intravenosa</i>	55
<i>nymyo</i>	62	ORKAMBI, COMPRIMIDOS ORALES	66	PAÑOS CON ALCOHOL	52
<i>nystop</i>	49	ORKAMBI, PAQUETE DE GRÁNULOS ORALES	66	PANRETIN	48
O		<i>orsythia</i>	62	<i>pantoprazol, comprimidos orales, liberación retardada (dr/ec), 20 mg</i>	58
OALIVA	57	<i>oseltamivir, cápsulas orales</i>	21	<i>pantoprazol, comprimidos orales, liberación retardada (dr/ec), 40 mg</i>	58
<i>ocella</i>	62	<i>oseltamivir, suspensión oral para reconstitución</i>	22	PA; QL (150/30); NDS	36
OCREVUS	37	<i>oxacilina inyectable</i>	26	<i>paricalcitol oral</i>	55
ODEFSEY	21	<i>oxalato de escitalopram, comprimidos orales</i>	40	<i>paroex, enjuague bucal</i>	51
ODOMZO	31	<i>oxalato de escitalopram, solución oral</i>	40	<i>paromomicina</i>	25
OFEV	66	<i>oxaliplatino</i>	31	PASER	25
<i>ofloxacin oftálmica (ojos)</i>	63	<i>oxandrolona, comprimidos orales, 2.5 mg</i>	55	PAXIL, SUSPENSIÓN ORAL	42
OGIVRI	31	<i>oxandrolona, comprimidos orales, 10 mg</i>	55		
<i>olanzapina, comprimidos de desintegración oral</i>	41	<i>oxaprozina</i>	39		
<i>olanzapina, comprimidos orales</i>	41	<i>oxazepam</i>	41		
<i>olanzapina-fluoxetina</i>	41	<i>oxcarbazepina</i>	35		
<i>olanzapina intramuscular</i>	41				
<i>olmesartán</i>	44				
<i>olmesartán-hidroclorotiazida</i>	44				

Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
PEDIARIX (PF).....	58	<i>piperacilina-tazobactam,</i> <i>sol. para reconst. intravenosa,</i> <i>2.25 gramos, 3.375 gramos,</i> <i>4.5 gramos, 40.5 gramos.....</i>	26	<i>prednisona, intensol</i>	52
PEDVAX HIB (PF).....	58	PIPERACILLIN-TAZOBACTAM, SOL. PARA RECONST. INTRAVENOSA, 13.5 GRAMOS....	26	<i>prednisona, solución oral.....</i>	52
<i>peg 3350-electrolitos,</i> <i>sol. para reconst. oral,</i> <i>236-22.74-6.74-5.86 gramos</i>	57	PIQRAY.....	31	<i>pregabalina, cápsulas orales,</i> <i>100 mg, 150 mg, 200 mg,</i> <i>25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	35
<i>peg-electrolitos</i>	57	<i>pirazinamida</i>	25	<i>pregabalina, cápsulas orales,</i> <i>225 mg, 300 mg</i>	35
PEMAZYRE.....	31	<i>pirimetamina</i>	25	<i>pregabalina, solución oral</i>	35
<i>penicilamina</i>	60	<i>pirmella</i>	62	PREMARIN INYECTABLE	60
<i>penicilina g potásica</i>	26	PLENAMINE	68	PREMARIN ORAL.....	60
<i>penicilina v potásica</i>	26	PLENVU	57	PREMARIN VAGINAL	60
PENTACEL (PF), KIT INTRAMUSCULAR, 15 LF- 48 MCG-62 DU-10 MCG/0.5 ML....	59	<i>podofilox</i>	48	PREMASOL 10%.....	68
PENTAM.....	25	<i>polimixina b sulfato</i> <i>de trimetoprima.....</i>	63	PREMPRO, COMPRIMIDOS ORALES, 0.45-1.5 MG, 0.625-2.5 MG, 0.625-5 MG.....	60
<i>pentamidina inyectable</i>	25	POLIVY.....	31	<i>prevalite</i>	46
<i>pentamidina para inhalar.....</i>	25	<i>polycin</i>	63	<i>previfem</i>	62
PENTASA.....	57	POMALYST.....	31	PREVYMIS, ORAL	22
<i>pentoxifilina</i>	46	<i>portia 28</i>	62	PREZCOBIX	22
<i>perfenazina</i>	42	PORTRAZZA	31	PREZISTA, COMPRIMIDOS ORALES, 75 MG	22
<i>perfenazina-amitriptilina.....</i>	42	<i>posaconazol, comprimidos orales,</i> <i>liberación retardada (dr/ec).....</i>	20	PREZISTA, COMPRIMIDOS ORALES, 150 MG	22
PERFOROMIST.....	66	POTASSIUM CHLORID-D5-0.45% NACL, SOLUCIÓN PARENTERAL INTRAVENOSA, 10 MEQ/L, 20 MEQ/L, 40 MEQ/L	67	PREZISTA, COMPRIMIDOS ORALES, 600 MG	22
PERIKABIVEN	68	POTASSIUM CHLORIDE-D5-0.2% NACL, SOLUCIÓN PARENTERAL INTRAVENOSA, 20 MEQ/L	67	PREZISTA, COMPRIMIDOS ORALES, 800 MG	22
<i>perindopril erbumina</i>	45	POTASSIUM CHLORIDE- D5-0.9% NACL.....	67	PREZISTA, SUSPENSIÓN ORAL ..	22
PERJETA.....	31	POTELIGEO	31	PRIFTIN	25
<i>permetrina</i>	50	<i>pramipexol, comprimidos orales</i>	36	PRIMAQUINE	25
PERSERIS.....	42	<i>prasugrel</i>	46	<i>primidona</i>	35
<i>pfizerpen-g.....</i>	26	<i>pravastatina.....</i>	46	<i>probenecid.....</i>	59
PHESGO	31	<i>praziquantel</i>	25	<i>probenecid/colchicina.....</i>	59
<i>philith.....</i>	62	<i>prazosina</i>	45	PROCALAMINE 3%	68
PHOSLYRA	67	<i>prednicarbato, pomada tópica</i>	50	<i>prochlorperazina</i>	57
PICATO.....	48	<i>prednisolona, solución oral.....</i>	52	PROCRIT, SOLUCIÓN INYECTABLE, 10,000 UNIDADES/ML, 2,000 UNIDADES/ML, 20,000 UNIDADES/ML, 3,000 UNIDADES/ML, 4,000 UNIDADES/ML, 40,000 UNIDADES/ML.....	58
PIFELTRO	22	<i>prednisona, comprimidos orales.....</i>	52	<i>procto-med hc.....</i>	57
<i>pimecrolimus.....</i>	48	<i>prednisona, comprimidos orales,</i> <i>paquete dosificado</i>	52		
<i>pimozida.....</i>	42				
<i>pimtrea (28).....</i>	62				
<i>pindolol</i>	45				
<i>pioglitazona</i>	54				
<i>pioglitazona-metformina</i>	54				

Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
<i>procto-pak</i>	57	PULMOZYME.....	66	<i>repaglinida, comprimidos</i>	
<i>proctosol hc tópico</i>	57	PURIXAN.....	31	<i>orales, 2 mg</i>	54
<i>proctozona-hc</i>	57	Q		REPATHA.....	46
<i>progesterona micronizada</i>	60	QINLOCK.....	31	REPATHA PUSHTRONEX.....	46
PROGLYCEM.....	54	QUADRACEL (PF).....	59	REPATHA SURECLICK.....	46
PROGRAF INTRAVENOSO.....	31	<i>quetiapina, comprimidos orales,</i>		RESTASIS.....	64
PROGRAF, PAQUETE		<i>100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i>	42	RESTASIS MULTIDOSIS.....	64
DE GRÁNULOS ORALES.....	31	<i>quetiapina, comprimidos orales,</i>		RETACRIT.....	58
PROLASTIN-C, SOL. PARA		<i>300 mg, 400 mg</i>	42	RETEVMO.....	31
RECONST. INTRAVENOSA.....	51	<i>quetiapina, comprimidos orales,</i>		RETROVIR INTRAVENOSO.....	22
PROLASTIN-C, SOLUCIÓN		<i>liberación prolongada, 24 horas,</i>		REVLIMID.....	31
INTRAVENOSA.....	51	<i>150 mg, 200 mg</i>	42	REXULTI.....	42
PROLENSA.....	64	<i>quetiapina, comprimidos orales,</i>		REYATAZ, PAQUETE	
PROLIA.....	59	<i>liberación prolongada, 24 horas,</i>		DE POLVO ORAL.....	22
PROMACTA, COMPRIMIDOS		<i>300 mg, 400 mg, 50 mg</i>	42	RHOPRESSA.....	64
ORALES, 12.5 MG, 25 MG, 50 MG.	46	<i>quinapril</i>	45	<i>ribavirina, cápsulas orales</i>	22
PROMACTA, COMPRIMIDOS		<i>quinapril-hidroclorotiazida</i>	45	<i>ribavirina, comprimidos</i>	
ORALES, 75 MG.....	46	R		<i>orales, 200 mg</i>	22
PROMACTA, PAQUETE				<i>rifabutina</i>	25
DE POLVO ORAL, 12.5 MG.....	46	RABAVERT (PF).....	59	<i>rifampina</i>	25
PROMACTA, PAQUETE		<i>raloxifeno</i>	59	<i>riluzol</i>	51
DE POLVO ORAL, 25 MG.....	46	<i>ramelteón</i>	42	<i>rimantadina</i>	22
<i>prometazina oral</i>	65	<i>ramipril</i>	45	RINVOQ.....	60
<i>propafenona</i>	43	<i>ranolazina</i>	47	RISPERDAL CONSTA.....	42
<i>propiltiouracilo</i>	52	<i>rasagilina</i>	36	<i>risperidona, comprimidos de</i>	
<i>propionato de fluticasona,</i>		<i>reclipsen (28)</i>	62	<i>desintegración oral, 0.25 mg,</i>	
<i>crema tópica</i>	49	RECOMBIVAX HB (PF).....	59	<i>0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg</i>	42
<i>propionato de fluticasona nasal</i>	65	RECTIV.....	57	<i>risperidona, comprimidos de</i>	
<i>propionato de fluticasona,</i>		<i>regonol</i>	37	<i>desintegración oral, 4 mg</i>	42
<i>pomada tópica</i>	49	REGRANEX.....	48	<i>risperidona, comprimidos</i>	
<i>propionato de halobetasol,</i>		RELISTOR,		<i>orales, 0.25 mg, 0.5 mg,</i>	
<i>crema tópica</i>	49	JERINGA SUBCUTÁNEA.....	57	<i>1 mg, 2 mg, 3 mg</i>	42
<i>propionato de halobetasol,</i>		RELISTOR, SOLUCIÓN		<i>risperidona, comprimidos</i>	
<i>pomada tópica</i>	50	SUBCUTÁNEA.....	57	<i>orales, 4 mg</i>	42
<i>propranolol, cápsulas orales,</i>		REMICADE.....	57	<i>risperidona, solución oral</i>	42
<i>liberación prolongada, 24 horas</i>	45	RENACIDIN.....	67	<i>ritonavir</i>	22
<i>propranolol, comprimidos orales</i>	45	<i>repaglinida, comprimidos</i>		<i>rivastigmina</i>	37
<i>propranolol-hidroclorotiazida</i>	45	<i>orales, 0.5 mg</i>	54	<i>rivelsa</i>	62
<i>propranolol, solución oral</i>	45	<i>repaglinida, comprimidos</i>		<i>rizatriptán, comprimidos</i>	
PROQUAD (PF).....	59	<i>orales, 1 mg</i>	54	<i>de desintegración oral</i>	36
PROSOL 20%.....	68			<i>rizatriptán, comprimidos orales</i>	36
<i>protriptilina</i>	42			ROCKLATAN.....	64

Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
ROMIDEPSIN, SOLUCIÓN INTRAVENOSA	31	SELZENTRY, COMPRIMIDOS ORALES, 150 MG, 75 MG	22	sotalol af	43
ropinirol, comprimidos orales	36	SELZENTRY, COMPRIMIDOS ORALES, 300 MG	22	sotalol oral	43
ropinirol, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas	36	SELZENTRY, SOLUCIÓN ORAL	22	SOTYLIZE	43
rosadan, crema tópica	48	SEREVENT DISKUS	66	SOVALDI, COMPRIMIDOS ORALES, 400 MG	22
rosadan, gel tópico	48	sertralina, comprimidos orales	42	sprintec (28)	62
rosuvastatina	46	sertralina, concentrado oral	42	SPRITAM	35
ROTARIX	59	setlakin	62	SPRYCEL, COMPRIMIDOS ORALES, 20 MG, 70 MG	32
ROTATEQ, VACUNA	59	sharobel	60	SPRYCEL, COMPRIMIDOS ORALES, 100 MG, 140 MG, 50 MG, 80 MG	32
roweepra	35	SHINGRIX (PF)	59	sps (con sorbitol)	51
ROZLYTREK, CÁPSULAS ORALES, 100 MG	31	SIGNIFOR	31	sronyx	62
ROZLYTREK, CÁPSULAS ORALES, 200 MG	31	sildenafil (hipertensión arterial pulmonar), comprimidos orales	66	SSD	48
RUBRACA	31	SIMBRINZA	64	STAMARIL (PF)	59
rufinamida	35	simliya (28)	62	STELARA INTRAVENOSA	47
RUKOBIA	22	simpesse	62	STELARA, JERINGA SUBCUTÁNEA, 45 MG/0.5 ML	47
RUXIENCE	31	SIMULECT	31	STELARA, JERINGA SUBCUTÁNEA, 90 MG/ML	47
RYBELSUS	54	simvastatina, comprimidos orales	46	STELARA, SOLUCIÓN SUBCUTÁNEA	47
RYBREVANT	31	sirolimus, comprimidos orales	31	STIVARGA	32
RYDAPT	31	sirolimus, solución oral	31	STRIBILD	22
RYLAZE	31	SIRTURO	25	SUBOXONE, PELÍCULA SUBLINGUAL, 2-0.5 MG	39
RYTARY	36	SIVEXTRO INTRAVENOSO	25	SUBOXONE, PELÍCULA SUBLINGUAL, 4-1 MG, 8-2 MG	39
		SIVEXTRO ORAL	25	SUBOXONE, PELÍCULA SUBLINGUAL, 12-3 MG	39
S		SKYRIZI, JERINGA SUBCUTÁNEA, 150 MG/ML	47	subvenite	35
sajazir	66	SKYRIZI, KIT DE JERINGA SUBCUTÁNEA	47	subvenite, paquete inicial (azul)	35
SAMSCA, COMPRIMIDOS ORALES, 15 MG	55	SKYRIZI, LAPICERA PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA	47	subvenite, paquete inicial (naranja)	35
SAMSCA, COMPRIMIDOS ORALES, 30 MG	55	solifenacina	66	subvenite, paquete inicial (verde)	35
SANCUSO	57	SOLQUA 100/33	54	succinato de desvenlafaxina	40
SANDIMMUNE, SOLUCIÓN ORAL	31	SOLTAMOX	32	succinato de loxapina	41
SANTYL	48	solución de lactato sódico compuesta intravenosa	67	succinato de metoprolol	44
SAPHRIS	42	solución de lactato sódico compuesta intravenosa	67	succinato de sumatriptán oral	36
sapropterina	55	SOLU-CORTEF ACT-O-VIAL (PF)	52	succinato de sumatriptán, solución subcutánea	36
SARCLISA	31	SOMATULINE DEPOT	32		
SECUADO	42	SOMAVERT	55		
SELZENTRY, COMPRIMIDOS ORALES, 25 MG	22	sorine	43		

Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
<i>succinato de sumatriptán, subcutáneo en cartucho</i>	36	<i>sulfato de quinidina, comprimidos orales</i>	43	<i>tacrolimus oral</i>	32
<i>succinato de sumatriptán, subcutáneo en lapicera</i>	36	<i>sulfato de quinina</i>	25	<i>tacrolimus tópico</i>	48
<i>succinato sódico de cloranfenicol</i> ...	24	<i>sulfato de tobramicina</i>	25	TADALAFIL (HIPERTENSIÓN ARTERIAL PULMONAR), COMPRIMIDOS ORALES, 20 MG ..	66
<i>succinato sódico de metilprednisolona intravenoso</i>	52	<i>sulfonato de poliestireno sódico, polvo oral</i>	51	TAFINLAR	32
<i>succinato sódico de metilprednisolona, sol. para reconst. inject., 125 mg, 40 mg</i>	52	<i>sulfuro de selenio, loción tópica</i> ...	47	TAGRISSO	32
<i>sucralfato, comprimidos orales</i>	58	<i>sulindaco</i>	39	TALTZ, JERINGA	47
<i>sucralfato, suspensión oral</i>	58	<i>sumatriptán, rociador nasal no aerosol, 5 mg/activación</i>	36	TALZENNA, CÁPSULAS ORALES, 0.25 MG	32
<i>sulfacetamida-prednisolona</i>	64	<i>sumatriptán, rociador nasal no aerosol, 20 mg/activación</i>	36	TALZENNA, CÁPSULAS ORALES, 1 MG	32
<i>sulfacetamida sódica (acné)</i>	48	<i>sunitinib</i>	32	<i>tamoxifeno</i>	32
<i>sulfacetamida sódica, gotas oftálmicas (ojos)</i>	64	SUPREP, KIT DE PREPARACIÓN INTESTINAL	57	<i>tamsulosina</i>	66
<i>sulfadiazina</i>	26	SUTAB	57	TARGRETIN TÓPICO	32
<i>sulfadiazina de plata</i>	48	SUTENT	32	<i>tarina 24 fe</i>	62
<i>sulfametoxazol-trimetoprima, comprimidos orales</i>	26	<i>syeda</i>	62	<i>tarina fe 1/20 (28)</i>	62
<i>sulfametoxazol/trimetoprima, intravenoso</i>	26	SYMDEKO	66	<i>tarina fe 1-20 eq (28)</i>	62
<i>sulfametoxazol-trimetoprima, suspensión oral</i>	26	SYMFI	22	<i>tartrato de metoprolol-hidroclorotiazida</i>	44
<i>sulfasalazina</i>	57	SYMFI LO	22	<i>tartrato de metoprolol oral</i>	44
<i>sulfato de albuterol, comprimidos orales</i>	65	SYMPAZAN	35	<i>tartrato de rivastigmina</i>	37
<i>sulfato de albuterol, comprimidos orales, liberación prolongada, 12 horas</i>	65	SYMTUZA	22	TASIGNA, CÁPSULAS ORALES, 50 MG	32
<i>sulfato de albuterol, jarabe oral</i>	65	SYNAREL	55	TASIGNA, CÁPSULAS ORALES, 150 MG, 200 MG	32
<i>sulfato de albuterol para inhalar, inhalador en aerosol de hfa, 90 mcg/activación (genérico de ProAir)</i>	65	SYNERCID	25	<i>taysofy</i>	62
<i>sulfato de albuterol para inhalar, inhalador en aerosol de hfa, 90 mcg/activación (genérico de Proventil)</i> ...	65	SYNJARDY	54	<i>tazaroteno, crema tópica</i>	48
<i>sulfato de albuterol para inhalar, solución para nebulización</i>	65	SYNJARDY XR, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN INMEDIATA-LIBERACIÓN PROLONGADA, BIFÁSICA, 24 HORAS, 10-1,000 MG, 12.5-1,000 MG, 5-1,000 MG	54	<i>tazicef</i>	23
<i>sulfato de gentamicina (pediátrico) (pf)</i>	24	SYNJARDY XR, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN INMEDIATA-LIBERACIÓN PROLONGADA, BIFÁSICA, 24 HORAS, 25-1,000 MG	54	TAZORAC, CREMA TÓPICA, 0.05%	48
<i>sulfato de magnesio en agua</i>	67	SYNRIBO	32	TAZORAC, GEL TÓPICO	48
<i>sulfato de magnesio inyectable</i>	67	SYNTHROID	56	<i>taztia xt, cápsulas orales, liberación prolongada, 24 horas, 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg</i> ..	45
		T		TAZVERIK	32
		TABLOID	32	TDVAX	59
		TABRECTA	32	TECENTRIQ	32
				TECFIDERA, CÁPSULAS ORALES, LIBERACIÓN RETARDADA (DR/EC), 120 MG	37

Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
TECFIDERA, CÁPSULAS ORALES, LIBERACIÓN RETARDADA (DR/EC), 120 MG (14), 240 MG (46)	37	tetrabenazina, comprimidos orales, 12.5 mg.....	37	toremifeno	32
TECFIDERA, CÁPSULAS ORALES, LIBERACIÓN RETARDADA (DR/EC), 240 MG	37	tetrabenazina, comprimidos orales, 25 mg	37	torsemida oral	45
TECHLITE, AGUJA PARA LAPICERA.....	54	tetraciclina	26	TOUJEO MAX U-300 SOLOSTAR..	55
TEFLARO.....	23	THALOMID, CÁPSULAS ORALES, 100 MG, 150 MG, 50 MG	32	TOUJEO SOLOSTAR	
TEKTURNA HCT	45	THALOMID, CÁPSULAS ORALES, 200 MG	32	U-300, INSULINA	55
telmisartán	45	THEO-24	66	TOVIAZ.....	66
telmisartán-amlodipina	45	tiadylt, liberación prolongada	45	TRADJENTA.....	55
telmisartán-hiclorotiazida.....	45	tiagabina	35	tramadol-acetaminofeno	39
temazepam, cápsulas orales, 15 mg, 30 mg	42	TIBSOVO	32	tramadol, comprimidos orales, 50 mg	39
temazepam, cápsulas orales, 22.5 mg, 7.5 mg.....	42	tigeciclina	25	trandolapril.....	45
TEMIXYS	22	tilia fe	62	tranilcipromina	42
TEMODAR INTRAVENOSO.....	32	tioridazina.....	42	TRAVASOL 10%	68
temsirolimus	32	tiotepa	32	travoprost	64
TENIVAC (PF), JERINGA INTRAMUSCULAR.....	59	tiotixeno	42	TRAZIMERA.....	32
teofilina, comprimidos orales, liberación prolongada, 12 horas, 300 mg, 450 mg	66	tis-u-sol pentalto	50	trazodona, comprimidos orales, 100 mg, 150 mg, 50 mg.....	42
teofilina, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas	66	TIVDAK.....	32	trazodona, comprimidos orales, 300 mg	42
TEPMETKO.....	32	TIVICAY, COMPRIMIDOS ORALES, 10 MG	22	TREANDA	32
terazosina, cápsulas orales, 1 mg, 2 mg, 5 mg.....	45	TIVICAY, COMPRIMIDOS ORALES, 25 MG, 50 MG	22	TRECTOR.....	25
terazosina, cápsulas orales, 10 mg	45	TIVICAY PD.....	22	TRELEGY ELLIPTA	66
terbutalina	66	tizanidina, comprimidos orales	37	TRELSTAR, SUSPENSIÓN INTRAMUSCULAR PARA RECONSTITUCIÓN	32
terconazol.....	60	tobramicina-dexametasona	64	TRESIBA FLEXTOUCH U-100	55
TERIPARATIDE	59	tobramicina en nacl al 0.225%.....	25	TRESIBA FLEXTOUCH U-200	55
testosterona, gel transdérmico	56	tobramicina oftálmica (ojos)	63	TRESIBA U-100, INSULINA.....	55
testosterona, gel transdérmico en bomba con dosis medidas, 12.5 mg/1.25 gramos (1%)	56	tolterodina, cápsulas orales, liberación prolongada, 24 horas	66	tretinoína (antineoplásico).....	32
testosterona, gel transdérmico en paquete, 1% (25 mg/2.5 gramos), 1% (50 mg/5 gramos).....	56	tolterodina, comprimidos orales.....	66	tretinoína, crema tópica, 0.025%, 0.05%, 0.1%.....	48
TETANUS, DIPHTHERIA		tolvaptán, comprimidos orales, 30 mg	56	tretinoína, microesferas, gel tópico al 0.1%	48
TOX PEDIÁTRICA (PF).....	59	topimarato, comprimidos orales	35	tretinoína, microesferas, gel tópico con bomba al 0.1%	48
		topiramato, cápsulas orales, con gránulos	35	tretinoína tópica, gel tópico, 0.01%	48
		toposar	32	tretinoína tópica, gel tópico, 0.025%, 0.05%	48
		topotecán, sol. para reconst. intravenosa	32	triamcinolona acetona, crema tópica, 0.1%	50
		topotecán, solución intravenosa, 4 mg/4 ml (1 mg/ml)	32	triamcinolona acetona, crema tópica, 0.025%, 0.5%.....	50

Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
<i>triamcinolona acetona</i> <i>loción tópica</i>	50	<i>trióxido de arsénico</i>	27	<i>ursodiol, cápsulas orales</i>	57
<i>triamcinolona acetona</i> <i>pasta dental</i>	51	<i>tri-previfem (28)</i>	63	<i>ursodiol, cápsulas orales, 300 mg</i> ..	57
<i>triamcinolona acetona</i> <i>pomada tópica</i>	50	TRIPTODUR	32	<i>ursodiol, comprimidos orales</i>	57
<i>triamcinolona acetona</i> <i>suspensión inyectable, 40 mg/ml</i> ..	52	<i>tri-sprintec (28)</i>	63		
<i>triamtereno-hidroclorotiazida</i> <i>cápsulas orales, 37.5-25 mg</i>	45	<i>tritocin</i>	50	V	
<i>triamtereno-hidroclorotiazida</i> <i>comprimidos orales</i>	45	TRIUMEQ	22	<i>valaciclovir, comprimidos</i> <i>orales, 1 gramo</i>	22
<i>triderm, crema tópica, 0.1%</i>	50	<i>trivora (28)</i>	63	<i>valaciclovir, comprimidos</i> <i>orales, 500 mg</i>	22
<i>trientina</i>	51	<i>tri-vylibra</i>	63	VALCHLOR	48
<i>tri-estarylla</i>	63	<i>tri-vylibra lo</i>	63	<i>valerato de betametasona</i> <i>crema tópica</i>	49
<i>tri femynor</i>	62	TRODELVY	32	<i>valerato de betametasona</i> <i>loción tópica</i>	49
<i>trifluoperazina, comprimidos</i> <i>orales, 1 mg</i>	42	TROGARZO	22	<i>valerato de betametasona</i> <i>pomada tópica</i>	49
<i>trifluoperazina, comprimidos</i> <i>orales, 10 mg, 2 mg, 5 mg</i>	42	TROPHAMINE 10%	68	<i>valerato de estradiol, aceite</i> <i>intramuscular, 20 mg/ml, 40 mg/ml</i> ..	60
<i>trifluridina</i>	63	TRULICITY	55	<i>valerato de hidrocortisona</i>	50
TRIJARDY XR, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN INMEDIATA- LIBERACIÓN PROLONGADA, BIFÁSICA, 24 HORAS, 10-5- 1,000 MG, 25-5-1,000 MG	55	TRUMENBA	59	<i>valganciclovir</i>	22
TRIJARDY XR, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN INMEDIATA- LIBERACIÓN PROLONGADA, BIFÁSICA, 24 HORAS, 12.5- 2.5-1,000 MG, 5-2.5-1,000 MG	55	TRUSELTIQ, CÁPSULAS ORALES, 75 MG/DÍA (25 MG X 3) ..	32	<i>valproato sódico</i>	35
TRIKAFTA	66	TRUSELTIQ, CÁPSULAS ORALES, 100 MG/DÍA (100 MG X 1) ..	32	<i>valrubicina</i>	33
<i>tri-legest fe</i>	63	TRUSELTIQ, CÁPSULAS ORALES, 125 MG/DÍA (100 MG X 1-25 MG X 1), 50 MG/DÍA (25 MG X 2)	32	<i>valsartán, comprimidos</i> <i>orales, 160 mg, 40 mg, 80 mg</i>	45
<i>tri-linyah</i>	63	TRUVADA	22	<i>valsartán, comprimidos</i> <i>orales, 320 mg</i>	45
<i>tri-lo-estarylla</i>	63	TRUXIMA	32	<i>valsartán-hidroclorotiazida</i>	45
<i>tri-lo-marzia</i>	63	TUKYSA, COMPRIMIDOS ORALES, 50 MG	32	VALTOCO	35
<i>tri-lo-mili</i>	63	TUKYSA, COMPRIMIDOS ORALES, 150 MG	32	<i>vancomicina, cápsulas</i> <i>orales, 125 mg</i>	25
<i>tri-lo-sprintec</i>	63	TURALIO	32	<i>vancomicina, cápsulas</i> <i>orales, 250 mg</i>	25
<i>trimetoprima</i>	26	TWINRIX (PF)	59	<i>vancomicina, sol. para</i> <i>reconst. intravenosa,</i> <i>1,000 mg, 10 gramos, 250 mg,</i> <i>5 gramos, 500 mg, 750 mg</i>	25
<i>tri-mili</i>	63	TYBLUME	63	<i>vancomicina, sol. para reconst. oral</i> ..	25
<i>trimipramina</i>	42	<i>tydemy</i>	63	VANCOMYCIN EN CLORURO DE SODIO AL 0.9%, INFUSIÓN SECUNDARIA INTRAVENOSA	25
TRINTELLIX	42	TYKERB	33	VANCOMYCIN EN DEXTROSA AL 5%, INFUSIÓN SECUNDARIA INTRAVENOSA	25
<i>tri-nymyo</i>	63	TYMLOS	59		
		TYPHIM VI	59		
		TYSABRI	37		
		U			
		UKONIQ	33		
		<i>unithroid</i>	56		
		UNITUXIN	33		
		UPTRAVI, ORAL	45		

Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
VANCOMYCIN INYECTABLE	25	VERQUVO	47	VITRAKVI, CÁPSULAS ORALES, 100 MG	33
VANCOMYCIN, SOL. PARA RECONST. INTRAVENOSA, 1.25 GRAMOS, 1.5 GRAMOS	25	VERSACLOZ	42	VITRAKVI, SOLUCIÓN ORAL	33
VANCOMYCIN-WATER, INYECTABLE (PEG)	25	VERZENIO	33	VIVITROL	39
<i>vandazol</i>	60	<i>vestura</i> (28)	63	VIZIMPRO	33
VAQTA (PF)	59	V-GO 20	55	<i>volnea</i> (28)	63
<i>vareniclina</i>	51	V-GO 30	55	<i>voriconazol, comprimidos orales, 50 mg</i>	20
VARIVAX (PF)	59	V-GO 40	55	<i>voriconazol, comprimidos orales, 200 mg</i>	20
VARIZIG	59	VICTOZA 2-PAK	55	<i>voriconazol intravenoso</i>	20
VASCEPA	46	VICTOZA 3-PAK	55	<i>voriconazol, suspensión oral para reconstitución</i>	20
VECTIBIX	33	<i>vienna</i>	63	VOSEVI	22
VELCADE	33	<i>vigabatrina</i>	35	VOTRIENT	33
<i>velivet, régimen trifásico</i> (28)	63	<i>vigadrone</i>	35	VRAYLAR, CÁPSULAS ORALES	42
VELPHORO	51	VIIBRYD, COMPRIMIDOS ORALES	42	VRAYLAR, CÁPSULAS ORALES, PAQUETE DOSIFICADO	42
VELTASSA	51	VIIBRYD, COMPRIMIDOS ORALES, PAQUETE DOSIFICADO, 10 MG (7), 20 MG (23)	42	<i>vyfemla</i> (28)	63
VEMLIDY	22	VIMPAT, COMPRIMIDOS ORALES, 50 MG	35	<i>vylibra</i>	63
VENCLEXTA, COMPRIMIDOS ORALES, 10 MG	33	VIMPAT, COMPRIMIDOS ORALES, 100 MG, 150 MG, 200 MG	35	VYNDAMAX	47
VENCLEXTA, COMPRIMIDOS ORALES, 50 MG	33	VIMPAT INTRAVENOSO	35	VYNDAQEL	47
VENCLEXTA, COMPRIMIDOS ORALES, 100 MG	33	VIMPAT, SOLUCIÓN ORAL	35	VYXEOS	33
VENCLEXTA, PAQUETE INICIAL	33	<i>vinblastine</i>	33		
<i>venlafaxina, cápsulas orales, liberación prolongada, 24 horas</i>	42	<i>vincasar pfs</i>	33	W	
<i>venlafaxina, comprimidos orales</i>	42	<i>vincristina</i>	33	<i>warfarina</i>	46
VENTAVIS	66	<i>vinorelbina</i>	33	WELIREG	33
VENTOLIN HFA	66	VIOKACE	57	<i>wera</i> (28)	63
VERAPAMIL, CÁPSULAS ORALES, PÍLDORAS DE LIB. PROL., 24 HORAS, 360 MG	45	<i>viorele</i> (28)	63	<i>wymzya fe</i>	63
<i>verapamilo, cápsulas orales, píldoras ct de lib. prol., 24 horas</i>	45	VIRACEPT, COMPRIMIDOS ORALES, 250 MG	22	X	
<i>verapamilo, cápsulas orales, píldoras de lib. prol., 24 horas, 120 mg, 180 mg, 240 mg</i>	45	VIRACEPT, COMPRIMIDOS ORALES, 625 MG	22	XALKORI	33
<i>verapamilo, comprimidos orales</i>	45	VIREAD, COMPRIMIDOS ORALES, 150 MG, 200 MG, 250 MG	22	XARELTO	46
<i>verapamilo, comprimidos orales, liberación prolongada</i>	45	VIREAD, POLVO ORAL	22	XARELTO, TRATAMIENTO INICIAL PARA TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA/EMBOLIA PULMONAR, 30 DÍAS	46
<i>verapamilo, solución intravenosa</i>	45	VITAMINAS PRENATALES, COMPRIMIDOS ORALES	68	XATMEP	33
		VITRAKVI, CÁPSULAS ORALES, 25 MG	33	XCOPRI	35
				XCOPRI, PAQUETE DE AJUSTE DE DOSIS	35

Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
XCOPRI, PAQUETE DE MANTENIMIENTO, COMPRIMIDOS ORALES, 250 MG/DÍA (150 MG X 1-100 MG X 1), 350 MG/DÍA (200 MG X 1-150 MG X 1)	35	YONDELIS.....	33	ZTLIDO.....	48
XELJANZ, COMPRIMIDOS ORALES	60	<i>yuvafem</i>	60	ZUBSOLV, COMPRIMIDOS SUBLINGUALES, 0.7-0.18 MG, 1.4-0.36 MG, 11.4-2.9 MG, 2.9-0.71 MG, 5.7-1.4 MG.....	39
XELJANZ, SOLUCIÓN ORAL	60	Z		ZUBSOLV, COMPRIMIDOS SUBLINGUALES, 8.6-2.1 MG	39
XELJANZ XR	60	<i>zafirlukast</i>	66	<i>zumandimine</i> (28)	63
XGEVA	27	<i>zaleplon, cápsulas orales, 5 mg</i> ...	42	ZYDELIG	33
XIAFLEX.....	51	<i>zaleplon, cápsulas orales, 10 mg</i> ...	42	ZYKADIA, COMPRIMIDOS ORALES	33
XIFAXAN, COMPRIMIDOS ORALES, 550 MG.....	25	ZALTRAP	33	ZYNLONTA	33
XOLAIR, JERINGA SUBCUTÁNEA, 75 MG/0.5 ML	66	ZANOSAR	33	ZYPREXA RELPREVV	43
XOLAIR, JERINGA SUBCUTÁNEA, 150 MG/ML	66	<i>zarah</i>	63		
XOLAIR, SOL. PARA RECONST. SUBCUTÁNEA	66	ZARXIO	58		
XOSPATA.....	33	ZEJULA	33		
XPOVIO, COMPRIMIDOS ORALES, 100 MG/SEMANA (50 MG X 2), 40 MG/SEMANA (40 MG X 1), 40 MG DOS VECES POR SEMANA (40 MG X 2), 60 MG/SEMANA (60 MG X 1), 60 MG DOS VECES POR SEMANA (120 MG/SEMANA), 80 MG/SEMANA (40 MG X 2), 80 MG DOS VECES POR SEMANA (160 MG/SEMANA)	33	ZELBORAF	33		
XTAMPZA ER	38	ZENPEP, CÁPSULAS ORALES, LIBERACIÓN RETARDADA (DR/EC) 10,000-32,000-42,000 UNIDADES, 15,000-47,000-63,000 UNIDADES, 20,000-63,000-84,000 UNIDADES, 25,000-79,000-105,000 UNIDADES, 3,000-10,000-14,000- UNIDADES, 40,000-126,000-168,000 UNIDADES, 5,000-17,000-24,000 UNIDADES ...	57		
XTANDI, CÁPSULAS ORALES.....	33	ZEPZELCA	33		
XTANDI, COMPRIMIDOS ORALES, 40 MG	33	<i>zidovudina, cápsulas orales</i>	22		
XTANDI, COMPRIMIDOS ORALES, 80 MG	33	<i>zidovudina, comprimidos orales</i> ...	22		
XULTOPHY 100/3.6	55	<i>zidovudina, jarabe oral</i>	22		
XYREM.....	42	ZIEXTENZO	58		
Y		ZIRABEV	33		
YERVOY.....	33	ZIRGAN	63		
YF-VAX (PF)	59	ZOLADEX	33		
		ZOLEDRONIC AC-MANNITOL-0.9NACL	56		
		ZOLINZA	33		
		<i>zolpidem, comprimidos orales</i>	43		
		<i>zonisamida</i>	35		
		ZORTRESS, COMPRIMIDOS ORALES, 1 MG	33		
		ZOSTAVAX (PF).....	59		
		ZOSYN EN DEXTROSA, ISO-OSM.....	26		
		<i>zovia 1-35</i> (28)	63		
		<i>zovia 1/35e</i> (28)	63		

Notas

[illegible]

Notas

[illegible]

Notas

This image shows a single page from a notebook or ledger. The page is white and features approximately 20 evenly spaced horizontal blue lines. There are no margins, text, or other markings on the page.

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

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

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



1-800-222-6700 (TTY 711)



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



CignaMedicare.com

Este formulario se actualizó el 1 de diciembre de 2021. Para obtener información más reciente o si tiene otras preguntas, comuníquese con Servicio al Cliente de Cigna al 1-800-222-6700 o, para los usuarios de TTY, al 711, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana. Puede que nuestro sistema telefónico automático conteste sus llamadas durante los fines de semana del 1 de abril al 30 de septiembre. También puede visitar CignaMedicare.com. Todos los productos y servicios de Cigna se brindan exclusivamente por o a través de subsidiarias operativas de Cigna Corporation, incluyendo Cigna Health and Life Insurance Company. El nombre de Cigna, los logotipos, y otras marcas de Cigna son propiedad de Cigna Intellectual Property, Inc.