



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. 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 médica mente 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 están 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 envíemos una copia. Nuestra información de contacto aparece en la portada y la contraportada, junto con la fecha de la última actualización de la lista de medicamentos.

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

### **Opciones para los medicamentos de mantenimiento**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## **Lista de medicamentos de Cigna**

La lista de medicamentos completa que comienza en la página 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 ahorrará 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](http://Cigna.com/member-resources) para buscar una farmacia minorista o de pedido por correo preferida que le quede cerca.**

<b>Cigna Secure-Extra Rx (PDP)</b>	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*
	<b>30/60/90 Días</b>	<b>30/60/90 Días</b>	<b>30/60/90 Días</b>	<b>30/60/90 Días</b>	
<b>ALABAMA</b>					
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	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	
<b>ALASKA</b>					
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
<b>ARIZONA</b>					
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
<b>ARKANSAS</b>					
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
<b>CALIFORNIA</b>					
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	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	
<b>COLORADO</b>					
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
<b>CONNECTICUT</b>					
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
<b>DELAWARE</b>					
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
<b>DISTRICT OF COLUMBIA</b>					
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	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	
<b>FLORIDA</b>					
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
<b>GEORGIA</b>					
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
<b>HAWAII</b>					
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
<b>IDAHO</b>					
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	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	
<b>ILLINOIS</b>					
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
<b>INDIANA</b>					
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
<b>IOWA</b>					
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
<b>KANSAS</b>					
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	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	
<b>KENTUCKY</b>					
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
<b>LOUISIANA</b>					
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
<b>MAINE</b>					
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
<b>MARYLAND</b>					
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	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	
<b>MASSACHUSETTS</b>					
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
<b>MICHIGAN</b>					
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
<b>MINNESOTA</b>					
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
<b>MISSISSIPPI</b>					
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	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	
<b>MISSOURI</b>					
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
<b>MONTANA</b>					
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
<b>NEBRASKA</b>					
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
<b>NEVADA</b>					
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	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	
<b>NEW HAMPSHIRE</b>					
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
<b>NEW JERSEY</b>					
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
<b>NEW MEXICO</b>					
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
<b>NEW YORK</b>					
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	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	
<b>NORTH CAROLINA</b>					
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
<b>NORTH DAKOTA</b>					
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
<b>OHIO</b>					
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
<b>OKLAHOMA</b>					
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	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	
<b>OREGON</b>					
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
<b>PENNSYLVANIA</b>					
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
<b>RHODE ISLAND</b>					
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
<b>SOUTH CAROLINA</b>					
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	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	
<b>SOUTH DAKOTA</b>					
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
<b>TENNESSEE</b>					
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
<b>TEXAS</b>					
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
<b>UTAH</b>					
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	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	
<b>VERMONT</b>					
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
<b>VIRGINIA</b>					
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
<b>WASHINGTON</b>					
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
<b>WEST VIRGINIA</b>					
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	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	
<b>WISCONSIN</b>					
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
<b>WYOMING</b>					
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 ANTOINEOPLÁSICOS/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	NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<b>ANTIINFECCIOSOS</b>					
<b>AGENTES ANTIMICÓTICOS</b>					
ABELCET	4	PA	aciclovir, cápsulas orales	2	
AMBISOME	5	PA; NDS	aciclovir, suspensión oral, 200 mg/5 ml	4	
<i>anfotericina b</i>	4	PA	aciclovir, comprimidos orales	2	
<i>caspofungina</i>	5	PA; NDS	aciclovir sódico, solución intravenosa	4	B/D PA
<i>clotrimazol, membrana mucosa</i>	2		adefovir	5	NDS
CRESEMBIA ORAL	4		clorhidrato de amantadina	3	
<i>fluconazol en nacl (iso-osm.)</i>	4	PA	APTIVUS	4	QL (120/30)
<i>fluconazol, suspensión oral para reconstitución</i>	3		atazanavir, cápsulas orales, 150 mg, 300 mg	4	QL (30/30)
<i>fluconazol, comprimidos orales</i>	2		atazanavir, cápsulas orales, 200 mg	4	QL (60/30)
<i>flucitosina</i>	5	NDS	ATRIPLA	5	QL (30/30); NDS
<i>griseofulvina micronizada</i>	4		BARACLUDE, SOLUCIÓN ORAL	4	QL (630/30)
<i>griseofulvina ultramicronizada</i>	4		BIKTARVY	5	NDS
<i>itraconazol, cápsulas orales</i>	4	QL (120/30)	CABENUVA	5	NDS
<i>itraconazol, solución oral</i>	5	NDS	CIMDUO	4	
<i>ketoconazol oral</i>	2		COMPLERA	4	QL (30/30)
<i>nistatina, suspensión oral</i>	3		DELSTRIGO	4	
<i>nistatina, comprimidos orales</i>	2		DESCOVY	5	QL (30/30); NDS
<i>posaconazol, comprimidos orales, liberación retardada (dr/ec)</i>	5	QL (96/30); NDS	<i>didanosina, cápsulas orales, liberación retardada (dr/ec), 250 mg, 400 mg</i>	4	QL (30/30)
<i>clorhidrato de terbinafina oral</i>	2		DOVATO	5	NDS
<i>voriconazol intravenoso</i>	4	PA	EDURANT	3	QL (30/30)
<i>voriconazol, suspensión oral para reconstitución</i>	5	NDS	<i>efavirenz, cápsulas orales, 200 mg</i>	5	QL (120/30); NDS
<i>voriconazol, comprimidos orales, 200 mg</i>	5	NDS	<i>efavirenz, cápsulas orales, 50 mg</i>	4	QL (180/30)
<i>voriconazol, comprimidos orales, 50 mg</i>	4		<i>efavirenz, comprimidos orales</i>	5	QL (30/30); NDS
<b>ANTIVÍRICOS</b>			<i>efavirenz-emtricitabina-tenofovir</i>	5	QL (30/30); NDS
<i>abacavir, solución oral</i>	3	QL (960/30)	<i>disoproxilo de efavirenz-lamivudina-tenofovir, comprimidos orales, 400-300-300 mg</i>	4	QL (30/30)
<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			

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

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	NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
disoproxilo de efavirenz- lamivudina-tenofovir, comprimidos orales, 600-300-300 mg	4		ISENTRESS, COMPRIMIDOS ORALES	5	QL (120/30); NDS
emtricitabina	3	QL (30/30)	ISENTRESS, COMPRIMIDOS ORALES MASTICABLES, 100 MG	5	QL (180/30); NDS
emtricitabina-tenofovir (tdf)	5	QL (30/30); NDS	ISENTRESS, COMPRIMIDOS ORALES MASTICABLES, 25 MG	3	QL (180/30)
EMTRIVA, CÁPSULAS ORALES	3	QL (30/30)	JULUCA	5	NDS
EMTRIVA, SOLUCIÓN ORAL	3	QL (680/28)	KALETRA, COMPRIMIDOS ORALES, 100-25 MG	4	QL (300/30)
entecavir	4	QL (30/30)	KALETRA, COMPRIMIDOS ORALES, 200-50 MG	5	QL (120/30); NDS
EPCLUSA, COMPRIMIDOS ORALES	5	PA; QL (28/28); NDS	<i>lamivudina, solución oral</i>	3	QL (900/30)
EPIVIR HBV, SOLUCIÓN ORAL	3		<i>lamivudina, comprimidos orales, 100 mg, 300 mg</i>	3	QL (30/30)
etravirina	5	QL (60/30); NDS	<i>lamivudina, comprimidos orales, 150 mg</i>	3	QL (60/30)
EVOTAZ	4	QL (30/30)	<i>lamivudina-zidovudina</i>	3	QL (60/30)
famciclovir	4	QL (60/30)	LEXIVA, SUSPENSIÓN ORAL	4	QL (1575/28)
fosamprenavir	5	QL (120/30); NDS	<i>lopinavir-ritonavir, solución oral</i>	4	
FUZEON, SOL. PARA RECONST. SUBCUTÁNEA	5	QL (60/30); NDS	<i>lopinavir-ritonavir, comprimidos orales, 100-25 mg</i>	4	QL (300/30)
GENVOYA	5	QL (30/30); NDS	<i>lopinavir-ritonavir, comprimidos orales, 200-50 mg</i>	4	QL (120/30)
HARVONI, PÍLDORAS DE ADMINISTRACIÓN ORAL EN PAQUETES, 33.75-150 MG	5	PA; QL (28/28); NDS	MAVYRET, COMPRIMIDOS ORALES	5	PA; QL (84/28); NDS
HARVONI, PÍLDORAS DE ADMINISTRACIÓN ORAL EN PAQUETES, 45-200 MG	5	PA; QL (56/28); NDS	<i>nevirapina, suspensión oral</i>	4	QL (1200/30)
HARVONI, COMPRIMIDOS ORALES, 45-200 MG	5	PA; QL (60/30); NDS	<i>nevirapina, comprimidos orales</i>	3	QL (60/30)
HARVONI, COMPRIMIDOS ORALES, 90-400 MG	5	PA; QL (28/28); NDS	<i>nevirapina, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas, 100 mg</i>	4	QL (90/30)
INTELENCE, COMPRIMIDOS ORALES, 100 MG, 200 MG	5	QL (60/30); NDS	<i>nevirapina, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas, 400 mg</i>	4	QL (30/30)
INTELENCE, COMPRIMIDOS ORALES, 25 MG	4	QL (120/30)	NORVIR, PAQUETE DE POLVO ORAL	4	
INVIRASE, COMPRIMIDOS ORALES	4	QL (120/30)	NORVIR, SOLUCIÓN ORAL	3	QL (480/30)
ISENTRESS, DE DOSIS ALTA	5	NDS	ODEFSEY	5	QL (30/30); NDS
ISENTRESS, PAQUETE DE POLVO ORAL	4	QL (60/30)	<i>oseltamivir, cápsulas orales</i>	3	

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

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

Cursiva minúscula = Medicamento genérico

## Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES	NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>oseltamivir, suspensión oral para reconstitución</i>	4		TEMIXYS	5	NDS
PIFELTRO	4		<i>fumarato de disoproxilo de tenofovir</i>	4	QL (30/30)
PREVYMIS, ORAL	5	QL (30/30); NDS	TIVICAY, COMPRIMIDOS ORALES, 10 MG	4	QL (60/30)
PREZCOBIX	4	QL (30/30)	TIVICAY, COMPRIMIDOS ORALES, 25 MG, 50 MG	5	QL (60/30); NDS
PREZISTA, SUSPENSIÓN ORAL	5	QL (400/30); NDS	TIVICAY PD	4	QL (180/30)
PREZISTA, COMPRIMIDOS ORALES, 150 MG	4	QL (240/30)	TRIUMEQ	5	QL (30/30); NDS
PREZISTA, COMPRIMIDOS ORALES, 600 MG	5	QL (60/30); NDS	TROGARZO	5	NDS
PREZISTA, COMPRIMIDOS ORALES, 75 MG	4	QL (480/30)	TRUVADA	5	QL (30/30); NDS
PREZISTA, COMPRIMIDOS ORALES, 800 MG	5	QL (30/30); NDS	<i>valaciclovir, comprimidos orales, 1 gramo</i>	3	QL (120/30)
RETROVIR INTRAVENOSO	4		<i>valaciclovir, comprimidos orales, 500 mg</i>	3	QL (60/30)
REYATAZ, PAQUETE DE POLVO ORAL	5	QL (240/30); NDS	<i>valganciclovir</i>	5	NDS
<i>ribavirina, cápsulas orales</i>	3		VEMLIDY	5	NDS
<i>ribavirina, comprimidos orales, 200 mg</i>	3		VIRACEPT, COMPRIMIDOS ORALES, 250 MG	4	QL (270/30)
<i>rimantadina</i>	2		VIRACEPT, COMPRIMIDOS ORALES, 625 MG	4	QL (120/30)
<i>ritonavir</i>	3	QL (360/30)	VIREAD, POLVO ORAL	5	QL (240/30); NDS
RUKOBIA	4		VIREAD, COMPRIMIDOS ORALES, 150 MG, 200 MG, 250 MG	5	QL (30/30); NDS
SELZENTRY, SOLUCIÓN ORAL	5	NDS	VOSEVI	5	PA; QL (28/28); NDS
SELZENTRY, COMPRIMIDOS ORALES, 150 MG, 75 MG	5	QL (60/30); NDS	<i>zidovudina, cápsulas orales</i>	4	QL (180/30)
SELZENTRY, COMPRIMIDOS ORALES, 25 MG	4	QL (120/30)	<i>zidovudina, jarabe oral</i>	4	QL (1680/28)
SELZENTRY, COMPRIMIDOS ORALES, 300 MG	5	QL (120/30); NDS	<i>zidovudina, comprimidos orales</i>	2	QL (60/30)
SOVALDI, COMPRIMIDOS ORALES, 400 MG	5	PA; QL (28/28); NDS	<b>CEFALOSPORINAS</b>		
<i>estavudina, cápsulas orales</i>	4	QL (60/30)	<i>cefaclor, cápsulas orales</i>	4	
STRIBILD	5	QL (30/30); NDS	<i>cefaclor, suspensión oral para reconstitución, 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml, 375 mg/5 ml</i>	4	
SYMFI	4		<i>cefaclor, comprimidos orales, liberación prolongada, 12 horas</i>	4	
SYMFI LO	4	QL (30/30)	<i>cefadroxilo, cápsulas orales</i>	3	
SYMTUZA	4				

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

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

Cursiva minúscula = Medicamento genérico

## Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES	NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
cefadroxilo, suspensión oral para reconstitución, 250 mg/5 ml, 500 mg/5 ml	3		ceftriaxona intravenosa	4	
cefadroxilo, comprimidos orales	3		cefuroxima axetilo, comprimidos orales	3	
cefazolina en dextrosa (iso-osm.), infusión secundaria intravenosa, 1 gramo/50 ml, 2 gramos/50 ml	4		cefuroxima sódica, sol. para reconst. inyect., 750 mg	4	PA
CEFAZOLIN EN DEXTROSA (ISO-OSM.), INFUSIÓN SECUNDARIA INTRAVENOSA, 2 GRAMOS/100 ML	4		cefuroxima sódica intravenosa	4	PA
cefazolina, sol. para reconst. inyect., 1 g, 10 g, 100 g, 300 g, 500 mg	4		cefalexina, cápsulas orales, 250 mg, 500 mg	2	
cefazolina intravenosa	4		cefalexina, suspensión oral para reconstitución	2	
cefdinir	4		tazicef	4	PA
CEFEPIME EN DEXTROSA 5%	4		TEFLARO	4	PA
cefeprima en dextrosa, iso-osm.	4		<b>ERITROMICINAS/OTROS MACRÓLIDOS</b>		
cefeprima inyectable	4		azitromicina intravenosa	4	PA
CEFEPIME, INTRAVENOSO	4	PA	azitromicina, paquete oral	3	
cefixima	4		azitromicina, suspensión oral para reconstitución	4	
CEFOTETAN EN DEXTROSA, ISO-OSM.	4	PA	azitromicina, comprimidos orales	2	
cefotetan inyectable	4	PA	claritromicina	4	
cefoxitina	4	PA	DIFICID, SUSPENSIÓN ORAL PARA RECONSTITUCIÓN	5	QL (136/10); NDS
cefoxitina en dextrosa, iso-osm.	4	PA	DIFICID, COMPRIMIDOS ORALES	5	QL (20/10); NDS
cefpodoxima	4		ERY-TAB, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN RETARDADA (DR/EC), 250 MG, 333 MG	4	
ceprozilo	3		eritrocina (como estearato), comprimidos orales, 250 mg	4	
ceftazidima	4	PA	ERYTHROCIN, SOL. PARA RECONST. INTRAVENOSA, 500 MG	4	PA
CEFTAZIDIME IN D5W	4	PA	etilsuccinato de eritromicina, suspensión oral para reconstitución, 200 mg/5 ml	4	
ceftriaxona en dextrosa, iso-osm.	4		eritromicina oral	4	
ceftriaxona, sol. para reconst. inyect., 1 gramo, 10 gramos, 2 gramos, 250 mg, 500 mg	4		<b>ANTIINFECCIOSOS VARIOS</b>		
CEFTRIAXONE, SOL. PARA RECONST. INYECT., 100 GRAMOS	4		albendazol	5	NDS

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

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

Cursiva minúscula = Medicamento genérico

## Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES	NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
amikacina, solución inyectable, 1,000 mg/4 ml, 500 mg/2 ml	4	PA	FIRVANQ, SOL. PARA RECONST. INTRAVENOSA, 50 MG/ML	4	QL (450/10)
ARIKAYCE	4	PA; LA	gentamicina en nacl (iso-osm.), infusión secundaria intravenosa, 100 mg/100 ml, 60 mg/50 ml, 80 mg/100 ml, 80 mg/50 ml	4	PA
atovacuona	5	NDS	GENTAMICIN IN NACL (ISO-OSM.), INFUSIÓN SECUNDARIA INTRAVENOSA, 100 MG/50 ML, 120 MG/100 ML	4	PA
atovacuona-proguanil	4		gentamicina, solución inyectable, 40 mg/ml	4	PA
aztreonam	4	PA	sulfato de gentamicina (pediátrico) (pf)	4	PA
bacitracina intramuscular	4		HYDROXYCHLOROQUINE, COMPRIMIDOS ORALES, 100 MG, 300 MG, 400 MG	2	
CAYSTON	5	PA; LA; QL (84/28); NDS	hidroxicloroquina, comprimidos orales, 200 mg	2	
succinato sódico de cloranfenicol	4		imipenem-cilastatina	4	
fosfato de cloroquina	2		isoniazida, solución oral	4	
clorhidrato de clindamicina	2		isoniazida, comprimidos orales	2	
CLINDAMYCIN EN CLORURO DE SODIO AL 0.9%	4	PA	ivermectina oral	3	
clindamicina en dextrosa al 5%	4	PA	lincomicina	4	PA
clindamicina pediátrica	4		linezolidia en dextrosa al 5%	4	PA
fosfato de clindamicina inyectable	4	PA	linezolidia, suspensión oral para reconstitución	5	QL (1800/30); NDS
fosfato de clindamicina, solución intravenosa, 600 mg/4 ml	4	PA	linezolidia, comprimidos orales	3	QL (60/30)
COARTEM	4	QL (24/30)	linezolidia-cloruro de sodio al 0.9%.	4	PA
colistina (colistimetafo sódico)	4	PA	mefloquina	2	
CYCLOSERINE	4		meropenem	4	
dapsona oral	3		MEROPENEM-0.9% SODIUM CHLORIDE	4	
DAPTO MYCIN, SOL. PARA RECONST. INTRAVENOSA, 350 MG	5	NDS	metro intravenoso	4	PA
daptomicina, sol. para reconst. intravenosa, 500 mg	5	NDS	metronidazol en nacl (iso-osm.)	4	PA
EMVERM	4				
ertapenem	4				
etambutol	4				
FIRVANQ, SOL. PARA RECONST. INTRAVENOSA, 25 MG/ML	4	QL (300/10)			

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

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

Cursiva minúscula = Medicamento genérico

## Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES	NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
metronidazol, comprimidos orales	2		vancomicina, sol. para reconst. intravenosa, 1,000 mg, 10 gramos, 250 mg, 5 gramos, 500 mg, 750 mg	4	
neomicina	2		VANCOMYCIN, SOL. PARA RECONST. INTRAVENOSA, 1.25 GRAMOS, 1.5 GRAMOS	4	
nitazoxanida	5	QL (20/10); NDS	vancomicina, cápsulas orales, 125 mg	4	PA; QL (40/10)
paromomicina	4		vancomicina, cápsulas orales, 250 mg	4	PA; QL (80/10)
PASER	4		vancomicina, sol. para reconst. oral	2	QL (450/10)
PENTAM	4		VANCOMYCIN-WATER, INYECTABLE (PEG)	4	
pentamidina para inhalar	3	B/D PA; QL (1/28)	XIFAXAN, COMPRIMIDOS ORALES, 550 MG	5	PA; QL (90/30); NDS
pentamidina inyectable	4				
praziquantel	4				
PRIFTIN	4				
PRIMAQUINE	4				
pirazinamida	4				
pirimetamina	5	PA; NDS			
sulfato de quinina	4	PA; QL (42/7)			
rifabutina	4				
rifampina	4				
SIRTURO	4	PA; LA			
SIVEXTRO INTRAVENOSO	5	PA; QL (6/28); NDS			
SIVEXTRO ORAL	5	QL (6/28); NDS			
estreptomicina	4	PA			
SYNERCID	5	PA; NDS			
tigeciclina	5	PA; NDS			
tobramicina en nacl al 0.225%	5	B/D PA; QL (280/28); NDS			
sulfato de tobramicina	4	PA			
TRECATOR	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				

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

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

Cursiva minúscula = Medicamento genérico

# Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES	NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
BICILLIN L-A	4	PA	<b>SULFAMIDAS/AGENTES RELACIONADOS</b>		
<i>dicloxacilina</i>	2		<i>sulfadiazina</i>	4	
<i>nafcicina</i>	4	PA	<i>sulfametoxazol(trimetoprima, intravenoso)</i>	4	PA
<i>nafcicina en dextrosa, iso-osm.</i>	4	PA	<i>sulfametoxazol-trimetoprima, suspensión oral</i>	4	
<i>oxacilina inyectable</i>	4	PA	<i>sulfametoxazol-trimetoprima, comprimidos orales</i>	2	
<i>penicilina g potásica</i>	4	PA			
<i>penicilina v potásica</i>	2				
<i>pizerpen-g</i>	4	PA			
PIPERACILLIN-TAZOBACTAM, SOL. PARA RECONST. INTRAVENOSA, 13.5 GRAMOS	4		<b>TETRACICLINAS</b>		
<i>piperacilina-tazobactam, sol. para reconst. intravenosa, 2.25 gramos, 3.375 gramos, 4.5 gramos, 40.5 gramos</i>	4		<i>doxiciclina-100</i>	4	PA
ZOSYN EN DEXTROSA, ISO-OSM.	4		<i>hclato de doxiciclina intravenoso</i>	4	PA
<b>QUINOLONAS</b>			<i>hclato de doxiciclina, cápsulas orales</i>	2	
CIPRO, RECONST. DE MICROCÁPSULAS PARA SUSPENSIÓN ORAL	4		<i>hclato de doxiciclina, comprimidos orales, 100 mg, 20 mg</i>	2	
<i>clorhidrato de ciprofloxacina, comprimidos orales, 100 mg</i>	4		<i>monohidrato de doxiciclina, cápsulas orales, 100 mg, 50 mg</i>	3	
<i>clorhidrato de ciprofloxacina, comprimidos orales, 250 mg, 500 mg, 750 mg</i>	2		<i>monohidrato de doxiciclina, suspensión oral para reconstitución</i>	4	
<i>ciprofloxacina en dextrosa al 5%</i>	4	PA	<i>monohidrato de doxiciclina, comprimidos orales</i>	3	
<i>levofloxacina en d5w</i>	4	PA	<i>minociclina, cápsulas orales</i>	2	
<i>levofloxacina intravenosa</i>	4	PA	<b>NUZYRA INTRAVENOSO</b>	4	PA
<i>levofloxacina, solución oral</i>	4		<b>NUZYRA ORAL</b>	4	
<i>levofloxacina, comprimidos orales</i>	2		<i>tetraciclina</i>	4	
<i>moxifloxacina oral</i>	4		<b>AGENTES DE LAS VÍAS URINARIAS</b>		
MOXIFLOXACIN-SOD. ACE, SUL-WATER	4	PA	<i>hipurato de metenamina</i>	4	
<i>moxifloxacina-cloruro de sodio (iso)</i>	4	PA	<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	NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<b>MEDICAMENTOS ANTINEOPLÁSICOS/ INMUNODEPRESORES</b>					
<b>AGENTES COADYUVANTES</b>					
<i>leucovorina cálcica, inyectable</i>	4		ALUNBRIG, COMPRIMIDOS ORALES, 180 MG, 90 MG	5	PA; QL (30/30); NDS
<i>leucovorina cálcica, comprimidos orales, 10 mg, 15 mg, 25 mg</i>	4		ALUNBRIG, COMPRIMIDOS ORALES, 30 MG	5	PA; QL (60/30); NDS
<i>leucovorina cálcica, comprimidos orales, 5 mg</i>	3		ALUNBRIG, COMPRIMIDOS ORALES, PAQUETE DOSIFICADO	5	PA; QL (30/30); NDS
<i>mesna</i>	4	B/D PA	<i>anastrozol</i>	2	
<b>MESNEX ORAL</b>	5	NDS	ARRANON	4	B/D PA
<b>XGEVA</b>	5	PA; QL (1.7/28); NDS	<i>tríoxido de arsénico</i>	4	B/D PA
<b>MEDICAMENTOS ANTINEOPLÁSICOS/ INMUNODEPRESORES</b>					
<i>abiraterona, comprimidos orales, 250 mg</i>	4	PA; QL (120/30)	ARZERRA	4	B/D PA
<i>abiraterona, comprimidos orales, 500 mg</i>	4	PA; QL (60/30)	AYVAKIT	5	PA; LA; QL (30/30); NDS
<b>ABRAXANE</b>	5	PA; NDS	<i>azacitidina</i>	4	B/D PA
<b>ADCETRIS</b>	4	PA	<i>azatioprina, comprimidos orales, 50 mg</i>	2	B/D PA
<i>adriamicina, sol. para reconst. intravenosa, 10 mg</i>	4	B/D PA	<i>azatioprina sódica</i>	4	B/D PA
<i>adriamicina, solución intravenosa</i>	4	B/D PA	BALVERSA	5	PA; LA; NDS
<i>adrucil, solución intravenosa, 2.5 gramos/50 ml</i>	4	B/D PA	BAVENCIO	5	PA; NDS
<b>AFINITOR DISPERZ, COMPRIMIDOS ORALES PARA SUSPENSIÓN, 2 MG</b>	5	PA; QL (150/30); NDS	BELEODAQ	4	B/D PA
<b>AFINITOR DISPERZ, COMPRIMIDOS ORALES PARA SUSPENSIÓN, 3 MG, 5 MG</b>	5	PA; QL (56/28); NDS	BENDEKA	5	B/D PA; NDS
<b>AFINITOR, COMPRIMIDOS ORALES, 10 MG</b>	5	PA; QL (30/30); NDS	BESPONSA	5	PA; NDS
<b>ALECENSA</b>	5	PA; QL (240/30); NDS	<i>bexaroteno</i>	5	PA; NDS
<b>ALIMTA</b>	5	PA; NDS	<i>bicalutamida</i>	3	
<b>ALIQOPA</b>	5	PA; NDS	BLENREP	4	PA
			<i>bleomicina</i>	4	B/D PA
			BLINCYTO, KIT INTRAVENOSO	4	B/D PA
			<i>BORTEZOMIB</i>	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
			<i>BRAFTOVI, CÁPSULAS ORALES, 75 MG</i>	5	PA; LA; QL (180/30); NDS
			<i>BRUKINSA</i>	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

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	NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
CABOMETYX, COMPRIMIDOS ORALES, 40 MG	5	PA; LA; QL (60/30); NDS	<i>dactinomicina</i>	4	B/D PA
CALQUENCE	5	PA; LA; QL (60/30); NDS	DANYELZA	4	PA
CAPRELSA, COMPRIMIDOS ORALES, 100 MG	5	PA; LA; QL (60/30); NDS	DARZALEX	5	PA; NDS
CAPRELSA, COMPRIMIDOS ORALES, 300 MG	5	PA; LA; QL (30/30); NDS	DARZALEX FASPRO	5	PA; NDS
<i>carboplatino, solución intravenosa</i>	4	B/D PA	<i>daunorubicina, solución intravenosa</i>	4	B/D PA
<i>carmustina</i>	4	B/D PA	DAURISMO, COMPRIMIDOS ORALES, 100 MG	5	PA; QL (30/30); NDS
<i>cisplatino, solución intravenosa</i>	4	B/D PA	DAURISMO, COMPRIMIDOS ORALES, 25 MG	5	PA; QL (60/30); NDS
<i>cladribina</i>	4	B/D PA	<i>decitabina</i>	4	B/D PA
<i>clofarabina</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
COMETRIQ, CÁPSULAS ORALES, 100 MG/DÍA (80 MG X 1-20 MG X 1)	5	PA; QL (56/28); NDS	<i>doxorubicin</i>	4	B/D PA
COMETRIQ, CÁPSULAS ORALES, 140 MG/DÍA (80 MG X 1-20 MG X 3)	5	PA; QL (112/28); NDS	<i>doxorrubícina, liposomal pegilada</i>	4	B/D PA
COMETRIQ, CÁPSULAS ORALES, 60 MG/DÍA (20 MG X 3/DÍA)	5	PA; QL (84/28); NDS	DROXIA	4	
COPIKTRA	5	PA; LA; QL (60/30); NDS	ELLENCE	4	B/D PA
COTELLIC	5	PA; LA; QL (63/28); NDS	ELZONRIS	5	PA; NDS
<i>ciclofosfamida, sol. para reconst. intravenosa</i>	5	B/D PA; NDS	EMCYT	4	
CYCLOPHOSPHAMIDE, SOLUCIÓN INTRAVENOSA	5	B/D PA; NDS	EMPLICITI	4	PA
<i>ciclofosfamida oral</i>	3	B/D PA	ENHERTU	5	PA; NDS
<i>ciclosporina intravenosa</i>	4	B/D PA	<i>epirubicina, solución intravenosa</i>	4	B/D PA
<i>ciclosporina modificada</i>	4	B/D PA	ERBITUX	4	B/D PA
<i>ciclosporina, cápsulas orales</i>	4	B/D PA	ERIVEDGE	5	PA; QL (30/30); NDS
CYRAMZA	5	PA; NDS	ERLEADA	4	PA; QL (120/30)
citarabina	4	B/D PA	<i>erlotinib, comprimidos orales, 100 mg, 150 mg</i>	5	PA; QL (30/30); NDS
citarabina (pf)	4	B/D PA	<i>erlotinib, comprimidos orales, 25 mg</i>	5	PA; QL (60/30); NDS
dacarbazina	4	B/D PA	ETOPOPHOS	4	B/D PA
			<i>etopósido intravenoso</i>	3	B/D PA

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

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	NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
everolimus ( <i>antineoplásico</i> ), comprimidos orales	5	PA; QL (30/30); NDS	ICLUSIG, COMPRIMIDOS ORALES, 10 MG, 30 MG, 45 MG	5	PA; QL (30/30); NDS
everolimus ( <i>inmunodepresor</i> ), comprimidos orales, 0.25 mg, 0.75 mg	5	B/D PA; QL (60/30); NDS	ICLUSIG, COMPRIMIDOS ORALES, 15 MG	5	PA; QL (60/30); NDS
everolimus ( <i>inmunodepresor</i> ), comprimidos orales, 0.5 mg	5	B/D PA; QL (120/30); NDS	<i>idarrubicina</i>	4	B/D PA
EVOMELA	5	PA; NDS	IDHIFA	5	PA; LA; QL (30/30); NDS
exemestano	4		<i>ifosfamida</i>	4	B/D PA
EXKIVITY	5	PA; NDS	<i>imatinib</i> , comprimidos orales, 100 mg	5	PA; QL (180/30); NDS
FARYDAK	5	PA; QL (6/21); NDS	<i>imatinib</i> , comprimidos orales, 400 mg	5	PA; QL (60/30); NDS
FIRMAGON, KIT CON JERINGA DILUYENTE	4	B/D PA	IMBRUVICA, CÁPSULAS ORALES, 140 MG	5	PA; QL (120/30); NDS
floxuridina	4	B/D PA	IMBRUVICA, CÁPSULAS ORALES, 70 MG	5	PA; QL (30/30); NDS
fludarabina	4	B/D PA	IMBRUVICA, COMPRIMIDOS ORALES	5	PA; QL (30/30); NDS
fluorouracilo intravenoso	4	B/D PA	IMFINZI	5	PA; NDS
flutamida	4		INFUGEM	5	B/D PA; NDS
FOLOTYN	5	B/D PA; NDS	INLYTA, COMPRIMIDOS ORALES, 1 MG	5	PA; QL (180/30); NDS
FOTIVDA	5	PA; LA; QL (21/28); NDS	INLYTA, COMPRIMIDOS ORALES, 5 MG	5	PA; QL (120/30); NDS
fulvestrant	5	B/D PA; NDS	INQOVI	5	PA; QL (5/28); NDS
GAVRETO	4	PA; LA; QL (120/30)	INREBIC	5	PA; LA; QL (120/30); NDS
GAZYVA	5	PA; NDS	IRESSA	5	PA; QL (30/30); NDS
gemcitabina, sol. para reconst. intravenosa	4	B/D PA	<i>irinotecán</i>	4	B/D PA
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)	4	B/D PA	IXEMPRA	4	B/D PA
GEMCITABINE, SOLUCIÓN INTRAVENOSA, 100 MG/ML	5	B/D PA; NDS	JAKAFI	5	PA; QL (60/30); NDS
gengraf	4	B/D PA	JEMPERLI	4	PA
GILOTRIF	5	PA; QL (30/30); NDS	JEVTANA	4	B/D PA
HALAVEN	5	PA; NDS	KADCYLA	5	PA; NDS
hidroxiurea	2		KANJINTI	5	PA; NDS
IBRANCE	5	PA; QL (21/28); NDS	KEYTRUDA	5	PA; NDS

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

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

Cursiva minúscula = Medicamento genérico

## Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES	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	LORBRENA, COMPRIMIDOS ORALES, 100 MG	5	PA; QL (30/30); NDS
KISQALI FEMARA CO-PACK, COMPRIMIDOS ORALES, 400 MG/DÍA (200 MG X 2), 2.5 MG	5	PA; QL (70/28); NDS	LORBRENA, COMPRIMIDOS ORALES, 25 MG	5	PA; QL (90/30); NDS
KISQALI FEMARA CO-PACK, COMPRIMIDOS ORALES, 600 MG/DÍA (200 MG X 3), 2.5 MG	5	PA; QL (91/28); NDS	LUMAKRAS	5	PA; QL (240/30); NDS
KISQALI, COMPRIMIDOS ORALES, 200 MG/DÍA (200 MG X 1)	5	PA; QL (21/28); NDS	LUMOXITI	5	PA; NDS
KISQALI, COMPRIMIDOS ORALES, 400 MG/DÍA (200 MG X 2)	5	PA; QL (42/28); NDS	LUPRON DEPOT	5	PA; NDS
KISQALI, COMPRIMIDOS ORALES, 600 MG/DÍA (200 MG X 3)	5	PA; QL (63/28); NDS	LUPRON DEPOT (3 MESES)	5	PA; NDS
KYPROLIS	5	B/D PA; NDS	LUPRON DEPOT (4 MESES)	5	PA; NDS
<i>lapatinib</i>	5	PA; QL (180/30); NDS	LUPRON DEPOT (6 MESES)	5	PA; NDS
LENVIMA, CÁPSULAS ORALES, 10 MG/DÍA (10 MG X 1), 4 MG	5	PA; QL (30/30); NDS	LUPRON DEPOT-PED	5	PA; 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	LUPRON DEPOT-PED (3 MESES)	5	PA; 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	LYNPARZA	5	PA; QL (120/30); NDS
<i>letrozol</i>	2		LYSODREN	5	NDS
LEUKERAN	4		MARQIBO	4	B/D PA
<i>leuprolida subcutánea, kit</i>	4	PA	MATULANE	5	NDS
LIBTAYO	5	PA; NDS	<i>megestrol, suspensión oral, 400 mg/10 ml (10 ml), 400 mg/10 ml (40 mg/ml)</i>	4	PA
LONSURF, COMPRIMIDOS ORALES, 15-6.14 MG	5	PA; QL (100/28); NDS	<i>megestrol, comprimidos orales, 20 mg</i>	4	PA
LONSURF, COMPRIMIDOS ORALES, 20-8.19 MG	5	PA; QL (80/28); NDS	<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

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	NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
MONJUVI	4	PA	PADCEV	4	PA
MVASI	5	PA; NDS	PEMAZYRE	4	PA; LA; QL (14/21)
<i>mofetil micofenolato (clorhidrato)</i>	4	B/D PA	PERJETA	5	PA; NDS
<i>mofetil micofenolato, cápsulas orales</i>	3	B/D PA	PHESGO	5	PA; NDS
<i>mofetil micofenolato, suspensión oral para reconstitución</i>	5	B/D PA; NDS	PIQRAY	5	PA; NDS
<i>mofetil micofenolato, comprimidos orales</i>	4	B/D PA	POLIVY	5	PA; NDS
<i>micofenolato sódico</i>	4	B/D PA	POMALYST	5	PA; LA; QL (21/28); NDS
MYLOTARG	5	PA; NDS	PORTRAZZA	4	B/D PA
NERLYNX	5	PA; LA; NDS	POTELIGEO	5	PA; NDS
NEXAVAR	5	PA; LA; QL (120/30); NDS	PROGRAF INTRAVENOSO	4	B/D PA
<i>nilutamida</i>	5	NDS	PROGRAF, PAQUETE DE GRÁNULOS ORALES	4	B/D PA
NINLARO	5	PA; QL (3/28); NDS	PURIXAN	5	NDS
NIPENT	4	B/D PA	QINLOCK	5	PA; LA; NDS
NUBEQA	4	PA; LA; QL (120/30)	RETEVMO	5	PA; LA; NDS
NULOJIX	5	PA; QL (26/28); NDS	REVLIMID	5	PA; LA; QL (28/28); NDS
<i>acetato de octreotida, solución inyectable, 1,000 mcg/ml, 100 mcg/ml, 200 mcg/ml, 500 mcg/ml</i>	4	PA	ROMIDEPSIN, SOLUCIÓN INTRAVENOSA	5	PA; NDS
<i>acetato de octreotida, solución inyectable, 50 mcg/ml</i>	3	PA	ROZLYTREK, CÁPSULAS ORALES, 100 MG	5	PA; QL (150/30); NDS
ODOMZO	5	PA; LA; QL (30/30); NDS	ROZLYTREK, CÁPSULAS ORALES, 200 MG	5	PA; QL (90/30); NDS
OGIVRI	5	PA; NDS	RUBRACA	5	PA; LA; QL (120/30); NDS
ONCASPAR	4		RUXIENCE	5	PA; NDS
ONIVYDE	4	B/D PA	RYBREVANT	4	PA
ONUREG	4	PA; QL (14/28)	RYDAPT	5	PA; QL (240/30); NDS
OPDIVO	5	PA; QL (80/28); NDS	RYLAZE	4	B/D PA
ORGOVYX	4	PA; LA; QL (30/30)	SANDIMMUNE, SOLUCIÓN ORAL	4	B/D PA
<i>oxaliplatin</i>	4	B/D PA	SARCLISA	4	PA
<i>paclitaxel</i>	4	B/D 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

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

Cursiva minúscula = Medicamento genérico

## Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES	NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
SOLTAMOX	4		THALOMID, CÁPSULAS ORALES, 100 MG, 150 MG, 50 MG	5	PA; QL (28/28); NDS
SOMATULINE DEPOT	5	PA; NDS	THALOMID, CÁPSULAS ORALES, 200 MG	5	PA; QL (56/28); NDS
SPRYCEL, COMPRIMIDOS ORALES, 100 MG, 140 MG, 50 MG, 80 MG	5	PA; QL (30/30); NDS	<i>tiosepa</i>	4	PA
SPRYCEL, COMPRIMIDOS ORALES, 20 MG, 70 MG	5	PA; QL (60/30); NDS	TIBSOVO	5	PA; NDS
STIVARGA	5	PA; QL (84/28); NDS	TIVDAK	4	PA
<i>sunitinib</i>	5	PA; QL (30/30); NDS	toposar	3	B/D PA
SUTENT	5	PA; QL (30/30); NDS	<i>topotecán, sol. para reconst. intravenosa</i>	5	B/D PA; NDS
SYNRIBO	5	PA; NDS	<i>topotecán, solución intravenosa, 4 mg/4 ml (1 mg/ml)</i>	4	B/D PA
TABLOID	4		<i>toremifeno</i>	5	NDS
TABRECTA	5	PA; NDS	TRAZIMERA	5	PA; NDS
<i>tacrolimus oral</i>	3	B/D PA	TREANDA	5	B/D PA; NDS
TAFINLAR	5	PA; QL (120/30); NDS	TRELSTAR, SUSPENSIÓN INTRAMUSCULAR PARA RECONSTITUCIÓN	5	PA; NDS
TAGRISSO	5	PA; LA; QL (30/30); NDS	<i>tretinoína (antineoplásico)</i>	5	NDS
TALZENNA, CÁPSULAS ORALES, 0.25 MG	5	PA; QL (90/30); NDS	TRIPTODUR	5	PA; NDS
TALZENNA, CÁPSULAS ORALES, 1 MG	5	PA; QL (30/30); NDS	TRODELVY	4	PA
<i>tamoxifeno</i>	2		TRUSELTIQ, CÁPSULAS ORALES, 100 MG/DÍA (100 MG X 1)	5	PA; LA; QL (21/28); NDS
TARGETIN TÓPICO	5	PA; 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
TASIGNA, CÁPSULAS ORALES, 150 MG, 200 MG	5	PA; QL (112/28); NDS	TRUSELTIQ, CÁPSULAS ORALES, 75 MG/DÍA (25 MG X 3)	5	PA; LA; QL (63/28); NDS
TASIGNA, CÁPSULAS ORALES, 50 MG	5	PA; QL (120/30); NDS	TRUXIMA	5	PA; NDS
TAZVERIK	4	PA; LA	TUKYSA, COMPRIMIDOS ORALES, 150 MG	5	PA; LA; QL (120/30); NDS
TECENTRIQ	5	PA; NDS	TUKYSA, COMPRIMIDOS ORALES, 50 MG	5	PA; LA; QL (300/30); NDS
TEMODAR INTRAVENOSO	4	B/D PA	TURALIO	5	PA; LA; NDS
<i>temsirolimus</i>	4	B/D PA			
TEPMETKO	5	PA; LA; QL (60/30); NDS			

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

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

Cursiva minúscula = Medicamento genérico

## Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES	NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
TYKERB	5	PA; LA; QL (180/30); NDS	XATMEP	4	PA
UKONIQ	5	PA; LA; QL (120/30); NDS	XOSPATA	5	PA; LA; NDS
UNITUXIN	5	PA; NDS	XPOVIO, COMPRIMIDOS ORALES, 100 MG/SEMANA (50 MG X 2), 40 MG/SEMANA (40 MG X 1), 40 MG DOS VECES POR SEMANA (40 MG X 2), 60 MG/SEMANA (60 MG X 1), 60 MG DOS VECES POR SEMANA (120 MG/SEMANA), 80 MG/SEMANA (40 MG X 2), 80 MG DOS VECES POR SEMANA (160 MG/SEMANA)	5	PA; LA; NDS
valrubicina	4	B/D PA	VECTIBIX	5	
VELCADE	5	PA; NDS	VELCADE	5	
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	vinblastine	4	B/D PA
vinblas <i>tine</i>	4	B/D PA	vincasar pfs	4	B/D PA
vincristina	4	B/D PA	vincristina	4	B/D PA
vinorelbina	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	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

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

Cursiva minúscula = Medicamento genérico

## Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES	NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<b>MEDICAMENTOS PARA EL SISTEMA NERVIOSO AUTÓNOMO/CENTRAL, NEUROLOGÍA/PSIC.</b>					
<b>ANTICONVULSIVANTES</b>					
APTIOM, COMPRIMIDOS ORALES, 200 MG	4	QL (180/30)	DIACOMIT, CÁPSULAS ORALES, 250 MG	4	PA; LA; QL (360/30)
APTIOM, COMPRIMIDOS ORALES, 400 MG	4	QL (90/30)	DIACOMIT, CÁPSULAS ORALES, 500 MG	4	PA; LA; QL (180/30)
APTIOM, COMPRIMIDOS ORALES, 600 MG, 800 MG	4	QL (60/30)	DIACOMIT, PAQUETE DE POLVO ORAL, 250 MG	4	PA; LA; QL (360/30)
BANZEL	5	PA; NDS	DIACOMIT, PAQUETE DE POLVO ORAL, 500 MG	4	PA; LA; QL (180/30)
BRIVIACT INTRAVENOSO	4		DIAZEPAM RECTAL	4	
BRIVIACT, SOLUCIÓN ORAL	4	QL (600/30)	DILANTIN, 30 MG	4	
BRIVIACT, COMPRIMIDOS ORALES	4	QL (60/30)	<i>divalproex, cápsulas orales con gránulos, lib. retardada</i>	4	
carbamazepina, cápsulas orales, liberación prolongada, multifásica, 12 horas	4		<i>divalproex, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas</i>	4	
carbamazepina, suspensión oral, 100 mg/5 ml, 200 mg/10 ml	2		<i>divalproex, comprimidos orales, liberación retardada (dr/ec)</i>	2	
carbamazepina, comprimidos orales	2		EPIDIOLEX	5	PA; LA; NDS
carbamazepina, comprimidos orales, liberación prolongada, 12 horas	4		<i>epitol</i>	2	
carbamazepina, comprimidos orales masticables	2		<i>etosuximida</i>	4	
CELONTIN, CÁPSULAS ORALES, 300 MG	3		<i>felbamato</i>	4	
clobazam, suspensión oral	4	PA; QL (480/30)	FINTEPLA	4	PA; LA
clobazam, comprimidos orales	4	PA; QL (60/30)	<i>fosfenoína</i>	3	
clonazepam, comprimidos orales, 0.5 mg, 1 mg	2	QL (90/30)	FYCOMPA, SUSPENSIÓN ORAL	4	PA; QL (720/30)
clonazepam, comprimidos orales, 2 mg	2	QL (300/30)	FYCOMPA, COMPRIMIDOS ORALES, 10 MG, 12 MG, 8 MG	4	PA; QL (30/30)
clonazepam, comprimidos de desintegración oral, 0.125 mg, 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg	4	QL (90/30)	FYCOMPA, COMPRIMIDOS ORALES, 2 MG, 4 MG, 6 MG	4	PA; QL (60/30)
clonazepam, comprimidos de desintegración oral, 2 mg	4	QL (300/30)	<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

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

Cursiva minúscula = Medicamento genérico

## Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES	NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>lamotrigina, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas</i>	4		SPRITAM	4	
<i>lamotrigina, comprimidos orales masticables dispersables</i>	2		<i>subvenite</i>	3	
<i>lamotrigina, comprimidos de desintegración oral</i>	4		<i>subvenite, paquete inicial (azul)</i>	3	
<i>levetiracetam en nacl (isosm.)</i>	4		<i>subvenite, paquete inicial (verde)</i>	3	
<i>levetiracetam intravenoso</i>	3		<i>subvenite, paquete inicial (naranja)</i>	3	
<i>levetiracetam, solución oral</i>	2		SYMPAZAN	5	PA; QL (60/30); NDS
<i>levetiracetam, comprimidos orales</i>	2		<i>tiagabina</i>	4	
<i>levetiracetam, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas</i>	4		<i>topiramato, cápsulas orales, con gránulos</i>	2	PA
NAYZILAM	4	PA; QL (10/30)	<i>topimarato, comprimidos orales</i>	2	PA
<i>oxcarbazepina</i>	3		<i>valproato sódico</i>	3	
<i>fenobarbital, elixir oral</i>	4	PA; QL (1500/30)	<i>ácido valproico</i>	2	
<i>fenobarbital, comprimidos orales</i>	3	PA; QL (120/30)	<i>ácido valproico (como sal sódica)</i>	2	
<i>fenobarbital sódico, solución inyectable</i>	3		VALTOCO	4	PA; QL (10/30)
<i>fenitoína, suspensión oral</i>	2		<i>vigabatrina</i>	5	PA; LA; QL (180/30); NDS
<i>fenitoína, comprimidos orales masticables</i>	2		<i>vigadrona</i>	5	PA; LA; QL (180/30); NDS
<i>fenitoína sódica, liberación prolongada</i>	2		VIMPAT INTRAVENOSO	4	QL (1200/30)
<i>fenitoína sódica, solución intravenosa</i>	3		VIMPAT, SOLUCIÓN ORAL	4	QL (1200/30)
<i>pregabalina, cápsulas orales, 100 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	3	QL (90/30)	VIMPAT, COMPRIMIDOS ORALES, 100 MG, 150 MG, 200 MG	4	QL (60/30)
<i>pregabalina, cápsulas orales, 225 mg, 300 mg</i>	3	QL (60/30)	VIMPAT, COMPRIMIDOS ORALES, 50 MG	4	QL (120/30)
<i>pregabalina, solución oral</i>	3	QL (900/30)	XCOPRI	4	PA
<i>primidona</i>	2		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
<i>roweepra</i>	2		XCOPRI, PAQUETE DE AJUSTE DE DOSIS	4	PA
<i>rufinamida</i>	5	PA; NDS	<i>zonisamida</i>	3	PA

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

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

Cursiva minúscula = Medicamento genérico

## Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES	NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<b>AGENTES ANTIPARKINSONIANOS</b>					
APOKYN	5	PA; LA; QL (60/30); NDS	sumatriptán, rociador nasal no aerosol, 5 mg/activación	4	QL (36/28)
benzatropina inyectable	4		succinato de sumatriptán oral	2	QL (18/28)
benzatropina oral	2	PA	succinato de sumatriptán, subcutáneo en cartucho	4	QL (8/28)
bromocriptina	4		succinato de sumatriptán, subcutáneo en lpicera	4	QL (8/28)
carbidopa	5	NDS	succinato de sumatriptán, solución subcutánea	4	QL (8/28)
carbidopa-levodopa, comprimidos orales	2		<b>TRATAMIENTOS NEUROLÓGICOS VARIOS</b>		
carbidopa-levodopa, comprimidos orales, liberación prolongada	3		AUSTEDO, COMPRIMIDOS ORALES, 12 MG, 9 MG	5	PA; LA; QL (120/30); NDS
carbidopa-levodopa, comprimidos de desintegración oral	2		AUSTEDO, COMPRIMIDOS ORALES, 6 MG	5	PA; LA; QL (60/30); NDS
carbidopa-levodopa-entacapona	4		COPAXONE, JERINGA SUBCUTÁNEA, 20 MG/ML	5	PA; QL (30/30); NDS
entacapona	4		COPAXONE, JERINGA SUBCUTÁNEA, 40 MG/ML	5	PA; QL (12/28); NDS
KYNMOBI, PELÍCULA SUBLINGUAL, 10 MG, 15 MG, 20 MG, 25 MG, 30 MG	5	PA; QL (150/30); NDS	dalfampridina	3	PA; QL (60/30)
NEUPRO	4		dimetilfumarato, cápsulas orales, liberación retardada (dr/ec), 120 mg	5	PA; QL (14/30); NDS
pramipexol, comprimidos orales	2		dimetilfumarato, cápsulas orales, liberación retardada (dr/ec), 120 mg (14), 240 mg (46)	5	PA; QL (120/180); NDS
rasagilina	4		dimetilfumarato, cápsulas orales, liberación retardada (dr/ec), 240 mg	5	PA; QL (60/30); NDS
ropinirol, comprimidos orales	2		donepezilo, comprimidos orales, 10 mg	2	QL (60/30)
ropinirol, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas	4		donepezilo, comprimidos orales, 5 mg	2	QL (30/30)
RYTARY	4	ST	donepezilo, comprimidos de desintegración oral, 10 mg	2	QL (60/30)
clorhidrato de selegilina	3		donepezilo, comprimidos de desintegración oral, 5 mg	2	QL (30/30)
<b>TRATAMIENTO DE LA MIGRAÑA/CEFALEA EN RACIMOS</b>					
AIMOVIG, AUTOINJECTOR	3	PA; QL (1/30)	galantamina, cápsulas orales, píldoras de lib. prol., 24 horas	4	QL (30/30)
dihidroergotamina nasal	4	PA; QL (8/28)	galantamina, solución oral	4	QL (200/30)
ergotamina-cafeína	3		galantamina, comprimidos orales	4	QL (60/30)
naratriptán	4	QL (18/28)			
rizatriptán, comprimidos orales	2	QL (36/28)			
rizatriptán, comprimidos de desintegración oral	4	QL (36/28)			
sumatriptán, rociador nasal no aerosol, 20 mg/activación	4	QL (18/28)			

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

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	NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
memantina, cápsulas orales con gránulos, lib. prolongada, 24 horas	4	PA	bromuro de piridostigmina, jarabe oral	4	
memantina, solución oral	4	PA; QL (300/30)	bromuro de piridostigmina, comprimidos orales, 60 mg	3	
memantina, comprimidos orales, 10 mg	3	PA; QL (60/30)	bromuro de piridostigmina, comprimidos orales, liberación prolongada	3	
memantina, comprimidos orales, 5 mg	3	PA; QL (90/30)	regonal	4	
memantina, comprimidos orales, paquete dosificado	3	PA; QL (98/28)	tizanidina, comprimidos orales	2	
NAMZARIC	3	PA	<b>ANALGÉSICOS NARCÓTICOS</b>		
NUDEXTA	4	PA	acetaminofeno-codeína, solución oral, 120 mg-12 mg/5 ml (5 ml), 120-12 mg/5 ml, 300 mg-30 mg/12.5 ml	2	QL (4500/30); NDS
OCREVUS	4	PA	acetaminofeno-codeína, comprimidos orales, 300-15 mg, 300-30 mg	2	QL (360/30); NDS
rivastigmina	4		acetaminofeno-codeína, comprimidos orales, 300-60 mg	2	QL (180/30); NDS
tartrato de rivastigmina	4	QL (60/30)	clorhidrato de buprenorfina, inyectable	4	NDS
TECFIDERA, CÁPSULAS ORALES, LIBERACIÓN RETARDADA (DR/EC), 120 MG	5	PA; LA; QL (14/30); NDS	clorhidrato de buprenorfina sublingual	3	PA
TECFIDERA, CÁPSULAS ORALES, LIBERACIÓN RETARDADA (DR/EC), 120 MG (14), 240 MG (46)	5	PA; LA; QL (120/180); NDS	endocet	4	QL (360/30); NDS
TECFIDERA, CÁPSULAS ORALES, LIBERACIÓN RETARDADA (DR/EC), 240 MG	5	PA; LA; QL (60/30); NDS	citrato de fentanilo, pastilla bucal con aplicador	5	PA; QL (120/30); NDS
tetrabenazina, comprimidos orales, 12.5 mg	5	PA; QL (240/30); NDS	fentanilo, parche transdérmico, 72 horas, 100 mcg/h, 12 mcg/h, 25 mcg/h, 50 mcg/h, 75 mcg/h	4	QL (10/30); NDS
tetrabenazina, comprimidos orales, 25 mg	5	PA; QL (120/30); NDS	hidrocodona-acetaminofeno, solución oral, 7.5-325 mg/15 ml	4	QL (5550/30); NDS
TYSABRI	5	PA; NDS	hidrocodona-acetaminofeno, comprimidos orales, 10-325 mg, 5-325 mg, 7.5-325 mg	3	QL (360/30); NDS
<b>RELAJANTES MUSCULARES/ TERAPIA ANTIESPASMÓDICA</b>			hidrocodona-ibuprofeno, comprimidos orales, 7.5-200 mg	4	QL (50/30); NDS
baclofeno oral	2		hidromorfona, líquido oral	4	QL (2400/30); NDS
ciclobenzaprina, comprimidos orales, 10 mg, 5 mg	3	PA	hidromorfona, comprimidos orales	4	QL (180/30); NDS
dantroleno oral	4		INFUMORPH P/F	4	B/D PA; NDS
metocarbamol oral	2	PA			

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

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

Cursiva minúscula = Medicamento genérico

## Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES	NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES	
metadona, solución inyectable	4	NDS	oxicodona, solución oral	4	QL (1200/30); NDS	
metadona, intensol	4	QL (90/30); NDS	oxicodona, comprimidos orales, 10 mg, 15 mg, 20 mg, 30 mg	3	QL (180/30); NDS	
metadona, concentrado oral	4	QL (90/30); NDS	oxicodona, comprimidos orales, 5 mg	3	QL (360/30); NDS	
metadona, solución oral, 10 mg/5 ml	4	QL (600/30); NDS	oxicodona-acetaminofeno, comprimidos orales, 10-325 mg, 2.5-325 mg, 5-325 mg, 7.5-325 mg	3	QL (360/30); NDS	
metadona, solución oral, 5 mg/5 ml	4	QL (1200/30); NDS	oximorfona, comprimidos orales, liberación prolongada, 12 horas	3	QL (90/30); NDS	
metadona, comprimidos orales, 10 mg	2	QL (120/30); NDS	XTAMPZA ER	3	QL (90/30); NDS	
metadona, comprimidos orales, 5 mg	2	QL (240/30); NDS	<b>ANALGÉSICOS NO NARCÓTICOS</b>			
morfina (pf), solución inyectable, 0.5 mg/ml, 1 mg/ml	4	NDS	buprenorfina-naloxona, película sublingual, 12-3 mg	4	QL (60/30)	
morfina, solución oral concentrada	3	QL (900/30); NDS	buprenorfina-naloxona, película sublingual, 2-0.5 mg	4	QL (360/30)	
MORPHINE, SOLUCIÓN INYECTABLE, 10 MG/ML, 2 MG/ML, 4 MG/ML, 5 MG/ML	4	NDS	buprenorfina-naloxona, película sublingual, 4-1 mg, 8-2 mg	4	QL (90/30)	
morfina, solución inyectable, 8 mg/ml	4	NDS	buprenorfina-naloxona, comprimidos sublinguales, 2-0.5 mg	2	QL (360/30)	
MORPHINE, JERINGA INYECTABLE, 2 MG/ML	4	NDS	buprenorfina-naloxona, comprimidos sublinguales, 8-2 mg	2	QL (90/30)	
morfina, jeringa inyectable, 4 mg/ml	4	NDS	butorfanol nasal	4	QL (10/28); NDS	
morfina, solución inyectable, 10 mg/ml	4	NDS	celecoxib	3	QL (60/30)	
MORPHINE, SOLUCIÓN INTRAVENOSA, 4 MG/ML, 8 MG/ML	4	NDS	diclofenaco potásico, comprimidos orales, 50 mg	2		
MORPHINE, JERINGA INTRAVENOSA, 10 MG/ML, 8 MG/ML	4	NDS	diclofenaco sódico oral	2		
morfina, jeringa intravenosa, 2 mg/ml, 4 mg/ml	4	NDS	diclofenaco sódico, gel tópico al 1%	3	QL (1000/28)	
morfina, solución oral	3	QL (900/30); NDS	diflunisal	2		
MORPHINE, COMPRIMIDOS ORALES	3	QL (180/30); NDS	ec-naproxeno	2		
morfina, comprimidos orales, liberación prolongada	3	QL (120/30); NDS	etodolaco	4		
oxicodona, concentrado oral	4	QL (180/30); NDS	flurbiprofeno, comprimidos orales, 100 mg	2		
			ibu	1		
			ibuprofeno, suspensión oral	2		

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

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

Cursiva minúscula = Medicamento genérico

## Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES	NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>ibuprofeno, comprimidos orales, 400 mg, 600 mg, 800 mg</i>	1		<b>MEDICAMENTOS PSICOTERAPÉUTICOS</b>		
KLOXXADO	3		ABILIFY MAINTENA	4	
<i>meloxicam, comprimidos orales, 15 mg</i>	1		ADASUVE	4	
<i>meloxicam, comprimidos orales, 7.5 mg</i>	1	QL (60/30)	<i>alprazolam, comprimidos orales, 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg</i>	2	QL (120/30)
<i>nabumetona</i>	2		<i>alprazolam, comprimidos orales, 2 mg</i>	2	QL (150/30)
<i>naloxona, solución inyectable</i>	2		<i>alprazolam, comprimidos de desintegración oral, 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg</i>	3	QL (90/30)
<i>naloxona, jeringa inyectable, 1 mg/ml</i>	2		<i>alprazolam, comprimidos de desintegración oral, 2 mg</i>	3	QL (150/30)
<i>naltrexona</i>	2		<i>amitriptilina</i>	2	
<i>naproxeno, suspensión oral</i>	4		<i>amoxapina</i>	4	
<i>naproxeno, comprimidos orales</i>	1		<i>aripiprazol, solución oral</i>	4	
<i>naproxeno, comprimidos orales, liberación retardada (dr/ec)</i>	2		<i>aripiprazol, comprimidos orales</i>	3	QL (30/30)
<i>naproxeno sódico, comprimidos orales, 275 mg, 550 mg</i>	4		<i>aripiprazol, comprimidos de desintegración oral</i>	5	QL (60/30); NDS
NARCAN	3		<i>maleato de asenapina</i>	4	QL (60/30)
<i>oxaprozina</i>	4		<i>atomoxetina, cápsulas orales, 10 mg, 18 mg, 25 mg, 40 mg</i>	4	QL (60/30)
SUBOXONE, PELÍCULA SUBLINGUAL, 12-3 MG	4	QL (60/30)	<i>atomoxetina, cápsulas orales, 100 mg, 60 mg, 80 mg</i>	4	QL (30/30)
SUBOXONE, PELÍCULA SUBLINGUAL, 2-0.5 MG	4	QL (360/30)	<i>clorhidrato de bupropión, comprimidos orales, 100 mg</i>	2	QL (120/30)
SUBOXONE, PELÍCULA SUBLINGUAL, 4-1 MG, 8-2 MG	4	QL (90/30)	<i>clorhidrato de bupropión, comprimidos orales, 75 mg</i>	2	QL (180/30)
<i>sulindaco</i>	2		<i>clorhidrato de bupropión, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas, 150 mg</i>	2	QL (90/30)
<i>tramadol, comprimidos orales, 50 mg</i>	2	QL (240/30); NDS	<i>clorhidrato de bupropión, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas, 300 mg</i>	2	QL (30/30)
<i>tramadol-acetaminofeno</i>	4	QL (240/30); NDS	<i>clorhidrato de bupropión, comprimidos orales, liberación sostenida, 12 horas</i>	2	QL (60/30)
VIVITROL	5	NDS	<i>buspirona</i>	2	
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)	CAPLYTA	4	PA; QL (30/30)
ZUBSOLV, COMPRIMIDOS SUBLINGUALES, 8.6-2.1 MG	3	QL (60/30)	<i>chlorpromazine</i>	4	
			<i>citalopram, solución oral</i>	4	

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

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	NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
citalopram, comprimidos orales	1		diazepam, solución oral, 5 mg/5 ml (1 mg/ml)	2	QL (1200/30)
clomipramina	4		diazepam, comprimidos orales	2	QL (120/30)
clorazepato dipotásico, comprimidos orales, 15 mg	4	QL (180/30)	doxepina, cápsulas orales	3	
clorazepato dipotásico, comprimidos orales, 3.75 mg	4	QL (90/30)	doxepina, concentrado oral	3	
clorazepato dipotásico, comprimidos orales, 7.5 mg	4	QL (360/30)	DRIZALMA, CÁPSULAS ORALES CON GRÁNULOS, LIB. RETARDADA, 20 MG, 30 MG, 60 MG	4	QL (60/30)
clozapina, comprimidos orales, 100 mg, 200 mg	4		DRIZALMA, CÁPSULAS ORALES CON GRÁNULOS, LIB. RETARDADA, 40 MG	4	QL (90/30)
clozapina, comprimidos orales, 25 mg, 50 mg	3		duloxetina, cápsulas orales, liberación retardada (dr/ec), 20 mg, 30 mg, 60 mg	2	QL (60/30)
clozapina, comprimidos de desintegración oral	4		EMSAM	4	QL (30/30)
desipramina	4		oxalato de escitalopram, solución oral	4	QL (600/30)
succinato de desvenlafaxina	4	QL (30/30)	oxalato de escitalopram, comprimidos orales	2	
dexmetilfenidato, comprimidos orales	3		FANAPT, COMPRIMIDOS ORALES	4	PA; QL (60/30)
dextroanfetamina, cápsulas orales, liberación prolongada	4		FANAPT, COMPRIMIDOS ORALES, PAQUETE DOSIFICADO	4	PA; QL (8/28)
dextroanfetamina, comprimidos orales	4		FETZIMA, CÁPSULAS ORALES, LIB. PROL., 24 HORAS, PAQUETE DOSIFICADO	4	ST; QL (28/28)
dextroanfetamina-anfetamina, cápsulas orales, liberación prolongada, 24 horas	4	QL (60/30)	FETZIMA, CÁPSULAS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA, 24 HORAS	4	ST; QL (30/30)
dextroanfetamina-anfetamina, comprimidos orales, 10 mg	2	QL (180/30)	fluoxetina, cápsulas orales, 10 mg	2	QL (30/30)
dextroanfetamina-anfetamina, comprimidos orales, 12.5 mg, 30 mg, 7.5 mg	2	QL (60/30)	fluoxetina, cápsulas orales, 20 mg	2	
dextroanfetamina-anfetamina, comprimidos orales, 15 mg	2	QL (120/30)	fluoxetina, cápsulas orales, 40 mg	2	QL (60/30)
dextroanfetamina-anfetamina, comprimidos orales, 20 mg	2	QL (90/30)	fluoxetina, solución oral	2	
dextroanfetamina-anfetamina, comprimidos orales, 5 mg	2	QL (360/30)	decanoato de flufenazina	4	
diazepam inyectable	2				
diazepam, intensol	2	QL (240/30)			
diazepam, concentrado oral	2	QL (240/30)			

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

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

Cursiva minúscula = Medicamento genérico

## Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES	NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>clorhidrato de flufenazina inyectable</i>	4		<i>succinato de loxapina</i>	4	
<i>clorhidrato de flufenazina, concentrado oral</i>	4		<i>LYBALVI</i>	4	PA; QL (30/30)
<i>clorhidrato de flufenazina, elixir oral</i>	4		<i>maprotilina</i>	4	
<i>clorhidrato de flufenazina, comprimidos orales</i>	2		<i>MARPLAN</i>	4	QL (180/30)
<i>fluvoxamina, comprimidos orales, 100 mg</i>	3	QL (90/30)	<i>clorhidrato de metilfenidato, comprimidos orales</i>	4	QL (90/30)
<i>fluvoxamina, comprimidos orales, 25 mg</i>	3	QL (30/30)	<i>clorhidrato de metilfenidato, comprimidos orales, liberación prolongada</i>	4	
<i>fluvoxamina, comprimidos orales, 50 mg</i>	3	QL (60/30)	<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>haloperidol</i>	2		<i>mirtazapina, comprimidos orales</i>	2	
<i>decanoato de haloperidol</i>	4		<i>mirtazapina, comprimidos de desintegración oral</i>	3	QL (30/30)
<i>lactato de haloperidol inyectable</i>	4		<i>modafinil, comprimidos orales, 100 mg</i>	3	PA; QL (30/30)
<i>lactato de haloperidol oral</i>	2		<i>modafinil, comprimidos orales, 200 mg</i>	3	PA; QL (60/30)
<i>HETLIOZ</i>	5	PA; QL (30/30); NDS	<i>molindona</i>	2	
<i>clorhidrato de imipramina</i>	3		<i>nefazodona</i>	4	
<i>INVEGA SUSTENNA</i>	4		<i>nortriptilina</i>	2	
<i>INVEGA TRINZA</i>	4		<i>NUPLAZID, CÁPSULAS ORALES</i>	4	PA; QL (30/30)
<i>LATUDA, COMPRIMIDOS ORALES, 120 MG, 20 MG, 40 MG, 60 MG</i>	4	QL (30/30)	<i>NUPLAZID, COMPRIMIDOS ORALES, 10 MG</i>	4	PA; QL (30/30)
<i>LATUDA, COMPRIMIDOS ORALES, 80 MG</i>	4	QL (60/30)	<i>olanzapina intramuscular</i>	4	QL (30/30)
<i>carbonato de litio</i>	2		<i>olanzapina, comprimidos orales</i>	3	
<i>lorazepam, solución inyectable</i>	4		<i>olanzapina, comprimidos de desintegración oral</i>	4	QL (30/30)
<i>lorazepam, jeringa inyectable, 2 mg/ml</i>	4		<i>olanzapina-fluoxetina</i>	4	
<i>lorazepam, intensol</i>	3	QL (150/30)	<i>oxazepam</i>	4	QL (120/30)
<i>lorazepam, concentrado oral</i>	3	QL (150/30)	<i>paliperidona, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas, 1.5 mg, 3 mg, 9 mg</i>	4	PA; QL (30/30)
<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)			

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

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	NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
paliperidona, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas, 6 mg	4	PA; QL (60/30)	sertralina, concentrado oral	4	
clorhidrato de paroxetina, suspensión oral	4	ST; QL (900/30)	sertralina, comprimidos orales	2	
clorhidrato de paroxetina, comprimidos orales	2		temazepam, cápsulas orales, 15 mg, 30 mg	2	QL (60/365)
PAXIL, SUSPENSIÓN ORAL	4	ST; QL (900/30)	temazepam, cápsulas orales, 22.5 mg, 7.5 mg	4	QL (60/365)
perfenazina	4		tioridazina	4	
perfenazina-amitriptilina	4		tiotixeno	4	
PERSERIS	4	QL (1/30)	tranilcipromina	4	
fenzelzina	3		trazodona, comprimidos orales, 100 mg, 150 mg, 50 mg	1	
pimozida	4		trazodona, comprimidos orales, 300 mg	2	
protriptilina	4		trifluoperazina, comprimidos orales, 1 mg	3	
quetiapina, comprimidos orales, 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg	2	QL (90/30)	trifluoperazina, comprimidos orales, 10 mg, 2 mg, 5 mg	4	
quetiapina, comprimidos orales, 300 mg, 400 mg	2	QL (60/30)	trimipramina	4	
quetiapina, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas, 150 mg, 200 mg	4	QL (30/30)	TRINTELLIX	4	ST; QL (30/30)
quetiapina, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas, 300 mg, 400 mg, 50 mg	4	QL (60/30)	venlafaxina, cápsulas orales, liberación prolongada, 24 horas	2	
ramelteón	3	QL (30/30)	venlafaxina, comprimidos orales	2	QL (90/30)
REXULTI	4	QL (30/30)	VERSACLOZ	4	
RISPERDAL CONSTA	4		VIIBRYD, COMPRIMIDOS ORALES	4	ST; QL (30/30)
risperidona, solución oral	4		VIIBRYD, COMPRIMIDOS ORALES, PAQUETE DOSIFICADO, 10 MG (7), 20 MG (23)	4	ST; QL (30/30)
risperidona, comprimidos orales, 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg	2	QL (60/30)	VRAYLAR, CÁPSULAS ORALES	4	PA; QL (30/30)
risperidona, comprimidos orales, 4 mg	2	QL (120/30)	VRAYLAR, CÁPSULAS ORALES, PAQUETE DOSIFICADO	4	PA; QL (7/30)
risperidona, comprimidos de desintegración oral, 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg	4	QL (60/30)	XYREM	5	PA; LA; QL (540/30); NDS
risperidona, comprimidos de desintegración oral, 4 mg	4	QL (120/30)	zaleplon, cápsulas orales, 10 mg	3	QL (60/30)
SAPHRIS	4	QL (60/30)	zaleplon, cápsulas orales, 5 mg	3	QL (30/30)
SECUADO	4	QL (30/30)			

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

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

Cursiva minúscula = Medicamento genérico

# Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES	NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
clorhidrato de ziprasidona	4	QL (60/30)	benazepril	1	
mesilato de ziprasidona	4	QL (6/30)	benazepril-hidroclorotiazida	2	
zolpidem, comprimidos orales	2	QL (30/30)	betaxolol oral	3	
ZYPREXA RELPREVV	4	PA	BIDIL	3	
<b>CARDIOVASCULARES, HIPERTENSIÓN/LÍPIDOS</b>					
<b>AGENTES ANTIARRÍTMICOS</b>					
amiodarona, solución intravenosa	4	B/D PA	fumarato de bisoprolol	2	
amiodarona, comprimidos orales, 100 mg, 200 mg	2		bisoprolol-hidroclorotiazida	1	
amiodarona, comprimidos orales, 400 mg	4		bumetanida inyectable	4	
dofetilida	4		bumetanida, comprimidos orales, 0.5 mg, 1 mg	2	
flecainida	4		bumetanida, comprimidos orales, 2 mg	3	
lidocaína (pf), jeringa intravenosa	4		BYSTOLIC	4	
mexiletina	4		candesartán, comprimidos orales, 16 mg, 4 mg, 8 mg	2	QL (60/30)
pacerona, comprimidos orales, 100 mg, 200 mg, 400 mg	4		candesartán, comprimidos orales, 32 mg	2	QL (30/30)
propafenona	4		candesartán-hidroclorotiazida	2	
sulfato de quinidina, comprimidos orales	2		captopril	4	
sorine	2		captopril-hidroclorotiazida	4	
sotalol af	2		cartia xt	2	
sotalol oral	2		carvedilol	1	
SOTYLIZE	4		fosfato de carvedilol	4	
<b>TRATAMIENTO ANTIHIPERTENSIVO</b>					
acebutolol	2		clorotiazida sódica	4	
aliskireno	4		clortalidona, comprimidos orales, 25 mg, 50 mg	2	
amilorida	2		clonidina	3	QL (4/28)
amilorida-hidroclorotiazida	2		clorhidrato de clonidina, comprimidos orales, 0.1 mg, 0.2 mg	1	
amlodipina	1		clorhidrato de clonidina, comprimidos orales, 0.3 mg	2	
amlodipina-benazepril	2		DEMSER	4	PA
amlodipina-valsartán	2		clorhidrato de diltiazem intravenoso	4	
amlodipina-valsartán-HCTZ	2		clorhidrato de diltiazem, cápsulas orales, liberación prolongada, 24 horas, degradable	2	
atenolol	1				
atenolol-clortalidona	2				

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

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

Cursiva minúscula = Medicamento genérico

## Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES	NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
clorhidrato de diltiazem, cápsulas orales, liberación prolongada, 12 horas	2		irbesartán	1	QL (30/30)
clorhidrato de diltiazem, cápsulas orales, liberación prolongada, 24 horas, 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg, 420 mg	2		irbesartán-hidroclorotiazida	1	QL (30/30)
clorhidrato de diltiazem, cápsulas orales, liberación prolongada, 24 horas, 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg	2		isradipina	4	
clorhidrato de diltiazem, comprimidos orales	2		labetalol oral	2	
clorhidrato de diltiazem, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas	2		lisinopril	1	
dilt-xr	2		lisinopril-hidroclorotiazida	1	
doxazosina, comprimidos orales, 1 mg, 2 mg, 4 mg	2	QL (30/30)	losartán	1	QL (60/30)
doxazosina, comprimidos orales, 8 mg	2	QL (60/30)	losartán-hidroclorotiazida, comprimidos orales, 100-12.5 mg, 100-25 mg	1	QL (30/30)
EDARBI	4		losartán-hidroclorotiazida, comprimidos orales, 50-12.5 mg	1	QL (60/30)
EDARBYCLOL	4		matzim la	2	
maleato de enalapril, comprimidos orales	1		metildopa	4	
enalapril-hidroclorotiazida	1		metolazona	3	
etacrinato sódico	4		succinato de metoprolol	1	
felodipina	2		tartrato de metoprolol-hidroclorotiazida	2	
fosinopril	2		tartrato de metoprolol oral	1	
fosinopril-hidroclorotiazida	2		metirosina	5	PA; NDS
furosemida inyectable	4		minoxidil oral	2	
furosemida, solución oral, 10 mg/ml, 40 mg/5 ml (8 mg/ml)	2		moexipril	2	
furosemida, comprimidos orales	1		nadolol	4	
hidralazina inyectable	4		nadolol-bendroflumetiazida, comprimidos orales, 80-5 mg	4	
hidralazina oral	2		nebivolol	4	
hidroclorotiazida	1		nicardipina, solución intravenosa	4	
indapamida	1		nicardipina oral	4	
			nifedipina, comprimidos orales, liberación prolongada	2	
			nifedipina, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas	2	
			nimodipina	4	
			nisoldipina	4	
			olmesartán	2	
			olmesartán-hidroclorotiazida	2	

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

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

Cursiva minúscula = Medicamento genérico

## Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES	NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
perindopril erbumina	2		valsartán, comprimidos orales, 320 mg	2	QL (30/30)
fenoxibenzamina	5	NDS	valsartán-hidroclorotiazida	2	QL (30/30)
pindolol	2		verapamilo, solución intravenosa	4	
prazosina	4		verapamilo, cápsulas orales, píldoras ct de lib. prol., 24 horas	2	
propranolol, cápsulas orales, liberación prolongada, 24 horas	4		verapamilo, cápsulas orales, píldoras de lib. prol., 24 horas, 120 mg, 180 mg, 240 mg	2	
propranolol, solución oral	4		VERAPAMIL, CÁPSULAS ORALES, PÍLDORAS DE LIB. PROL., 24 HORAS, 360 MG	3	
propranolol, comprimidos orales	2		verapamilo, comprimidos orales	1	
propranolol-hidroclorotiazida	3		verapamilo, comprimidos orales, liberación prolongada	2	
quinapril	1				
quinapril-hidroclorotiazida	2				
ramipril	1				
espironolactona	2				
espironolactona-hidroclorotiazida	2				
taztia xt, cápsulas orales, liberación prolongada, 24 horas, 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg	2				
TEKTURNA HCT	4				
telmisartán	2				
telmisartán-amiodipina	2				
telmisartán-hidroclorotiazida	2				
terazosina, cápsulas orales, 1 mg, 2 mg, 5 mg	1	QL (30/30)			
terazosina, cápsulas orales, 10 mg	1	QL (60/30)			
tiadylt, liberación prolongada	3				
maleato de timolol oral	2				
torsemida oral	2				
trandolapril	2				
triamtereno-hidroclorotiazida, cápsulas orales, 37.5-25 mg	1				
triamtereno-hidroclorotiazida, comprimidos orales	1				
UPTRAVI, ORAL	5	PA; LA; NDS			
valsartán, comprimidos orales, 160 mg, 40 mg, 80 mg	2	QL (60/30)			
<b>TRATAMIENTO DE COAGULACIÓN</b>					
ácido aminocaproico oral	4				
aspirina-dipiridamol	4				
BRILINTA	3	QL (60/30)			
cilostazol	2				
clopidogrel, comprimidos orales, 300 mg	4				
clopidogrel, comprimidos orales, 75 mg	1	QL (30/30)			
dipiridamol oral	2				
ELIQUIS	3				
ELIQUIS, TRATAMIENTO INICIAL PARA TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA/ EMBOLIA PULMONAR, 30 DÍAS	3				
enoxaparina	4				
fondaparinux, jeringa subcutánea, 10 mg/0.8 ml, 5 mg/0.4 ml, 7.5 mg/0.6 ml	5	NDS			
fondaparinux, jeringa subcutánea, 2.5 mg/0.5 ml	4				

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

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	NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
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)	4		colestiramina (con azúcar)	3	
heparina (porcina) en nacl (pf)	4		colestiramina suave	3	
heparina (porcina), solución inyectable	3		colesevelam	3	
heparina (porcina) en nacl al 0.45%, solución parenteral, intravenosa, 25,000 unidades/250 ml, 25,000 unidades/500 ml	4		colestipol, gránulos orales	4	
heparina, porcina (pf), jeringa inyectable, 5,000 unidades/0.5 ml	4		colestipol, paquete oral	4	
jantoven	1		colestipol, comprimidos orales	3	
pentoxifilina	2		ezetimiba	3	QL (30/30)
prasugrel	4		ezetimiba-simvastatina	4	QL (30/30)
PROMACTA, PAQUETE DE POLVO ORAL, 12.5 MG	5	PA; LA; QL (360/30); NDS	fenofibrato, cápsulas orales micronizadas, 134 mg, 200 mg, 67 mg	3	
PROMACTA, PAQUETE DE POLVO ORAL, 25 MG	5	PA; LA; QL (180/30); NDS	fenofibrato, comprimidos orales nanocrystalizados, 145 mg, 48 mg	3	
PROMACTA, COMPRIMIDOS ORALES, 12.5 MG, 25 MG, 50 MG	5	PA; LA; QL (30/30); NDS	fenofibrato, comprimidos orales, 160 mg, 54 mg	3	
PROMACTA, COMPRIMIDOS ORALES, 75 MG	5	PA; LA; QL (60/30); NDS	ácido fenofílico (colina)	4	
warfarina	1		fluvastatina, cápsulas orales, 20 mg	2	QL (30/30)
XARELTO	3		fluvastatina, cápsulas orales, 40 mg	2	QL (60/30)
XARELTO, TRATAMIENTO INICIAL PARA TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA/ EMBOLIA PULMONAR, 30 DÍAS	3		gemfibrozil	1	
<b>AGENTES PARA REDUCIR LOS LÍPIDOS/ EL COLESTEROL</b>			LIVALO	4	QL (30/30)
atorvastatina	1	QL (30/30)	lovastatina, comprimidos orales, 10 mg	1	QL (30/30)
			lovastatina, comprimidos orales, 20 mg, 40 mg	1	QL (60/30)
			niacina, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas	3	
			pravastatina	1	QL (30/30)
			prevalite	3	
			REPATHA	3	PA; QL (3/28)
			REPATHA PUSHTRONEX	3	PA; QL (3.5/28)
			REPATHA SURECLICK	3	PA; QL (3/28)
			rosuvastatina	2	QL (30/30)
			simvastatina, comprimidos orales	1	QL (30/30)
			VASCEPA	3	

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

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

Cursiva minúscula = Medicamento genérico

# Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES	NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES			
<b>AGENTES CARDIOVASCULARES VARIOS</b>								
CORLANOR, COMPRIMIDOS ORALES	4	PA	<i>calcipotrieno, cuero cabelludo</i>	3	QL (120/30)			
<i>digitek, comprimidos orales, 125 mcg (0.125 mg)</i>	2		<i>calcipotrieno, crema tópica</i>	4	QL (120/30)			
<i>digitek, comprimidos orales, 250 mcg (0.25 mg)</i>	3		<i>calcipotrieno, pomada tópica</i>	4	QL (120/30)			
<i>digox, comprimidos orales, 125 mcg (0.125 mg)</i>	2		<i>sulfuro de selenio, loción tópica</i>	2				
<i>digox, comprimidos orales, 250 mcg (0.25 mg)</i>	3		SKYRIZI, LAPICERA PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA	5	PA; QL (1/28); NDS			
<i>digoxina, solución oral</i>	3		SKYRIZI, JERINGA SUBCUTÁNEA, 150 MG/ML	5	PA; QL (1/28); NDS			
<i>digoxina, comprimidos orales, 125 mcg (0.125 mg)</i>	2		SKYRIZI, KIT DE JERINGA SUBCUTÁNEA	5	PA; QL (2/28); NDS			
<i>digoxina, comprimidos orales, 250 mcg (0.25 mg)</i>	3		STELARA INTRAVENOSA	5	PA; NDS			
ENTRESTO	3	QL (60/30)	STELARA, SOLUCIÓN SUBCUTÁNEA	5	PA; QL (0.5/28); NDS			
LANOXIN, COMPRIMIDOS ORALES, 62.5 MCG (0.0625 MG)	4		STELARA, JERINGA SUBCUTÁNEA, 45 MG/0.5 ML	5	PA; QL (0.5/28); NDS			
<i>ranolazina</i>	4	QL (60/30)	STELARA, JERINGA SUBCUTÁNEA, 90 MG/ML	5	PA; QL (1/28); NDS			
VERQUVO	3	PA; QL (30/30)	TALTZ, JERINGA	5	PA; QL (4/28); NDS			
VYNDAMAX	4	PA	<b>PRODUCTOS DERMATOLÓGICOS VARIOS</b>					
VYNDAQEL	4	PA	<i>lactato de amonio</i>	2				
<b>NITRATOS</b>			DUPIXENT, LAPICERA PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA, 200 MG/1.14 ML	5	PA; QL (4.56/28); NDS			
<i>dinitrato de isosorbida, comprimidos orales</i>	4		DUPIXENT, LAPICERA PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA, 300 MG/2 ML	5	PA; QL (8/28); NDS			
<i>mononitrato de isosorbida</i>	2		DUPIXENT, JERINGA SUBCUTÁNEA, 200 MG/1.14 ML	5	PA; QL (4.56/28); NDS			
MINITRAN	3		DUPIXENT, JERINGA SUBCUTÁNEA, 300 MG/2 ML	5	PA; QL (8/28); NDS			
<i>nitroglicerina intravenosa</i>	4	B/D PA	<i>fluorouracilo, crema tópica, 5%</i>	3				
<i>nitroglicerina sublingual</i>	2		<i>fluorouracilo, solución tópica</i>	3				
<i>nitroglicerina, parche transdérmico, 24 horas</i>	2		<i>glydo</i>	3	QL (60/30)			
<i>nitroglicerina, translingual</i>	4		<i>imiquimod, crema tópica en paquete 5%</i>	3				
<b>PRODUCTOS DERMATOLÓGICOS/ TRATAMIENTO TÓPICO</b>			<i>lidocaína (pf), solución inyectable</i>	4				
<b>ANTIPSORIÁSICOS/ANTISEBORREICOS</b>			<i>clorhidrato de lidocaína, solución inyectable</i>	4				
acitretina	4	PA						

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

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

Cursiva minúscula = Medicamento genérico

## Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES	NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
clorhidrato de lidocaína, laringotraqueal	3		fosfato de clindamicina, loción tópica	4	QL (120/30)
clorhidrato de lidocaína, gel para membrana mucosa	3	QL (60/30)	fosfato de clindamicina, solución tópica	4	QL (120/30)
clorhidrato de lidocaína, gel para membrana mucosa en aplicador	3	QL (60/30)	fosfato de clindamicina, paño tópico	2	QL (60/30)
clorhidrato de lidocaína, solución para membrana mucosa, 2%	2		eritromicina, paños	4	
clorhidrato de lidocaína, solución para membrana mucosa, 4% (40 mg/ml)	3		eritromicina con etanol, gel tópico	4	
lidocaína, parche adhesivo tópico, medicado, 5%	4	PA; QL (90/30)	eritromicina con etanol, solución tópica	2	
lidocaína, pomada tópica	4	QL (50/30)	eritromicina-peróxido de benzoílo	4	
lidocaína viscosa	2		isotretinoína, cápsulas orales, 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg	4	
lidocaína-prilocaina, crema tópica	4	QL (30/30)	metronidazol tópico	3	
metoxaleno	4		rosadan, crema tópica	3	
PANRETIN	5	NDS	rosadan, gel tópico	3	
PICATO	4		tazaroteno, crema tópica	4	PA
pimecrolimus	4	QL (100/30)	TAZORAC, CREMA TÓPICA, 0.05%	4	PA
podofilox	4		TAZORAC, GEL TÓPICO	4	PA
REGRANEX	5	PA; NDS	tretinoína, microesferas, gel tópico al 0.1%	4	PA
SANTYL	4		tretinoína, microesferas, gel tópico con bomba al 0.1%	4	PA
sulfadiazina de plata	3		tretinoína, crema tópica, 0.025%, 0.05%, 0.1%	4	PA
SSD	4		tretinoína tópica, gel tópico, 0.01%	3	PA
tacrolimus tópico	4	PA; QL (100/30)	tretinoína tópica, gel tópico, 0.025%, 0.05%	4	PA
VALCHLOR	5	PA; NDS			
ZTLIDO	4	PA; QL (90/30)			
<b>TRATAMIENTO DEL ACNÉ</b>					
avita	4	PA	<b>ANTIBACTERIANOS TÓPICOS</b>		
claravis	4		gentamicina, crema tópica	4	
fosfato de clindamicina, gel tópico	4	QL (120/30)	gentamicina, pomada tópica	3	
CLINDAMYCIN PHOSPHATE, GEL TÓPICO, UNA VEZ AL DÍA	4	QL (120/30)	mupirocina	2	QL (44/30)
			mupirocina cálcica	4	QL (30/30)
			sulfacetamida sódica (acné)	4	

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

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	NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<b>ANTIMICÓTICOS TÓPICOS</b>					
cyclodan, solución tópica	4		betametasona, gel tópico aumentado	4	
cyclopirox, crema tópica	4	QL (90/28)	betametasona, loción tópica aumentada	4	
cyclopirox, champú tópico	4	QL (120/28)	betametasona, pomada tópica aumentada	4	
cyclopirox, solución tópica	4		clobetasol, cuero cabelludo	2	QL (100/28)
cyclopirox, suspensión tópica	4	QL (60/28)	clobetasol, crema tópica	2	QL (120/28)
clotrimazol, crema tópica	2	QL (45/28)	clobetasol, espuma tópica	4	QL (100/28)
clotrimazol, solución tópica	3	QL (30/28)	clobetasol, gel tópico	2	QL (120/28)
clotrimazol-betametasona, crema tópica	4	QL (45/28)	clobetasol, loción tópica	4	QL (118/28)
clotrimazol-betametasona, loción tópica	4	QL (60/28)	clobetasol, pomada tópica	2	QL (120/28)
econazole	4	QL (85/28)	clobetasol, champú tópico	4	QL (236/28)
ketoconazole, crema tópica	2	QL (60/28)	clobetasol, rociador tópico no aerosol	4	QL (125/28)
ketoconazole, champú tópico	2	QL (120/28)	clobetasol-emoliente, crema tópica	2	QL (120/28)
nyamyc	4		CLODAN	4	QL (236/28)
nistatina, crema tópica	2	QL (30/28)	DESONATE	4	
nistatina, pomada tópica	2	QL (30/28)	desonida, loción tópica	4	
nistatina, polvo tópico	3		desonida, pomada tópica	4	
nistatina-triamcinolona	4	QL (60/28)	desoximetasona, crema tópica	4	
nystop	4		desoximetasona, gel tópico	4	
<b>ANTIVIRALES TÓPICOS</b>					
aciclovir, pomada tópica	4	QL (30/30)	desoximetasona, pomada tópica	4	
DENAVIR	4		fluocinolona	4	
<b>CORTICOESTEROIDES TÓPICOS</b>					
ala-cort, crema tópica, 1%	2		fluocinolona y gorra de baño	4	
alclometasona, crema tópica	3		fluocinonida, crema tópica, 0.05%	3	
alclometasona, pomada tópica	2		fluocinonida, gel tópico	4	QL (120/30)
dipropionato de betametasona	4		fluocinonida, pomada tópica	4	QL (120/30)
valerato de betametasona, crema tópica	2		fluocinonida, solución tópica	4	QL (120/30)
valerato de betametasona, loción tópica	4		propionato de fluticasona, crema tópica	2	
valerato de betametasona, pomada tópica	2		propionato de fluticasona, pomada tópica	3	
betametasona, crema tópica aumentada	2		propionato de halobetasol, crema tópica	4	

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

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	NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>propionato de halobetasol, pomada tópica</i>	4		<i>tis-u-sol pentalito</i>	4	
<i>butirato de hidrocortisona, crema tópica</i>	4	QL (120/30)	<b>AGENTES VARIOS</b>		
<i>butirato de hidrocortisona, pomada tópica</i>	4		<i>acamprosato</i>	4	
<i>butirato de hidrocortisona-emoliente</i>	4	QL (120/30)	<i>anagrelida</i>	3	
<i>hidrocortisona, crema tópica, 1%, 2.5%</i>	2		<i>AURYXIA</i>	4	PA; QL (360/30)
<i>hidrocortisona, loción tópica, 2.5%</i>	2		<i>CARBAGLU</i>	5	PA; LA; NDS
<i>hidrocortisona, pomada tópica, 1%, 2.5%</i>	2		<i>CHEMET</i>	4	PA
<i>valerato de hidrocortisona</i>	4		<i>CLINIMIX, 4.25%/D5W, SIN SULFITOS</i>	4	B/D PA
<i>mometasona tópica</i>	2		<i>d al 10%-cloruro de sodio al 0.45%</i>	4	
<i>prednicarbato, pomada tópica</i>	2		<i>d al 2.5%-cloruro de sodio al 0.45%</i>	4	
<i>triamcinolona acetonida, crema tópica, 0.025%, 0.5%</i>	2		<i>d al 5% y cloruro de sodio al 0.9%</i>	4	
<i>triamcinolona acetonida, crema tópica, 0.1%</i>	1		<i>d al 5%-cloruro de sodio al 0.45%</i>	4	
<i>triamcinolona acetonida, loción tópica</i>	3		<i>DEFERASIROX, COMPRIMIDOS ORALES DISPERSABLES</i>	5	PA; NDS
<i>triamcinolona acetonida, pomada tópica</i>	2		<i>dextrosa al 10% y nacl al 0.2%</i>	4	
<i>triderm, crema tópica, 0.1%</i>	2		<i>DEXTROSE AL 10% EN AGUA (D10W)</i>	4	
<i>tritocin</i>	2		<i>dextrosa al 25% en agua (d25w)</i>	4	
<b>ESCABICIDAS/PEDICULICIDAS TÓPICOS</b>					
<i>lindano, champú tópico</i>	4		<i>dextrosa al 30% en agua (d30w)</i>	4	
<i>malatión</i>	4		<i>DEXTROSE 5% IN WATER (D5W), SOLUCIÓN PARENTERAL INTRAVENOSA</i>	4	
<i>permetrina</i>	3		<i>dextrosa al 5% en agua (d5w), infusión secundaria intravenosa</i>	4	
<b>PRODUCTOS DE DIAGNÓSTICO/AGENTES VARIOS</b>					
<b>SOLUCIONES DE IRRIGACIÓN</b>					
<i>irrigación de solución de lactato sódico compuesta</i>	4		<i>dextrosa al 5%-solución de lactato sódico compuesta</i>	4	
<i>neomicina-polimixina b gu</i>	4		<i>dextrosa al 5%-cloruro de sodio al 0.2%</i>	4	
<i>irrigación de solución de lactato sódico compuesta</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

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	NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
dextrosa al 70% en agua (d70w)	4		VELTASSA	3	
disulfiram	4		agua para irrigación, estéril	4	
droxidopa, cápsulas orales, 100 mg	4	PA; QL (90/30)	XIAFLEX	4	PA
droxidopa, cápsulas orales, 200 mg, 300 mg	4	PA; QL (180/30)	ácido zoledrónico-manitol-agua, infusión secundaria intravenosa, 5 mg/100 ml	4	B/D PA
INCRELEX	4	PA; LA	<b>AGENTES PARA DEJAR DE FUMAR</b>		
levocarnitina (con azúcar)	2		clorhidrato de bupropión (agente para dejar de fumar)	2	QL (60/30)
levocarnitina, solución oral, 100 mg/ml	2		CHANTIX	4	
levocarnitina, comprimidos orales	2		CHANTIX, PAQUETE MENSUAL DE CONTINUACIÓN	4	
midodrina	3		CHANTIX, PAQUETE MENSUAL INICIAL	4	
nitisinona	5	NDS	NICOTROL	4	
NORTHERA, CÁPSULAS ORALES, 100 MG	5	PA; QL (90/30); NDS	NICOTROL NS	4	
NORTHERA, CÁPSULAS ORALES, 200 MG, 300 MG	5	PA; QL (180/30); NDS	vareniclina	4	
clorhidrato de pilocarpina oral	4		<b>MEDICAMENTOS PARA NARIZ, GARGANTA Y OÍDO</b>		
PROLASTIN-C, SOL. PARA RECONST. INTRAVENOSA	5	PA; LA; NDS	<b>AGENTES VARIOS</b>		
PROLASTIN-C, SOLUCIÓN INTRAVENOSA	5	B/D PA; LA; NDS	azelastina nasal	3	QL (60/30)
riluzol	3		gluconato de clorhexidina, membrana mucosa	2	
carbonato de sevelámero, paquete de polvo oral	5	NDS	bromuro de ipratropio nasal	2	QL (30/30)
carbonato de sevelámero, comprimidos orales	3		oralone	4	
cloruro de sodio al 0.9%, intravenoso	4		paroex, enjuague bucal	2	
cloruro de sodio para irrigación	4		triamcinolona acetonida, pasta dental	4	
fenilbutirato sódico	5	PA; NDS	<b>PREPARACIONES ÓTICAS VARIAS</b>		
sulfonato de poliestireno sódico, polvo oral	3		ácido acético ótico (oído)	2	
sps (con sorbitol)	3		flac, aceite ótico	4	
trientina	5	PA; QL (240/30); NDS	fluocinolona acetonida, aceite	4	
VELPHORO	4		hidrocortisona-ácido acético	4	
<b>MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA</b>			<b>ESTEROIDES/ANTIBIÓTICOS ÓTICOS</b>		
Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 19.			CIPRO HC	4	
			CIPRODEX	3	
			ciprofloxacina-dexametasona	3	

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

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	NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
neomicina-polimixina-hidrocortisona ótica (óido)	4		prednisona, comprimidos orales	2	B/D PA
<b>SISTEMA ENDOCRINO/DIABETES</b>					
<b>HORMONAS SUPRARRENALES</b>					
DEPO-MEDROL	4		prednisona, comprimidos orales, paquete dosificado	1	
dexametasona, intensol	4		SOLU-CORTEF ACT-O-VIAL (PF)	4	
dexametasona, elixir oral	2		triamcinolona acetona, suspensión inyectable, 40 mg/ml	4	
dexametasona, solución oral	2		<b>AGENTES ANTITIROIDEOS</b>		
dexametasona, comprimidos orales, 0.5 mg, 0.75 mg, 4 mg	1		metimazol, comprimidos orales, 10 mg, 5 mg	2	
dexametasona, comprimidos orales, 1 mg, 1.5 mg, 2 mg, 6 mg	2		propiltiouracilo	3	
fosfato sódico de dexametasona (pf), solución inyectable	4		<b>TRATAMIENTO DE LA DIABETES</b>		
fosfato sódico de dexametasona, solución inyectable	4		acarbosa, comprimidos orales, 100 mg	2	QL (90/30)
fludrocortisona	2		acarbosa, comprimidos orales, 25 mg	2	QL (360/30)
hidrocortisona oral	3		acarbosa, comprimidos orales, 50 mg	2	QL (180/30)
MEDROL, COMPRIMIDOS ORALES, 2 MG	3		PAÑOS CON ALCOHOL	6	
metilprednisolona	2		BAQSIMI	3	
acetato de metilprednisolona	4		BD, AGUJA PARA LAPICERA	6	QL (200/30)
succinato sódico de metilprednisolona, sol. para reconst. inyect., 125 mg, 40 mg	4		BYDUREON BCISE	4	QL (4/28)
succinato sódico de metilprednisolona intravenoso	4		CYCLOSET	4	QL (180/30)
prednisolona, solución oral	4		diazoxida	4	
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)	4		GASAS, 2 X 2	6	
prednisona, intensol	4		glimepirida, comprimidos orales, 1 mg	1	QL (240/30)
prednisona, solución oral	2		glimepirida, comprimidos orales, 2 mg	1	QL (120/30)
			glimepirida, comprimidos orales, 4 mg	1	QL (60/30)
			glipizida, comprimidos orales, 10 mg	1	QL (120/30)
			glipizida, comprimidos orales, 5 mg	1	QL (240/30)
			glipizida, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas, 10 mg	2	QL (60/30)

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

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

Cursiva minúscula = Medicamento genérico

## Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES	NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
glipizida, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas, 2.5 mg	2	QL (240/30)	HUMULIN 70/30 U-100 KWIKPEN	6	SSM
glipizida, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas, 5 mg	2	QL (120/30)	HUMULIN N NPH, INSULINA KWIKPEN	6	SSM
glipizida-metformina, comprimidos orales, 2.5-250 mg	1	QL (240/30)	HUMULIN N NPH U-100, INSULINA	6	SSM
glipizida-metformina, comprimidos orales, 2.5-500 mg, 5-500 mg	1	QL (120/30)	HUMULIN R REGULAR U-100, INSULINA	6	SSM
GLUCAGEN HYPOKIT	3		HUMULIN R U-500 (CONC) INSULINA	5	B/D PA; NDS
GLUCAGON (HCL), KIT DE EMERGENCIAS	3		HUMULIN R U-500 (CONC) KWIKPEN	5	NDS
GLUCAGON, KIT DE EMERGENCIAS (HUMANO)	3		INSULINA, AGUJA PARA LAPICERA	6	QL (200/30)
GLYXAMBI	4	QL (30/30)	JERINGA PARA INSULINA (DES.), U-100 0.3 ML, 1 ML, 1/2 ML	6	QL (200/30)
GVOKE HYPOPEN, PAQUETE DE 1	3		INVOKAMET	3	QL (60/30)
GVOKE HYPOPEN, PAQUETE DE 2	3		INVOKAMET XR	3	QL (60/30)
GVOKE PFS, PAQUETE CON 1 JERINGA	3		INVOKANA	3	QL (30/30)
GVOKE PFS, PAQUETE CON 2 JERINGAS	3		JANUMET	3	QL (60/30)
HUMALOG JUNIOR KWIKPEN U-100	6	SSM	JANUMET XR, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA, MULTIFÁSICA, 24 HORAS, 100-1,000 MG	3	QL (30/30)
HUMALOG KWIKPEN, INSULINA	6	SSM	JANUMET XR, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA, MULTIFÁSICA, 24 HORAS, 50-1,000 MG, 50-500 MG	3	QL (60/30)
HUMALOG MIX 50-50, INSULINA U-100	6	SSM	JANUVIA	3	QL (30/30)
HUMALOG MIX 50-50 KWIKPEN	6	SSM	JARDIANCE	3	QL (30/30)
HUMALOG MIX 75-25 KWIKPEN	6	SSM	JENTADUETO	3	QL (60/30)
HUMALOG MIX 75-25 (U-100), INSULINA	6	SSM	JENTADUETO XR, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN INMEDIATA-LIBERACIÓN PROLONGADA, BIFÁSICA, 24 HORAS, 2.5-1,000 MG	3	QL (60/30)
HUMALOG U-100, INSULINA	6	SSM			
HUMULIN 70/30 U-100, INSULINA	6	SSM			

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

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

Cursiva minúscula = Medicamento genérico

## Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES	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)	NOVOTWIST, AGUJA PARA LAPICERA	6	QL (200/30)
LANTUS SOLOSTAR U-100, INSULINA	6	SSM	OMNIPOD, PAQUETE DE 5	3	QL (30/30)
LANTUS U-100, INSULINA	6	SSM	OMNIPOD DASH, PAQUETE DE 5	3	QL (30/30)
LEVEMIR FLEXTOUCH U-100, INSULINA	6	SSM	OMNIPOD, PAQUETE INICIAL	3	QL (1/365)
LEVEMIR U-100, INSULINA	6	SSM	OZEMPIC, LAPICERA PARA INYECIÓN SUBCUTÁNEA, 0.25 MG O 0.5 MG (2 MG/1.5 ML)	3	QL (1.5/28)
LYUMJEV KWIKPEN U-100, INSULINA	6	SSM	OZEMPIC, LAPICERA PARA INYECIÓN SUBCUTÁNEA, 1 MG/DOSIS (4 MG/3 ML)	3	QL (3/28)
LYUMJEV KWIKPEN U-200, INSULINA	6	SSM	<i>pioglitazona</i>	1	QL (30/30)
LYUMJEV U-100, INSULINA	6	SSM	<i>pioglitazona-metformina</i>	2	QL (90/30)
<i>metformina, solución oral</i>	4	QL (750/30)	PROGLYCEM	4	
<i>metformina, comprimidos orales, 1,000 mg</i>	1	QL (75/30)	<i>repaglinida, comprimidos orales, 0.5 mg</i>	4	QL (960/30)
<i>metformina, comprimidos orales, 500 mg</i>	1	QL (150/30)	<i>repaglinida, comprimidos orales, 1 mg</i>	4	QL (480/30)
<i>metformina, comprimidos orales, 850 mg</i>	1	QL (90/30)	<i>repaglinida, comprimidos orales, 2 mg</i>	4	QL (240/30)
<i>metformina, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas, 500 mg (genérico de Glucophage XR)</i>	1	QL (120/30)	RYBELSUS	3	QL (30/30)
<i>metformina, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas, 750 mg (genérico de Glucophage XR)</i>	1	QL (60/30)	SOLIQUA 100/33	3	QL (15/30)
<i>nateglinida, comprimidos orales, 120 mg</i>	2	QL (90/30)	SYNJARDY	3	QL (60/30)
<i>nateglinida, comprimidos orales, 60 mg</i>	2	QL (180/30)	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)
AGUJAS, INSULINA DES., DE SEGURIDAD	6	QL (200/30)	SYNJARDY XR, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN INMEDIATA- LIBERACIÓN PROLONGADA, BIFÁSICA, 24 HORAS, 25-1,000 MG	3	QL (30/30)
NOVOFINE, AGUJA PARA LAPICERA	6	QL (200/30)	TECHLITE, AGUJA PARA LAPICERA	6	QL (200/30)

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

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

Cursiva minúscula = Medicamento genérico

## Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES	NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
TOUJEO MAX U-300 SOLOSTAR	6	SSM	<i>cinacalcet, comprimidos orales, 30 mg, 60 mg</i>	4	QL (60/30)
TOUJEO SOLOSTAR U-300, INSULINA	6	SSM	<i>cinacalcet, comprimidos orales, 90 mg</i>	4	QL (120/30)
TRADJENTA	3	QL (30/30)	<i>danazol</i>	4	
TRESIBA FLEXTOUCH U-100	6	SSM	<i>desmopresina inyectable</i>	4	
TRESIBA FLEXTOUCH U-200	6	SSM	<i>desmopresina, rociador nasal con bomba</i>	4	
TRESIBA U-100, INSULINA	6	SSM	<i>desmopresina, rociador nasal no aerosol, 10 mcg/aplicación (0.1 ml)</i>	4	
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)	<i>desmopresina oral</i>	3	
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)	<i>doxercalciferol</i>	4	
TRULICITY	3	QL (2/28)	ELAPRASE	5	PA; NDS
V-GO 20	3		FABRAZYME	5	NDS
V-GO 30	3		KORLYM	5	PA; QL (120/30); NDS
V-GO 40	3		KUVAN	5	PA; NDS
VICTOZA 2-PAK	3	QL (9/30)	LUMIZYME	5	PA; NDS
VICTOZA 3-PAK	3	QL (9/30)	<i>miglustato</i>	5	LA; NDS
XULTOPHY 100/3.6	3	QL (15/30)	NAGLAZYME	5	PA; NDS
<b>HORMONAS VARIAS</b>			NATPARA	5	PA; LA; QL (2/28); NDS
ALDURAZYME	5	PA; NDS	<i>oxandrolona, comprimidos orales, 10 mg</i>	4	PA; QL (60/30)
<i>cabergolina</i>	4		<i>oxandrolona, comprimidos orales, 2.5 mg</i>	3	PA; QL (120/30)
<i>calcitonina (salmón), nasal</i>	3		<i>pamidronato, solución intravenosa</i>	4	
<i>calcitriol, solución intravenosa, 1 mcg/ml</i>	4		<i>paricalcitol oral</i>	4	
<i>calcitriol oral</i>	2		SAMSCA, COMPRIMIDOS ORALES, 15 MG	5	PA; QL (30/30); NDS
CEREZYME, SOL. PARA RECONST. INTRAVENOSA, 400 UNIDADES	5	PA; NDS	SAMSCA, COMPRIMIDOS ORALES, 30 MG	5	PA; QL (60/30); NDS
CHORIONIC GONADOTROPIN, HUMANA INTRAMUSCULAR	4	PA	<i>sapropterina</i>	5	PA; NDS
			SOMAVERT	5	PA; QL (30/30); NDS
			SYNAREL	4	

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

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

Cursiva minúscula = Medicamento genérico

## Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES	NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
cipionato de testosterona, aceite intramuscular, 100 mg/ml, 200 mg/ml, 200 mg/ml (1 ml)	3		difenoxilato-atropina	4	
enantato de testosterona	4		GLYCOPYRROLATE (PF) IN WATER, INYECTABLE	4	
testosterona, gel transdérmico	4	PA; QL (300/30)	glicopirronio (pf) en agua, jeringa intravenosa, 0.4 mg/2 ml (0.2 mg/ml)	4	
testosterona, gel transdérmico en bomba con dosis medidas, 12.5 mg/1.25 gramos (1%)	4	PA; QL (300/30)	glicopirronio, comprimidos orales, 1 mg, 2 mg	4	
testosterona, gel transdérmico en paquete, 1% (25 mg/2.5 gramos), 1% (50 mg/5 gramos)	4	PA; QL (300/30)	loperamida, cápsulas orales	2	
tolvaptán, comprimidos orales, 30 mg	5	PA; QL (60/30); NDS	<b>AGENTES GASTROINTESTINALES VARIOS</b>		
ácido zoledrónico, solución intravenosa	4	B/D PA	alosetrón	5	PA; NDS
ácido zoledrónico-manitol-agua, infusión secundaria intravenosa, 4 mg/100 ml	4	B/D PA	aprepitant	4	B/D PA
ZOLEDRONIC AC-MANNITOL-0.9NACL	4	B/D PA	balsalazida	4	
<b>HORMONAS TIROIDEAS</b>			budesonida oral	4	
EUTHYROX	3		compro	4	
LEVO-T	3		constulosa	2	
levotiroxina, comprimidos orales	2		CORTIFOAM	4	
levoxyl, comprimidos orales, 100 mcg, 112 mcg, 125 mcg, 137 mcg, 150 mcg, 175 mcg, 200 mcg, 25 mcg, 50 mcg, 75 mcg, 88 mcg	3		CREON	3	
liotironina oral	2		cromoglicato oral	3	
SYNTHROID	4		CYSTADANE	5	NDS
unithroid	3		dronabinol	4	B/D PA; QL (60/30)
<b>GASTROENTEROLOGÍA</b>			EMEND, SUSPENSIÓN ORAL PARA RECONSTITUCIÓN	4	B/D PA
<b>ANTIDIARREICOS/ANTIESPASMÓDICOS</b>			enulosa	2	
dicloamina, cápsulas orales	2		GATTEX, VIAL DE 30	5	PA; NDS
dicloamina, solución oral	4		GATTEX, VIAL DE UNO	5	PA; NDS
dicloamina, comprimidos orales	2		gavilyte-c	2	
			gavilyte-n	2	
			generlac	2	
			clorhidrato de granisetrón oral	4	B/D PA; QL (60/30)
			hidrocortisona rectal	3	
			hidrocortisona, crema tópica con aplicador perineal	2	
			lactulosa, solución oral	2	
			LINZESS	3	QL (30/30)
			meclizina, comprimidos orales, 12.5 mg, 25 mg	2	

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

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

Cursiva minúscula = Medicamento genérico

## Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES	NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
mesalamina, cápsulas orales, liberación prolongada, 24 horas	3		RELISTOR, JERINGA SUBCUTÁNEA	5	PA; NDS
mesalamina, comprimidos orales, liberación retardada (dr/ec), 1.2 gramos	4		REMICADE	5	PA; NDS
mesalamina, enema rectal	4		SANCUSO	5	NDS
mesalamina con pañuelo limpiador	4		escopolamina base	4	QL (10/30)
clorhidrato de metoclopramida, solución oral	2		sulfasalazina	2	
clorhidrato de metoclopramida, comprimidos orales	2		SUPREP, KIT DE PREPARACIÓN INTESTINAL	4	
MOVANTIK	4	QL (30/30)	SUTAB	4	
OCALIVA	4	PA; LA; QL (30/30)	ursodiol, cápsulas orales, 300 mg	4	
ondansetrón	2	B/D PA	ursodiol, cápsulas orales	4	
clorhidrato de ondansetrón (pf)	4		ursodiol, comprimidos orales	3	
clorhidrato de ondansetrón intravenoso	4		VIOKACE	4	
clorhidrato de ondansetrón, solución oral	4	B/D PA; QL (450/30)	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	
peg 3350-electrolitos, sol. para reconst. oral, 236-22.74-6.74-5.86 gramos	2				
peg-electrolítos	2				
PENTASA	4				
PLENVU	4				
proclorperazina	4				
edisilato de proclorperazina	4				
maleato de proclorperazina oral	2				
procto-med hc	2				
procto-pak	2				
proctosol hc tópico	2				
proctozona-hc	2				
RECTIV	4				
RELISTOR, SOLUCIÓN SUBCUTÁNEA	5	PA; NDS			
<b>TRATAMIENTO DE ÚLCERAS</b>					
			DEXILANT	4	QL (30/30)
			esomeprazol magnésico, cápsulas orales, liberación retardada (dr/ec)	3	
			famotidina, suspensión oral	4	
			famotidina, comprimidos orales, 20 mg, 40 mg	2	
			lansoprazol, cápsulas orales, liberación retardada (dr/ec)	3	
			misoprostol	3	
			omeprazol, cápsulas orales, liberación retardada (dr/ec)	2	

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

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	NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
pantoprazol, comprimidos orales, liberación retardada (dr/ec), 20 mg	1		ADACEL (TDAP ADOLESC./ ADULTOS) (PF)	3	
pantoprazol, comprimidos orales, liberación retardada (dr/ec), 40 mg	1	QL (60/30)	ATGAM	4	B/D PA
sucralfato, suspensión oral	4		BCG (PF), VACUNA CON VIRUS VIVOS	3	
sucralfato, comprimidos orales	2		BEXSERO	3	
<b>INMUNOLOGÍA, VACUNAS/BIOTECNOLOGÍA</b>					
<b>MEDICAMENTOS BIOTECNOLÓGICOS</b>					
ACTIMMUNE	5	PA; NDS	BOOSTRIX TDAP	3	
ARCALYST	5	PA; NDS	BOTOX	4	PA
BETASERON, KIT PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA	5	PA; QL (14/28); NDS	DAPTACEL (DTAP PEDIÁTRICA) (PF)	3	
GENOTROPIN	5	PA; NDS	ENGERIX-B (PF), JERINGA INTRAMUSCULAR	3	B/D PA
GENOTROPIN MINIQUICK	5	PA; NDS	ENGERIX-B (PF), USO PEDIÁTRICO	3	B/D PA
INTRON A, SOL. PARA RECONST. INYECTABLE	5	B/D PA; NDS	fomepizol	5	NDS
INTRON A, SOLUCIÓN INYECTABLE, 10 MILLONES DE UNIDADES/ML	5	B/D PA; NDS	GAMUNEX-C	5	B/D PA; NDS
INTRON A, SOLUCIÓN INYECTABLE, 6 MILLONES DE UNIDADES/ML	4	B/D PA	GARDASIL 9 (PF)	4	
MOZOBIL	5	B/D PA; NDS	HAVRIX (PF), JERINGA INTRAMUSCULAR	3	
NIVESTYM	5	PA; NDS	HIBERIX (PF)	3	
PROCRT, 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	HIZENTRA	4	B/D PA
RETACRIT	4	PA	IMOVAX (PF), VACUNA ANTIRRÁBICA	4	
ZARXIO	5	PA; NDS	INFANRIX (DTAP) (PF), JERINGA INTRAMUSCULAR	3	
ZIEXTENZO	4	PA	IPOL	3	
<b>VACUNAS/AGENTES INMUNOLÓGICOS VARIOS</b>					
ACTHIB (PF)	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

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

Cursiva minúscula = Medicamento genérico

## Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES	NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
PENTACEL (PF), KIT INTRAMUSCULAR, 15 LF-48 MCG-62 DU-10 MCG/0.5 ML	3		BINOSTO	4	QL (4/28)
PROQUAD (PF)	3		<i>ibandronato oral</i>	3	QL (1/30)
QUADRACEL (PF)	3		PROLIA	4	QL (1/180)
RABAVERT (PF)	3		<i>raloxifeno</i>	2	QL (30/30)
RECOMBIVAX HB (PF)	3	B/D PA	TERIPARATIDE	5	PA; QL (2.4/28); NDS
ROTARIX	3		TYMLOS	5	PA; QL (1.56/30); NDS
ROTATEQ, VACUNA	3		<b>OTROS AGENTES REUMATOLÓGICOS</b>		
SHINGRIX (PF)	3	QL (2/999)	BENLYSTA	5	PA; NDS
STAMARIL (PF)	4		DEPEN TITRATABS	5	NDS
TDVAX	3		ENBREL MINI	5	PA; QL (8/28); NDS
TENIVAC (PF), JERINGA INTRAMUSCULAR	3		ENBREL, SOL. PARA RECONST. SUBCUTÁNEA	5	PA; QL (16/28); NDS
TETANUS, DIPHTHERIA TOX PEDIÁTRICA (PF)	3		ENBREL, SOLUCIÓN SUBCUTÁNEA	5	PA; QL (4/28); NDS
TRUMENBA	3		ENBREL, JERINGA SUBCUTÁNEA	5	PA; QL (8/28); NDS
TWINRIX (PF)	3		ENBREL SURECLICK	5	PA; QL (8/28); NDS
TYPHIM VI	3		HUMIRA PEN	5	PA; QL (4/28); NDS
VAQTA (PF)	3		HUMIRA PEN CROHNS-UC-HS, PAQUETE INICIAL	5	PA; QL (6/180); NDS
VARIVAX (PF)	3		HUMIRA PEN PSOR-UVEITS-ADOL HS	5	PA; QL (4/180); NDS
VARIZIG	4		HUMIRA, KIT DE JERINGA SUBCUTÁNEA, 40 MG/0.8 ML	5	PA; QL (4/28); NDS
YF-VAX (PF)	3		HUMIRA (CF) PEDI CROHNS, PAQUETE INICIAL, KIT DE JERINGA SUBCUTÁNEA, 80 MG/0.8 ML	5	PA; QL (3/180); NDS
ZOSTAVAX (PF)	4		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
<b>SISTEMA LOCOMOTOR/REUMATOLOGÍA</b>			HUMIRA (CF) PEN CROHNS-UC-HS	5	PA; QL (3/180); NDS
<b>TRATAMIENTO DE LA GOTA</b>			HUMIRA (CF) PEN PEDIATRIC UC	5	PA; QL (4/180); NDS
alopurinol	1		HUMIRA (CF) PEN PSOR-UV-ADOL HS	5	PA; QL (3/180); NDS
colchicina, comprimidos orales	4	QL (120/30)			
febuxostat	4	ST			
MITIGARE	3				
probenecid	3				
probenecid/colchicina	3				
<b>TRATAMIENTO DE LA OSTEOPOROSIS</b>					
alendronato, comprimidos orales, 10 mg, 5 mg	1	QL (30/30)			
alendronato, comprimidos orales, 35 mg, 70 mg	1	QL (4/28)			

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

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

Cursiva minúscula = Medicamento genérico

## Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES	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	estradiol, parche transdérmico quincenal	4	QL (8/28)			
HUMIRA (CF) PEN, KIT DE LAPICERA PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA, 80 MG/0.8 ML	5	PA; QL (3/28); NDS	estradiol, parche transdérmico semanal	4	QL (4/28)			
HUMIRA (CF), KIT DE JERINGA SUBCUTÁNEA, 10 MG/0.1 ML, 20 MG/0.2 ML	5	PA; QL (2/28); NDS	estradiol, comprimidos vaginales	4				
HUMIRA (CF), KIT DE JERINGA SUBCUTÁNEA, 40 MG/0.4 ML	5	PA; QL (4/28); NDS	valerato de estradiol, aceite intramuscular, 20 mg/ml, 40 mg/ml	4				
<i>leflunomida</i>	3	QL (30/30)	<i>heather</i>	2				
ORENCIA CLICKJECT	5	PA; QL (4/28); NDS	<i>caproato de hidroxiprogesterona</i>	5	NDS			
ORENCIA, JERINGA SUBCUTÁNEA, 125 MG/ML	5	PA; QL (4/28); NDS	<i>incassia</i>	3				
ORENCIA, JERINGA SUBCUTÁNEA, 50 MG/0.4 ML	5	PA; QL (1.6/28); NDS	<i>jencycla</i>	2				
ORENCIA, JERINGA SUBCUTÁNEA, 87.5 MG/0.7 ML	5	PA; QL (2.8/28); NDS	<i>lyza</i>	2				
<i>penicilamina</i>	5	NDS	<i>medroxyprogesterone</i>	2				
RINVOQ	5	PA; QL (30/30); NDS	<i>nora-be</i>	3				
XELJANZ, SOLUCIÓN ORAL	5	PA; QL (300/30); NDS	<i>noretisterona (anticonceptivo)</i>	3				
XELJANZ, COMPRIMIDOS ORALES	5	PA; QL (60/30); NDS	<i>acetato de noretisterona</i>	2				
XELJANZ XR	5	PA; QL (30/30); NDS	PREMARIN INYECTABLE	4				
<b>OBSTETRICIA/GINECOLOGÍA</b>								
<b>ESTRÓGENOS/PROGESTINAS</b>								
ALORA	4	QL (8/28)	PREMARIN ORAL	3				
<i>camila</i>	3		PREMARIN VAGINAL	3				
<i>deblitane</i>	3		PREMPRO, COMPRIMIDOS ORALES, 0.45-1.5 MG, 0.625-2.5 MG, 0.625-5 MG	3				
<i>dotti</i>	4	QL (8/28)	<i>progesterona micronizada</i>	2				
DUAVEE	4	PA	<i>sharobel</i>	3				
<i>errin</i>	3		<i>yuvafem</i>	4				
<i>estradiol oral</i>	3		<b>PRODUCTOS OBSTÉTRICOS/GINECOLÓGICOS VARIOS</b>					
<i>fosfato de clindamicina vaginal</i>								
<i>metronidazol vaginal</i>								
<i>terconazol</i>								
<i>ácido tranexámico oral</i>								
<i>vandazol</i>								
<b>ANTICONCEPTIVOS ORALES/ AGENTES RELACIONADOS</b>								
<i>afirmelle</i>								
<i>altavera (28)</i>								

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

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	NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
alyacen 1/35 (28)	2		desog-e.estradiol/e.estradiol	2	
alyacen 7/7/7 (28)	2		desogestrel-etinilestradiol	2	
amethia	2		dolishale	2	
amethyst (28)	2		drospirenona-e.estradiol-lm.fa	2	
apri	2		drospirenona-etinilestradiol	2	
aranelle (28)	2		elinest	2	
ashlyna	2		emoquette	2	
aubra	2		enpresse	2	
aubra eq	2		enskyce	2	
aurovela 1.5/30 (21)	2		estarrylla	2	
aurovela 1/20 (21)	2		etiodiol diac-etinilestradiol	2	
aurovela 24 fe	2		falmina (28)	2	
aurovela fe 1.5/30 (28)	2		feminor	2	
aurovela fe 1-20 (28)	2		gemmily	2	
aviane	2		hailey	2	
ayuna	2		hailey 24 fe	3	
azurette (28)	2		hailey fe 1.5/30 (28)	2	
balziva (28)	2		hailey fe 1/20 (28)	2	
blisovi 24 fe	2		iclevia	2	
blisovi fe 1.5/30 (28)	2		introvale	2	
blisovi fe 1/20 (28)	2		isibloom	2	
briellyn	2		jaimiess	2	
camrese	2		jasmiel (28)	2	
camrese lo	2		jolessa	2	
caziant (28)	2		juleber	2	
charlotte 24 fe	2		junel 1.5/30 (21)	2	
chateal (28)	2		junel 1/20 (21)	2	
chateal eq (28)	2		junel fe 1.5/30 (28)	2	
cryselle (28)	2		junel fe 1/20 (28)	2	
cyclafem 1/35 (28)	2		junel fe 24	2	
cyclafem 7/7/7 (28)	2		kaitlib fe	2	
cyred	3		kalliga	2	
cyred eq	3		kariva (28)	2	
dasetta 1/35 (28)	2		kelnor 1/35 (28)	2	
dasetta 7/7/7 (28)	2		kelnor 1-50 (28)	2	
daysee	2		kurvelo (28)	2	

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

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

Cursiva minúscula = Medicamento genérico

## Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES	NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>I norgest/e.estriadiol-e.estrad</i>	2		<i>noretisterona-etinilestradiol-hierro, cápsulas orales</i>	2	
<i>larin 1.5/30 (21)</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>larin 1/20 (21)</i>	2		<i>noretisterona-etinilestradiol-hierro, comprimidos orales masticables</i>	2	
<i>larin 24 fe</i>	2		<i>norgestimato-etinilestradiol</i>	2	
<i>larin fe 1.5/30 (28)</i>	2		<i>nortrel 0.5/35 (28)</i>	2	
<i>larin fe 1/20 (28)</i>	2		<i>nortrel 1/35 (21)</i>	2	
<i>larissia</i>	2		<i>nortrel 1/35 (28)</i>	2	
<i>layolis fe</i>	2		<i>nortrel 7/7/7 (28)</i>	2	
<i>leena 28</i>	2		<i>nylia 7/7/7 (28)</i>	2	
<i>lessina</i>	2		<i>nymyo</i>	2	
<i>levonest (28)</i>	2		<i>ocella</i>	2	
<i>levonorgestrel-etinilestradiol</i>	2		<i>orsythia</i>	2	
<i>levonorg-etetinilestradiol trifásico</i>	2		<i>philith</i>	2	
<i>levora-28</i>	2		<i>pimtrea (28)</i>	2	
<i>lillow (28)</i>	2		<i>pirmella</i>	2	
<i>lojaimiess</i>	2		<i>portia 28</i>	2	
<i>loryna (28)</i>	2		<i>previfem</i>	2	
<i>low-ogestrel (28)</i>	2		<i>reclipsen (28)</i>	2	
<i>lo-zumandimine (28)</i>	2		<i>rivilsa</i>	2	
<i>lutera (28)</i>	2		<i>setlakin</i>	2	
<i>marlissa (28)</i>	2		<i>simliya (28)</i>	2	
<i>merzee</i>	2		<i>simpesse</i>	2	
<i>mibelas 24 fe</i>	2		<i>sprintec (28)</i>	2	
<i>microgestin 1.5/30 (21)</i>	2		<i>sronyx</i>	2	
<i>microgestin 1/20 (21)</i>	2		<i>syeda</i>	2	
<i>microgestin fe 1.5/30 (28)</i>	2		<i>tarina 24 fe</i>	2	
<i>microgestin fe 1/20 (28)</i>	2		<i>tarina fe 1/20 (28)</i>	2	
<i>milli</i>	2		<i>tarina fe 1-20 eq (28)</i>	2	
<i>mono-linyah</i>	2		<i>taysofy</i>	2	
<i>necon 0.5/35 (28)</i>	2		<i>tilia fe</i>	2	
<i>nikki (28)</i>	2		<i>tri femynor</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				

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

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	NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
tri-estarrylla	2		BESIVANCE	4	
tri-legest fe	2		CILOXAN, POMADA OFTÁLMICA (OJOS)	3	
tri-linyah	2		clorhidrato de ciprofloxacina oftálmico (ojos)	2	
tri-lo-estarrylla	2		eritromicina oftálmica (ojos)	2	
tri-lo-marzia	2		gentak, pomada oftálmica (ojos)	2	
tri-lo-mili	2		gentamicina, gotas oftálmicas (ojos)	3	
tri-lo-sprintec	2		moxifloxacina oftálmica (ojos)	3	
tri-mili	2		NATACYN	4	
tri-nymyo	2		neomicina-bacitracina-polimixina	2	
tri-previfem (28)	2		neomicina-polimixina-gramicidina	3	
tri-sprintec (28)	2		neo-polycin	2	
trivora (28)	2		ofloxacina oftálmica (ojos)	2	
tri-vylibra	2		polycin	2	
tri-vylibra lo	2		polimixina b sulfato de trimetoprima	2	
TYBLUME	2		tobramicina oftálmica (ojos)	2	
tydemy	2		<b>ANTIVÍRICOS</b>		
velivet, régimen trifásico (28)	2		trifluridina	4	
vestura (28)	2		ZIRGAN	3	
vienna	2		<b>BETABLOQUEANTES</b>		
viorele (28)	2		carteolol	2	
volnea (28)	2		levobunolol, gotas oftálmicas (ojos), 0.5%	2	
vyfemla (28)	2		maleato de timolol, gotas oftálmicas (ojos)	1	
vylibra	2		maleato de timolol, solución gelificante oftálmica (ojos)	4	
wera (28)	2		<b>PRODUCTOS OFTALMOLÓGICOS VARIOS</b>		
wymzya fe	2		atropina, gotas oftálmicas (ojos)	3	
zarah	2		azalastina oftálmica (ojos)	4	
zovia 1/35e (28)	2		BLEPHAMIDE	4	
zovia 1-35 (28)	2		BLEPHAMIDE S.O.P.	4	
zumandimine (28)	2				
<b>OFTALMOLOGÍA</b>					
<b>ANTIBIÓTICOS</b>					
ak-poly-bac	2				
AZASITE	4				
bacitracina oftálmica (ojos)	4				
bacitracina-polimixina b-oftálmica (ojos)	2				

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

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

Cursiva minúscula = Medicamento genérico

# Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES	NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<b>cromoglicato oftálmico (ojos)</b>					
CYSTARAN	5	PA; NDS	<i>neomicina-bacitracina-polimixina-hc</i>	4	
epinastina	4		<i>neomicina-polimixina b-dexametasona</i>	2	
EYLEA	4	PA	<i>neomicina-polimixina-hc oftálmica (ojos)</i>	4	
olopatadina oftálmica (ojos)	4		<i>neo-polycin hc</i>	4	
OXERVATE	4	PA; QL (112/999)	<i>tobramicina-dexametasona</i>	3	
clorhidrato de pilocarpina, gotas oftálmicas (ojos), 1%, 2%, 4%	3		<b>ESTEROIDES</b>		
RESTASIS	3	QL (60/30)	<i>fosfato sódico de dexametasona oftálmico (ojos)</i>	2	
RESTASIS MULTIDOSIS	3	QL (60/30)	<i>fluorometolona</i>	3	
sulfacetamida sódica, gotas oftálmicas (ojos)	2		INVELTYS	4	
sulfacetamida-prednisolona	2		LOTEMAX	4	
<b>AGENTES ANTIINFLAMATORIOS NO ESTEROIDEOS</b>			LOTEMAX SM	4	
diclofenaco sódico oftálmico (ojos)	2		<i>acetato de prednisolona</i>	3	
flurbiprofeno sódico	2		<i>fosfato sódico de prednisolona oftálmico (ojos)</i>	2	
ketorolaco oftálmico (ojos)	2		<b>AGENTES SIMPATICOMIMÉTICOS</b>		
PROLENSA	3		ALPHAGAN P, GOTAS OFTÁLMICAS (OJOS), 0.1%	3	
<b>MEDICAMENTOS ORALES PARA EL GLAUCOMA</b>			<i>apraclonidina</i>	4	
acetazolamida	3		<i>brimonidina, gotas oftálmicas (ojos), 0.15%</i>	3	
acetazolamida sódica	4		<i>brimonidina, gotas oftálmicas (ojos), 0.2%</i>	2	
metazolamida	4		<b>SISTEMA RESPIRATORIO Y ALERGIA</b>		
<b>OTROS MEDICAMENTOS PARA EL GLAUCOMA</b>					
AZOPT	4		<b>AGENTES ANTIHISTAMÍNICOS/ANTIALÉRGICOS</b>		
brinzolamida	4		<i>desloratadina, comprimidos orales</i>	3	QL (30/30)
COMBİGAN	3		<i>clorhidrato de difenhidramina, solución inyectable, 50 mg/ml</i>	4	
dorzolamida	2		<i>epinefrina, autoinyector para inyección</i>	3	QL (2/30)
dorzolamida-timolol	2		<i>epinefrina, solución inyectable, 1 mg/ml</i>	4	
latanoprost	1				
LUMIGAN, GOTAS OFTÁLMICAS (OJOS), 0.01%	3				
RHOPRESSA	4	ST			
ROCKLATAN	4	ST			
SIMBRINZA	4				
travoprost	3				

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

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	NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>clorhidrato de hidroxizina, comprimidos orales</i>	3	PA	<i>budesonida, suspensión para inhalación para nebulización, 1 mg/2 ml</i>	4	B/D PA; QL (60/30)
<i>levocetirizina, solución oral</i>	4		CINRYZE	5	PA; NDS
<i>levocetirizina, comprimidos orales</i>	2	QL (30/30)	COMBIVENT RESPIMAT	4	QL (8/30)
<i>prometazina oral</i>	2	PA	<i>cromoglicato para inhalar</i>	2	B/D PA
<b>AGENTES PULMONARES</b>			DALIRESP	4	PA; QL (30/30)
<i>acetilcisteína</i>	4	B/D PA	ESBRIET, CÁPSULAS ORALES	5	PA; QL (270/30); NDS
ADEMPAS	5	PA; LA; QL (90/30); NDS	ESBRIET, COMPRIMIDOS ORALES, 267 MG	5	PA; QL (270/30); NDS
ADVAIR DISKUS	3	QL (60/30)	ESBRIET, COMPRIMIDOS ORALES, 801 MG	5	PA; QL (90/30); NDS
ADVAIR HFA	3	QL (12/30)	FLOVENT DISKUS PARA INHALAR, BLÍSTER CON DISPOSITIVO, 100 MCG/ ACTIVACIÓN, 50 MCG/ ACTIVACIÓN	3	QL (60/30)
<i>sulfato de albuterol para inhalar, inhalador en aerosol de hfa, 90 mcg/activación (genérico de ProAir)</i>	3	QL (17/30)	FLOVENT DISKUS PARA INHALAR, BLÍSTER CON DISPOSITIVO, 250 MCG/ ACTIVACIÓN	3	QL (240/30)
<i>sulfato de albuterol para inhalar, inhalador en aerosol de hfa, 90 mcg/activación (genérico de Proventil)</i>	3	QL (13.4/30)	FLOVENT, INHALADOR EN AEROSOL DE HFA, 110 MCG/ ACTIVACIÓN	3	QL (12/30)
<i>sulfato de albuterol para inhalar, solución para nebulización</i>	2	B/D PA	FLOVENT, INHALADOR EN AEROSOL DE HFA, 220 MCG/ ACTIVACIÓN	3	QL (24/30)
<i>sulfato de albuterol, jarabe oral</i>	2		FLOVENT, INHALADOR EN AEROSOL DE HFA, 44 MCG/ ACTIVACIÓN	3	QL (10.6/30)
<i>sulfato de albuterol, comprimidos orales</i>	4		<i>flunisolida</i>	3	QL (50/30)
<i>sulfato de albuterol, comprimidos orales, liberación prolongada, 12 horas</i>	4		<i>propionato de fluticasona nasal</i>	2	QL (16/30)
ALYQ	5	PA; QL (60/30); NDS	<i>fumarato de formoterol</i>	4	B/D PA; QL (120/30)
AMBRISENTAN	5	PA; LA; QL (30/30); NDS	<i>icatibanto</i>	5	PA; QL (18/30); NDS
ANORO ELLIPTA	3	QL (60/30)	INCRUSE ELLIPTA	3	QL (30/30)
ARNUITY ELLIPTA	3	QL (30/30)	<i>bromuro de ipratropio para inhalar</i>	2	B/D PA
ATROVENT HFA	4	QL (25.8/30)	<i>ipratropio-albuterol</i>	2	B/D PA
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)			

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

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

Cursiva minúscula = Medicamento genérico

## Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES	NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
KALYDECO, PAQUETE DE GRÁNULOS ORALES	5	PA; QL (56/28); NDS	TRELEGY ELLIPTA	3	QL (60/30)
KALYDECO, COMPRIMIDOS ORALES	5	PA; QL (60/30); NDS	TRIKAFTA	5	PA; NDS
<i>metaproterenol, jarabe oral</i>	4		VENTAVIS	4	PA
<i>montelukast, paquete de gránulos orales</i>	3	QL (30/30)	VENTOLIN HFA	3	QL (36/30)
<i>montelukast, comprimidos orales</i>	2	QL (30/30)	XOLAIR, SOL. PARA RECONST. SUBCUTÁNEA	5	PA; LA; QL (6/28); NDS
<i>montelukast, comprimidos orales masticables</i>	2	QL (30/30)	XOLAIR, JERINGA SUBCUTÁNEA, 150 MG/ML	5	PA; LA; QL (4/28); NDS
OFEV	5	PA; QL (60/30); NDS	XOLAIR, JERINGA SUBCUTÁNEA, 75 MG/0.5 ML	5	PA; LA; QL (1/28); NDS
OPSUMIT	5	PA; LA; NDS	<i>zafirlukast</i>	4	QL (60/30)
ORKAMBI, PAQUETE DE GRÁNULOS ORALES	5	PA; QL (56/28); NDS	<b>UROLÓGICOS</b>		
ORKAMBI, COMPRIMIDOS ORALES	5	PA; QL (112/28); NDS	<b>ANTICOLINÉRGICOS/ANTIESPASMÓDICOS</b>		
PERFOROMIST	4	B/D PA; QL (120/30)	MYRBETRIQ, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA, 24 HORAS	4	
PULMOZYME	5	B/D PA; QL (150/30); NDS	<i>cloruro de oxibutinina, jarabe oral</i>	2	
<i>sajazir</i>	5	PA; QL (18/30); NDS	<i>cloruro de oxibutinina, comprimidos orales</i>	2	
SEREVENT DISKUS	3	QL (60/30)	<i>cloruro de oxibutinina, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas</i>	2	QL (60/30)
<i>sildenafil (hipertensión arterial pulmonar), comprimidos orales</i>	3	PA; QL (90/30)	<i>solifenacina</i>	3	
SYMDEKO	5	PA; QL (56/28); NDS	<i>tolterodina, cápsulas orales, liberación prolongada, 24 horas</i>	2	
Tadalafil (HIPERTENSIÓN ARTERIAL PULMONAR), COMPRIMIDOS ORALES, 20 MG	5	PA; QL (60/30); NDS	<i>tolterodina, comprimidos orales</i>	4	
<i>terbutalina</i>	4		TOVIAZ	4	QL (30/30)
THEO-24	4		<b>TRATAMIENTO DE LA HIPERPLASIA PROSTÁTICA BENIGNA (HPB)</b>		
<i>teofilina, comprimidos orales, liberación prolongada, 12 horas, 300 mg, 450 mg</i>	2		<i>alfuzosina</i>	2	
<i>teofilina, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas</i>	2		<i>dutasterida</i>	2	
			<i>finasterida, comprimidos orales, 5 mg</i>	2	QL (30/30)
			<i>tamsulosina</i>	2	QL (60/30)
			<b>AGENTES UROLÓGICOS VARIOS</b>		
			<i>cloruro de betanecol</i>	3	
			CYSTAGON	4	LA

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

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	NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
ELMIRON	4		cloruro de potasio en lr-d5, solución parenteral intravenosa, 20 meq/l	4	
K-PHOS ORIGINAL	4		cloruro de potasio en agua, infusión secundaria intravenosa	4	
citrato de potasio	4		cloruro de potasio intravenoso	4	
RENACIDIN	4		cloruro de potasio, cápsulas orales, liberación prolongada	1	
<b>VITAMINAS, HEMATÍNICOS/ELECTROLITOS</b>			cloruro de potasio, líquido oral	4	
<b>ELECTROLITOS</b>			cloruro de potasio, paquete oral	2	
acetato de calcio (aglutinante de fosfato)	2		cloruro de potasio, comprimidos orales, liberación prolongada	1	
klor-con	2		cloruro de potasio, comprimidos orales, liberación prolongada, partículas/cristales	1	
KLOR-CON 10	3		cloruro de potasio-nacl al 0.45%	4	
KLOR-CON 8	3		POTASSIUM CHLORIDE-D5-0.2% NACL, SOLUCIÓN PARENTERAL INTRAVENOSA, 20 MEQ/L	4	
klor-con m10	1		cloruro de potasio-d5-nacl al 0.2%, solución parenteral intravenosa, 30 meq/l, 40 meq/l	4	
klor-con m15	1		POTASSIUM CHLORIDE-D5-0.9% NACL	4	
klor-con m20	1		solución de lactato sódico compuesta intravenosa	4	
solución de lactato sódico compuesta intravenosa	4		bicarbonato de sodio, jeringa intravenosa, 10 meq/10 ml (8.4%), 7.5% (0.9 meq/ml), 8.4% (1 meq/ml)	4	
MAGNESIUM SULFATE IN D5W, INFUSIÓN SECUNDARIA INTRAVENOSA, 1 GRAMO/100 ML	4		cloruro de sodio al 0.45%, solución parenteral intravenosa	4	
sulfato de magnesio en agua	4		cloruro de sodio al 3%	4	
sulfato de magnesio inyectable	4		cloruro de sodio al 5%	4	
PHOSLYRA	4		cloruro de sodio intravenoso	4	
POTASSIUM CHLORID-D5-0.45% NACL, SOLUCIÓN PARENTERAL INTRAVENOSA, 10 MEQ/L, 20 MEQ/L, 40 MEQ/L	4				
cloruro de potasio en d5-nacl al 0.45%, solución parenteral intravenosa, 30 meq/l	4				
cloruro de potasio en nacl al 0.9%, solución parenteral intravenosa, 20 meq/l, 40 meq/l	4				
cloruro de potasio en dext. al 5%, solución parenteral intravenosa, 20 meq/l, 30 meq/l, 40 meq/l	4				

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

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
<b>PRODUCTOS NUTRICIONALES VARIOS</b>		
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
electrolitos-48 en d5w	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
<b>VITAMINAS/HEMATÍNICOS</b>		
fluoruro (de sodio), comprimidos orales	1	
fluoruro (de sodio), comprimidos orales masticables, 1 mg (2.2 mg de fluoruro de sodio)	1	
VITAMINAS PRENATALES, COMPRIMIDOS ORALES	3	

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

Cursiva minúscula = Medicamento genérico

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

# Índice de medicamentos cubiertos

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

# Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
ALUNBRIG, COMPRIMIDOS ORALES, 180 MG, 90 MG .....	27	amoxicilina, suspensión oral para reconstitución .....	25	atomoxetina, cápsulas orales, 100 mg, 60 mg, 80 mg .....	39
ALUNBRIG, COMPRIMIDOS ORALES, PAQUETE DOSIFICADO ..	27	ampicilina, cápsulas orales, 500 mg .....	25	atorvastatina .....	46
alyacen 1/35 (28).....	61	ampicilina sódica .....	25	atovacuona .....	24
alyacen 7/77 (28) .....	61	ampicilina-sulbactam .....	25	atovacuona-proguanil.....	24
ALYQ.....	65	anagrelida .....	50	ATRIPLA.....	20
AMBISOME.....	20	anastrozol.....	27	atropina, gotas oftálmicas (ojos) .....	63
AMBRISENTAN .....	65	anfotericina b.....	20	ATROVENT HFA .....	65
amethia.....	61	ANORO ELLIPTA.....	65	aubra .....	61
amethyst (28) .....	61	APOKYN.....	36	aubra eq .....	61
amikacina, solución inyectable, 1,000 mg/4 ml, 500 mg/2 ml.....	24	apraclonidina.....	64	aurovela 1.5/30 (21) .....	61
amilorida.....	43	aprepitant.....	56	aurovela 1/20 (21) .....	61
amilorida-hidroclorotiazida .....	43	apri.....	61	aurovela 24 fe .....	61
AMINOSYN II 15% .....	68	APTIOM, COMPRIMIDOS ORALES, 200 MG.....	34	aurovela fe 1.5/30 (28) .....	61
AMINOSYN-PF 7% (SIN SULFITOS) .....	68	APTIOM, COMPRIMIDOS ORALES, 400 MG.....	34	aurovela fe 1-20 (28) .....	61
amiodarona, comprimidos orales, 100 mg, 200 mg.....	43	APTIOM, COMPRIMIDOS ORALES, 600 MG, 800 MG .....	34	AURYXIA .....	50
amiodarona, comprimidos orales, 400 mg .....	43	APTIVUS .....	20	AUSTEDO, COMPRIMIDOS ORALES, 6 MG .....	36
amiodarona, solución intravenosa ..	43	aranelle (28) .....	61	AUSTEDO, COMPRIMIDOS ORALES, 12 MG, 9 MG.....	36
amitriptilina.....	39	ARCALYST .....	58	aviane .....	61
amlodipina .....	43	ARIKAYCE .....	24	avita .....	48
amlodipina-benazepril .....	43	aripiprazol, comprimidos de desintegración oral .....	39	ayuna .....	61
amlodipina-valsartán.....	43	aripiprazol, comprimidos orales .....	39	AYVAKIT .....	27
amlodipina-valsartán-HCTZ .....	43	aripiprazol, solución oral .....	39	azacitidina .....	27
amoxapina .....	39	ARNUITY ELLIPTA .....	65	azalastina oftálmica (ojos) .....	63
amoxicilina, cápsulas orales.....	25	ARRANON .....	27	AZASITE .....	63
amoxicilina-clavulanato de pot., comprimidos orales .....	25	ARZERRA .....	27	azatioprina, comprimidos orales, 50 mg .....	27
amoxicilina-clavulanato de pot., comprimidos orales masticables .....	25	ashlyna .....	61	azatioprina sódica .....	27
amoxicilina-clavulanato de pot., suspensión oral para reconstitución ..	25	aspirina-dipiridamol .....	45	azelastina nasal .....	51
amoxicilina, comprimidos orales .....	25	atazanavir, cápsulas orales, 150 mg, 300 mg .....	20	azitromicina, comprimidos orales .....	23
amoxicilina, comprimidos orales masticables, 125 mg, 250 mg .....	25	atazanavir, cápsulas orales, 200 mg .....	20	azitromicina intravenosa .....	23
azitromicina, paquete oral .....	23	atenolol .....	43	azitromicina, paquete oral .....	23
aztreonam .....	24	atenolol-clortalidona .....	43	azitromicina, suspensión oral para reconstitución .....	23
azurette (28) .....	61	ATGAM .....	58	AZOPT .....	64
		atomoxetina, cápsulas orales, 10 mg, 18 mg, 25 mg, 40 mg .....	39	aztreonam .....	24

# Índice de medicamentos cubiertos

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

# 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	cefepoxima .....	23
camrese .....	61	carvedilol .....	43	cefprozilo .....	23
camrese lo .....	61	caspofungina .....	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 hidroxiprogesteron ..	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>clonazepam, comprimidos orales, 2 mg</i> .....	34
<i>ciclofosfamida, sol. para reconst. intravenosa</i> .....	28	<i>clindamicina pediátrica</i> .....	24	<i>clonidina</i> .....	43
<i>ciclopirox, champú tópico</i> .....	49	CLINDAMYCIN EN CLORURO DE SODIO AL 0.9% .....	24	<i>clopidogrel, comprimidos orales, 75 mg</i> .....	45
<i>ciclopirox, crema tópica</i> .....	49	CLINDAMYCIN PHOSPHATE, GEL TÓPICO, UNA VEZ AL DÍA .....	48	<i>clopidogrel, comprimidos orales, 300 mg</i> .....	45
<i>ciclopirox, solución tópica</i> .....	49	CLINIMIX, 4.25%/D5W, SIN SULFITOS .....	50	<i>clorazepato dipotásico, comprimidos orales, 3.75 mg</i> .....	40
<i>ciclopirox, suspensión tópica</i> .....	49	CLINIMIX 4.25%/D10W, SIN SULFITOS .....	68	<i>clorazepato dipotásico, comprimidos orales, 7.5 mg</i> .....	40
<i>ciclosporina, cápsulas orales</i> .....	28	CLINIMIX 5%/D15W, SIN SULFITOS .....	68	<i>clorazepato dipotásico, comprimidos orales, 15 mg</i> .....	40
<i>ciclosporina intravenosa</i> .....	28	CLINIMIX 5%-D20W (SIN SULFITOS) .....	68	<i>clorhidrato de amantadina</i> .....	20
<i>ciclosporina modificada</i> .....	28	CLINIMIX 6%-D5W (SIN SULFITOS) .....	68	<i>clorhidrato de buprenorfina, inyectable</i> .....	37
<i>cilostazol</i> .....	45	CLINIMIX 8%-D10W (SIN SULFITOS) .....	68	<i>clorhidrato de buprenorfina sublingual</i> .....	37
CILOXAN, POMADA OFTÁLMICA (OJOS) .....	63	CLINIMIX E 4.25%/D10W, SIN SULFITOS .....	68	<i>clorhidrato de bupropión (agente para dejar de fumar)</i> .....	51
CIMDUO.....	20	CLINISOL SF 15% .....	68	<i>clorhidrato de bupropión, comprimidos orales, 75 mg</i> .....	39
<i>cinacalcet, comprimidos orales, 30 mg, 60 mg</i> .....	55	<i>clobazam, comprimidos orales</i> .....	34	<i>clorhidrato de bupropión, comprimidos orales, 100 mg</i> .....	39
<i>cinacalcet, comprimidos orales, 90 mg</i> .....	55	<i>clobazam, suspensión oral</i> .....	34	<i>clorhidrato de bupropión, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas, 150 mg</i> .....	39
CINRYZE .....	65	<i>clobetasol, champú tópico</i> .....	49	<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>clobetasol, crema tópica</i> .....	49	<i>clorhidrato de bupropión, comprimidos orales, liberación sostenida, 12 horas</i> .....	39
CIPRODEX .....	51	<i>clobetasol, cuero cabelludo</i> .....	49	<i>clorhidrato de ciprofloxacina, comprimidos orales, 100 mg</i> .....	26
<i>ciprofloxacina-dexametasona</i> .....	51	<i>clobetasol-emoliente, 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, espuma tópica</i> .....	49		
CIPRO HC .....	51	<i>clobetasol, gel tópico</i> .....	49		
CIPRO, RECONST. DE MICROCÁPSULAS PARA SUSPENSIÓN ORAL .....	26	<i>clobetasol, loción tópica</i> .....	49		
<i>cisplatino, solución intravenosa</i> .....	28	<i>clobetasol, pomada tópica</i> .....	49		
<i>citalopram, comprimidos orales</i> .....	40	<i>clobetasol, rociador tópico no aerosol</i> .....	49		
<i>citalopram, solución oral</i> .....	39	CLODAN.....	49		
<i>citarabina</i> .....	28	<i>clofarabina</i> .....	28		
<i>citarabina (pf)</i> .....	28	<i>clomipramina</i> .....	40		
<i>citrato de fentanilo, pastilla bucal con aplicador</i> .....	37				

# 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 granisetrón 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
				clotrimazol-betametasona, crema tópica .....	49

# Índice de medicamentos cubiertos

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

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

# Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
erlotinib, comprimidos orales, 100 mg, 150 mg.....	28	everolimus (antineoplásico), comprimidos orales.....	29	fenobarbital sódico, solución inyectable .....	35
errin.....	60	everolimus (inmunodepresor), comprimidos orales, 0.5 mg.....	29	fenofibrato, cápsulas orales micronizadas, 134 mg, 200 mg, 67 mg .....	46
ertapenem .....	24	everolimus (inmunodepresor), comprimidos orales, 0.25 mg, 0.75 mg.....	29	fenofibrato, comprimidos orales, 160 mg, 54 mg .....	46
ERY-TAB, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN RETARDADA (DR/EC), 250 MG, 333 MG .....	23	EVOMELA .....	29	fenofibrato, comprimidos orales nanocristalizados, 145 mg, 48 mg ..	46
ERYTHROCIN, SOL. PARA RECONST. INTRAVENOSA, 500 MG.....	23	EVOTAZ .....	21	fenoxibenzamina .....	45
ESBRIET, CÁPSULAS ORALES .....	65	exemestano.....	29	fentanilo, 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
escopolamina base .....	57	ezetimiba .....	46	finasterida, comprimidos orales, 5 mg .....	66
esomeprazol magnésico, cápsulas orales, liberación retardada (dr/ec) ..	57	ezetimiba-simvastatina.....	46	FINTEPLA .....	34
espirotonolactona .....	45	<b>F</b>		FIRMAGON, KIT CON JERINGA DILUYENTE .....	29
espirotonolactona-hidroclorotiazida ..	45	FABRAZYME .....	55	FIRVANQ, SOL. PARA RECONST. INTRAVENOSA, 25 MG/ML .....	24
estarrylla .....	61	falmina (28) .....	61	FIRVANQ, SOL. PARA RECONST. INTRAVENOSA, 50 MG/ML .....	24
estavudina, cápsulas orales .....	22	famциклovир .....	21	flac, aceite ótico .....	51
estradiol, comprimidos vaginales .....	60	famotidina, comprimidos orales, 20 mg, 40 mg .....	57	flecainida .....	43
estradiol oral .....	60	famotidina, suspensión oral .....	57	FLOVENT DISKUS PARA INHALAR, BLÍSTER CON DISPOSITIVO, 100 MCG/ACTIVACIÓN, 50 MCG/ACTIVACIÓN .....	65
estradiol, parche transdérmico quincenal .....	60	FANAPT, COMPRIMIDOS ORALES .....	40	FLOVENT DISKUS PARA INHALAR, BLÍSTER CON DISPOSITIVO, 250 MCG/ACTIVACIÓN .....	65
estradiol, parche transdérmico semanal .....	60	FANAPT, COMPRIMIDOS ORALES, PAQUETE DOSIFICADO .....	40	FLOVENT, INHALADOR EN AEROSOL DE HFA, 44 MCG/ACTIVACIÓN .....	65
estreptomicina .....	25	FARYDAK .....	29	FLOVENT, INHALADOR EN AEROSOL DE HFA, 110 MCG/ACTIVACIÓN .....	65
etacrinato sódico .....	44	febuxostat .....	59		
etambutol .....	24	felbamato .....	34		
etilsuccinato de eritromicina, suspensión oral para reconstitución, 200 mg/5 ml .....	23	felodipina .....	44		
etiodiol diac-etinilestradiol .....	61	feminor .....	61		
etodolaco .....	38	fenelzina .....	42		
ETOPOPHOS .....	28	fenilbutirato sódico .....	51		
etopósido intravenoso .....	28	fenitoína, comprimidos orales masticables .....	35		
etosuximida .....	34	fenitoína sódica, liberación prolongada .....	35		
etravirina.....	21	fenitoína sódica, solución intravenosa .....	35		
EUTHYROX .....	56	fenitoína, suspensión oral .....	35		
		fenobarbital, comprimidos orales ..	35		
		fenobarbital, 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
flouxuridina.....	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	<b>G</b>	
fluocinolona acetonida, aceite .....	51	fosfato de clindamicina, paño tópico .....	48	gabapentina, cápsulas orales, 100 mg, 400 mg .....	34
fluocinolona y gorra de baño .....	49	fosfato de clindamicina, solución intravenosa, 600 mg/4 ml .....	24	gabapentina, cápsulas orales, 300 mg .....	34
fluocinonida, crema tópica, 0.05% ..	49	fosfato de clindamicina, solución tópica .....	48	gabapentina, comprimidos orales, 600 mg .....	34
fluocinonida, gel tópico.....	49	fosfato de clindamicina vaginal ..	60	gabapentina, comprimidos orales, 800 mg .....	34
fluocinonida, pomada tópica.....	49	fosfato de cloroquina .....	24	gabapentina, solución oral .....	34
fluocinonida, solución tópica.....	49	fosfato sódico de dexametasona oftálmico (ojos) .....	64	galantamina, cápsulas orales, píldoras de lib. prol., 24 horas .....	36
fluorometolona .....	64	fosfato sódico de dexametasona (pf), solución inyectable .....	52	galantamina, comprimidos orales .....	36
fluorouracilo, crema tópica, 5% ..	47	fosfato sódico de dexametasona, solución inyectable .....	52	galantamina, solución oral .....	36
fluorouracilo intravenoso .....	29	fosfato sódico de prednisolona oftálmico (ojos) .....	64	GAMUNEX-C .....	58
fluorouracilo, solución tópica .....	47	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 .....	68	fosfenitoína .....	34	GASAS, 2 X 2 .....	52
fluoruro (de sodio), comprimidos orales masticables, 1 mg (2.2 mg de fluoruro de sodio).....	68	fosinopril .....	44	GATTEX, VIAL DE 30 .....	56
fluoxetina, cápsulas orales, 10 mg ..	40	fosinopril-hidroclorotiazida .....	44	GATTEX, VIAL DE UNO .....	56
fluoxetina, cápsulas orales, 20 mg ..	40	FOTIVDA .....	29	gavilyte-c .....	56
fluoxetina, cápsulas orales, 40 mg ..	40	fulvestrant .....	29	gavilyte-n .....	56
fluoxetina, solución oral .....	40	fumarato de bisoprolol .....	43	GAVRETO .....	29
flurbiprofeno, comprimidos orales, 100 mg .....	38	fumarato de disoproxilo de tenofovir ..	22	GAZYVA .....	29
flurbiprofeno sódico .....	64			gemcitabina, sol. para reconst. intravenosa .....	29
flutamida .....	29			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, 20 mg ..	46				
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	glipizida, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas, 10 mg .....	52	HARVONI, PÍLDORAS DE ADMINISTRACIÓN ORAL EN PAQUETES, 45-200 MG .....	21
gemfibrozil .....	46	glipizida-metformina, comprimidos orales, 2.5-250 mg....	53	HAVRIX (PF), JERINGA INTRAMUSCULAR.....	58
gemmily .....	61	glipizida-metformina, comprimidos orales, 2.5-500 mg, 5-500 mg .....	53	heather .....	60
generlac .....	56	GLUCAGEN HYPOKIT .....	53	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) ..	46
gengraf .....	29	GLUCAGON (HCL), KIT DE EMERGENCIAS .....	53	heparina (porcina) en nacl al 0.45%, solución parenteral, intravenosa, 25,000 unidades/250 ml, 25,000 unidades/500 ml ..	46
GENOTROPIN .....	58	GLUCAGON, KIT DE EMERGENCIAS (HUMANO) .....	53	heparina (porcina) en nacl (pf) .....	46
GENOTROPIN MINIQUICK .....	58	gluconato de clorhexidina, membrana mucosa .....	51	heparina, porcina (pf), jeringa inyectable, 5,000 unidades/0.5 ml ..	46
gentak, pomada oftálmica (ojos) .....	63	GLYCOPYRROLATE (PF) IN WATER, INYECTABLE.....	56	heparina (porcina), solución inyectable .....	46
gentamicina, crema tópica .....	48	glydo .....	47	HETLIOZ .....	41
gentamicina en nacl (iso-osm.), infusión secundaria intravenosa, 100 mg/100 ml, 60 mg/50 ml, 80 mg/100 ml, 80 mg/50 ml .....	24	GLYXAMBI.....	53	HIBERIX (PF) .....	58
gentamicina, gotas oftálmicas (ojos) .....	63	griseofulvina micronizada .....	20	hclidato de doxiciclina, cápsulas orales.....	26
gentamicina, pomada tópica .....	48	griseofulvina ultramicronizada .....	20	hclidato de doxiciclina, comprimidos orales, 100 mg, 20 mg .....	26
gentamicina, solución inyectable, 40 mg/ml.....	24	GVOKE HYPOPEN, PAQUETE DE 1 .....	53	hclidato de doxiciclina intravenoso .....	26
GENTAMICIN IN NAACL (ISO-OSM.), INFUSIÓN SECUNDARIA INTRAVENOSA, 100 MG/50 ML, 120 MG/100 ML.....	24	GVOKE HYPOPEN, PAQUETE DE 2 .....	53	hidralazina inyectable .....	44
GENVOYA .....	21	GVOKE PFS, PAQUETE CON 1 JERINGA .....	53	hidralazina oral .....	44
GILOTrif .....	29	GVOKE PFS, PAQUETE CON 2 JERINGAS.....	53	hidroclorotiazida .....	44
glicopirronio, comprimidos orales, 1 mg, 2 mg.....	56	<b>H</b>		hidrocodona-acetaminofeno, comprimidos orales, 10-325 mg, 5-325 mg, 7.5-325 mg .....	37
glicopirronio (pf) en agua, jeringa intravenosa, 0.4 mg/2 ml (0.2 mg/ml) .....	56	hailey .....	61	hidrocodona-acetaminofeno, solución oral, 7.5-325 mg/15 ml ..	37
glimepirida, comprimidos orales, 1 mg.....	52	hailey 24 fe .....	61	hidrocodona-ibuprofeno, comprimidos orales, 7.5-200 mg .....	37
glimepirida, comprimidos orales, 2 mg.....	52	hailey fe 1.5/30 (28) .....	61	hidrocortisona-ácido acético .....	51
glimepirida, comprimidos orales, 4 mg.....	52	hailey fe 1/20 (28) .....	61	hidrocortisona, crema tópica, 1%, 2.5% .....	50
glipizida, comprimidos orales, 5 mg .....	52	HALAVEN .....	29	hidrocortisona, crema tópica con aplicador perineal .....	56
glipizida, comprimidos orales, 10 mg .....	52	haloperidol .....	41	hidrocortisona, loción tópica, 2.5% ..	50
glipizida, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas, 2.5 mg .....	53	HARVONI, COMPRIMIDOS ORALES, 45-200 MG .....	21		
glipizida, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas, 5 mg .....	53	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
hidrocortisona oral.....	52	HUMIRA (CF) PEN		imatinib, comprimidos	
hidrocortisona, pomada		PSOR-UV-ADOL HS.....	59	orales, 100 mg .....	29
tópica, 1%, 2.5% .....	50	HUMIRA, KIT DE JERINGA		imatinib, comprimidos	
hidrocortisona rectal .....	56	SUBCUTÁNEA, 40 MG/0.8 ML .....	59	orales, 400 mg .....	29
hidromorfona, comprimidos orales ..	37	HUMIRA PEN .....	59	IMBRUVICA, CÁPSULAS	
hidromorfona, líquido oral .....	37	HUMIRA PEN CROHNS-UC-HS, PAQUETE INICIAL .....	59	ORALES, 70 MG .....	29
hidroxicloroquina, comprimidos orales, 200 mg .....	24	HUMIRA PEN PSOR-UVEITS-ADOL HS.....	59	IMBRUVICA, CÁPSULAS	
hidroxiurea.....	29	HUMULIN 70/30 U-100, INSULINA ..	53	ORALES, 140 MG .....	29
hipurato de metenamina .....	26	HUMULIN 70/30 U-100 KWIKPEN ..	53	IMBRUVICA,	
HIZENTRA.....	58	HUMULIN N NPH, INSULINA KWIKPEN .....	53	COMPRIMIDOS ORALES .....	29
HUMALOG JUNIOR		HUMULIN N NPH		IMFINZI.....	29
KWIKPEN U-100 .....	53	U-100, INSULINA .....	53	imipenem-cilastatina .....	24
HUMALOG KWIKPEN, INSULINA ..	53	HUMULIN R REGULAR		imiquimod, crema tópica	
HUMALOG MIX 50-50,		U-100, INSULINA .....	53	en paquete 5% .....	47
INSULINA U-100 .....	53	HUMULIN R U-500		IMOVAX (PF),	
HUMALOG MIX 50-50 KWIKPEN..	53	(CONC) INSULINA .....	53	VACUNA ANTIRRÁBICA .....	58
HUMALOG MIX 75-25 KWIKPEN..	53	HUMULIN R U-500		incassia .....	60
HUMALOG MIX 75-25		(CONC) KWIKPEN .....	53	INCRELEX.....	51
(U-100), INSULINA .....	53	HYDROXYCHLOROQUINE,		INCRUSE ELLIPTA.....	65
HUMALOG U-100, INSULINA .....	53	COMPRIMIDOS ORALES,		indapamida .....	44
HUMIRA (CF), KIT DE JERINGA		100 MG, 300 MG, 400 MG .....	24	INFANRIX (DTAP) (PF),	
SUBCUTÁNEA, 10 MG/0.1 ML,				JERINGA INTRAMUSCULAR .....	58
20 MG/0.2 ML.....	60	I		INFUGEM.....	29
HUMIRA (CF), KIT DE JERINGA				INFUMORPH P/F.....	37
SUBCUTÁNEA, 40 MG/0.4 ML .....	60	ibandronato oral .....	59	INLYTA, COMPRIMIDOS	
HUMIRA (CF) PEDI CROHNS,		IBRANCE .....	29	ORALES, 1 MG .....	29
PAQUETE INICIAL, KIT DE		ibu .....	38	INLYTA, COMPRIMIDOS	
JERINGA SUBCUTÁNEA,		ibuprofeno, comprimidos		ORALES, 5 MG .....	29
80 MG/0.8 ML.....	59	orales, 400 mg, 600 mg, 800 mg .....	39	INQOVI .....	29
HUMIRA (CF) PEDI CROHNS,		ibuprofeno, suspensión oral .....	38	INREBIC .....	29
PAQUETE INICIAL, KIT DE		icatibanto .....	65	INSULINA, AGUJA	
JERINGA SUBCUTÁNEA,		iclevia .....	61	PARA LAPICERA .....	53
80 MG/0.8 ML-40 MG/0.4 ML .....	59	ICLUSIG, COMPRIMIDOS		INTELENCE, COMPRIMIDOS	
HUMIRA (CF) PEN		ORALES, 10 MG, 30 MG, 45 MG .....	29	ORALES, 25 MG .....	21
CROHNS-UC-HS.....	59	ICLUSIG, COMPRIMIDOS		INTELENCE, COMPRIMIDOS	
HUMIRA (CF) PEN, KIT DE		ORALES, 15 MG .....	29	ORALES, 100 MG, 200 MG .....	21
INYECTOR SUBCUTÁNEO,		idarrubicina .....	29	INTRALIPID, EMULSIÓN	
40 MG/0.4 ML.....	60	IDHIFA .....	29	INTRAVENOSA, 20%, 30% .....	68
HUMIRA (CF) PEN, KIT DE		ifosfamida .....	29	INTRON A, SOL. PARA	
LAPICERA PARA INYECCIÓN				RECONST. INYECTABLE .....	58
SUBCUTÁNEA, 80 MG/0.8 ML .....	60			INTRON A, SOLUCIÓN	
HUMIRA(CF) PEN				INJECTABLE, 6 MILLONES	
PEDIATRIC UC .....	59			DE UNIDADES/ML .....	58

# Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
INTRON A, SOLUCIÓN INYECTABLE, 10 MILLONES DE UNIDADES/ML .....	58	<b>J</b>		<b>K</b>	
<i>introvale</i> .....	61	jaimiess .....	61	KABIVEN .....	68
INVEGA SUSTENNA .....	41	JAKAFI .....	29	KADCYLA .....	29
INVEGA TRINZA .....	41	jantoven .....	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	jasmiel (28) .....	61	KANJINTI .....	29
<i>ipratropio-albuterol</i> .....	65	JEMPERLI .....	29	<i>kariva</i> (28) .....	61
<i>irbesartán</i> .....	44	jencycla .....	60	<i>kelnor</i> 1/35 (28) .....	61
<i>irbesartán-hidroclorotiazida</i> .....	44	JENTADUETO .....	53	<i>kelnor</i> 1-50 (28) .....	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
irrigación de solución de lactato sódico compuesta .....	50	JERINGA PARA INSULINA (DES.), U-100 0.3 ML, 1 ML, 1/2 ML .....	53	<i>ketoconazol oral</i> .....	20
irrigación de solución de lactato sódico compuesta .....	50	JEVTANA .....	29	<i>ketorolaco oftálmico (ojos)</i> .....	64
ISENTRESS, COMPRIMIDOS ORALES .....	21	jolessa .....	61	KEYTRUDA .....	29
ISENTRESS, COMPRIMIDOS ORALES MASTICABLES, 25 MG ..	21	juleber .....	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	junel 1.5/30 (21) .....	61	KISQALI, COMPRIMIDOS ORALES, 400 MG/DÍA (200 MG X 2) .....	30
ISENTRESS, PAQUETE DE POLVO ORAL .....	21	junel 1/20 (21) .....	61	KISQALI, COMPRIMIDOS ORALES, 600 MG/DÍA (200 MG X 3) .....	30
<i>isibloom</i> .....	61	junel fe 1.5/30 (28) .....	61	KISQALI FEMARA CO-PACK, COMPRIMIDOS ORALES, 200 MG/DÍA (200 MG X 1), 2.5 MG ..	30
<i>isoniazida, comprimidos orales</i> .....	24	junel fe 1/20 (28) .....	61	KISQALI FEMARA CO-PACK, COMPRIMIDOS ORALES, 400 MG/DÍA (200 MG X 2), 2.5 MG ..	30
<i>isoniazida, solución oral</i> .....	24	junel fe 24 .....	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
klor-con m10 .....	67	larin 1/20 (21) .....	62	levocarnitina, comprimidos orales ..	51
klor-con m15 .....	67	larin 24 fe .....	62	levocarnitina (con azúcar) .....	51
klor-con m20 .....	67	larin fe 1.5/30 (28) .....	62	levocarnitina, solución oral, 100 mg/ml .....	51
KLOXXADO .....	39	larin fe 1/20 (28) .....	62	levocetirizina, comprimidos orales ..	65
KORLYM .....	55	larissia .....	62	levocetirizina, solución oral .....	65
K-PHOS ORIGINAL .....	67	latanoprost .....	64	levofloxacina, comprimidos orales ..	26
kurvelo (28) .....	61	LATUDA, COMPRIMIDOS ORALES, 80 MG .....	41	levofloxacina en d5w .....	26
KUVAN .....	55	LATUDA, COMPRIMIDOS ORALES, 120 MG, 20 MG, 40 MG, 60 MG .....	41	levofloxacina intravenosa .....	26
KYNMOBI, PELÍCULA SUBLINGUAL, 10 MG, 15 MG, 20 MG, 25 MG, 30 MG .....	36	layolis fe .....	62	levofloxacina, solución oral .....	26
KYPROLIS .....	30	leena 28 .....	62	levonest (28) .....	62
<b>L</b>		leflunomida .....	60	levonorgestrel-etinilestradiol .....	62
labetalol oral .....	44	LENVIMA, CÁPSULAS ORALES, 10 MG/DÍA (10 MG X 1), 4 MG .....	30	levonorg-etetinilestradiol trifásico ..	62
lactato de amonio .....	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	levora-28 .....	62
lactato de haloperidol inyectable .....	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
lactato de haloperidol oral .....	41	lessina .....	62	levotiroxina, comprimidos orales ..	56
lactulosa, solución oral .....	56	letrozol .....	30	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 .....	56
lamivudina, comprimidos orales, 100 mg, 300 mg .....	21	leucovorina cálcica, comprimidos orales, 5 mg .....	27	LEXIVA, SUSPENSIÓN ORAL .....	21
lamivudina, comprimidos orales, 150 mg .....	21	leucovorina cálcica, comprimidos orales, 10 mg, 15 mg, 25 mg .....	27	LIBTAYO .....	30
lamivudina, solución oral .....	21	leucovorina cálcica, inyectable .....	27	lidocaína, parche adhesivo tópico, medicado, 5% .....	48
lamivudina-zidovudina .....	21	LEUKERAN .....	30	lidocaína (pf), jeringa intravenosa .....	43
lamotrigina, comprimidos de desintegración oral .....	35	leuprolida subcutánea, kit .....	30	lidocaína (pf), solución inyectable .....	47
lamotrigina, comprimidos orales .....	34	LEVEMIR FLEXTOUCH U-100, INSULINA .....	54	lidocaína, pomada tópica .....	48
lamotrigina, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas .....	35	LEVEMIR U-100, INSULINA .....	54	lidocaína-prilocaina, crema tópica .....	48
lamotrigina, comprimidos orales masticables dispersables .....	35	levetiracetam, comprimidos orales ..	35	lidocaína viscosa .....	48
LANOXIN, COMPRIMIDOS ORALES, 62.5 MCG (0.0625 MG) ..	47	levetiracetam, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas ..	35	lillow (28) .....	62
lansoprazol, cápsulas orales, liberación retardada (dr/ec) .....	57	levetiracetam en nacl (iso-osm.) ..	35	lincomicina .....	24
LANTUS SOLOSTAR U-100, INSULINA .....	54	levetiracetam intravenoso .....	35	lindano, champú tópico .....	50
LANTUS U-100, INSULINA .....	54	levetiracetam, solución oral .....	35	linezolid-cloruro de sodio al 0.9% ..	24
lapatinib .....	30	levobunolol, gotas oftálmicas (ojos), 0.5% .....	63	linezolid, comprimidos orales .....	24
larin 1.5/30 (21) .....	62			linezolid en dextrosa al 5% .....	24
				linezolid, suspensión oral para reconstitución .....	24
				LINZESS .....	56
				liotironina oral .....	56
				lisinopril .....	44

# Índice de medicamentos cubiertos

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

# Índice de medicamentos cubiertos

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

# Índice de medicamentos cubiertos

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

## **Índice de medicamentos cubiertos**

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

# Índice de medicamentos cubiertos

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

# Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
procto-pak .....	57	PULMOZYME.....	66	repaglinida, comprimidos orales, 2 mg.....	54
proctosol hc tópico.....	57	PURIXAN.....	31	REPATHA.....	46
proctozona-hc.....	57	<b>Q</b>		REPATHA PUSHTRONEX.....	46
progesterona micronizada.....	60	QINLOCK.....	31	REPATHA SURECLICK.....	46
PROGLYCEM.....	54	QUADRACEL (PF) .....	59	RESTASIS.....	64
PROGRAF INTRAVENOSO.....	31	quetiapina, comprimidos orales, 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg.....	42	RESTASIS MULTIDOSIS.....	64
PROGRAF, PAQUETE DE GRÁNULOS ORALES .....	31	quetiapina, comprimidos orales, 300 mg, 400 mg.....	42	RETACRIT.....	58
PROLASTIN-C, SOL. PARA RECONST. INTRAVENOSA.....	51	quetiapina, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas, 150 mg, 200 mg.....	42	RETEVMO.....	31
PROLASTIN-C, SOLUCIÓN INTRAVENOSA.....	51	quetiapina, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas, 300 mg, 400 mg, 50 mg.....	42	RETROVIR INTRAVENOSO.....	22
PROLENSA.....	64	quinapril .....	45	REVLIMID.....	31
PROLIA.....	59	quinapril-hidroclorotiazida .....	45	REXULTI.....	42
PROMACTA, COMPRIMIDOS ORALES, 12.5 MG, 25 MG, 50 MG .....	46	<b>R</b>		REYATAZ, PAQUETE DE POLVO ORAL .....	22
PROMACTA, COMPRIMIDOS ORALES, 75 MG .....	46	RABAVERT (PF) .....	59	RHOPRESSA.....	64
PROMACTA, PAQUETE DE POLVO ORAL, 12.5 MG.....	46	raloxifeno .....	59	ribavirina, cápsulas orales.....	22
PROMACTA, PAQUETE DE POLVO ORAL, 25 MG .....	46	ramelteón .....	42	ribavirina, comprimidos orales, 200 mg .....	22
prometazina oral .....	65	ramipril .....	45	rifabutina.....	25
propafenona .....	43	ranolazina.....	47	rifampina.....	25
propiltiouracilo.....	52	rasagilina .....	36	riluzol.....	51
propionato de fluticasona, crema tópica .....	49	reclipsen (28) .....	62	rimantadina .....	22
propionato de fluticasona nasal.....	65	RECOMBIVAX HB (PF).....	59	RINVOQ.....	60
propionato de fluticasona, pomada tópica .....	49	RECTIV.....	57	RISPERDAL CONSTA.....	42
propionato de halobetasol, crema tópica .....	49	regonol .....	37	risperidona, comprimidos de desintegración oral, 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg .....	42
propionato de halobetasol, pomada tópica .....	50	REGRANEX .....	48	risperidona, comprimidos de desintegración oral, 4 mg .....	42
propranolol, cápsulas orales, liberación prolongada, 24 horas .....	45	RELISTOR, JERINGA SUBCUTÁNEA .....	57	risperidona, comprimidos orales, 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg .....	42
propranolol, comprimidos orales .....	45	RELISTOR, SOLUCIÓN SUBCUTÁNEA.....	57	risperidona, comprimidos orales, 4 mg .....	42
propranolol-hidroclorotiazida .....	45	REMICADE .....	57	risperidona, solución oral .....	42
propranolol, solución oral .....	45	RENACIDIN.....	67	ritonavir.....	22
PROQUAD (PF).....	59	repaglinida, comprimidos orales, 0.5 mg .....	54	rivastigmina .....	37
PROSOL 20%.....	68	repaglinida, comprimidos orales, 1 mg .....	54	rivelsa .....	62
protriptilina .....	42			rizatriptán, comprimidos de desintegración oral .....	36
				rizatriptán, comprimidos orales .....	36
				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
<i>ropinirol, comprimidos orales</i> .....	36	SELZENTRY, COMPRIMIDOS ORALES, 300 MG.....	22	<i>sotalol oral</i> .....	43
<i>ropinirol, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas</i> .....	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	<i>sprintec (28)</i> .....	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	<i>sps (con sorbitol)</i> .....	51
ROZLYTREK, CÁPSULAS ORALES, 100 MG .....	31	SIGNIFOR .....	31	sronyx .....	62
ROZLYTREK, CÁPSULAS ORALES, 200 MG .....	31	<i>sildenafil (hipertensión arterial pulmonar), comprimidos orales</i> .....	66	SSD .....	48
RUBRACA .....	31	SIMBRINZA.....	64	STAMARIL (PF) .....	59
rufinamida .....	35	<i>simliya (28)</i> .....	62	STELARA INTRAVENOSA.....	47
RUKOBIA.....	22	<i>simpesse</i> .....	62	STELARA, JERINGA SUBCUTÁNEA, 45 MG/0.5 ML .....	47
RUXIENCE .....	31	SIMULECT.....	31	STELARA, JERINGA SUBCUTÁNEA, 90 MG/ML .....	47
RYBELSUS .....	54	<i>simvastatina, comprimidos orales</i> .....	46	STELARA, SOLUCIÓN SUBCUTÁNEA.....	47
RYBREVANT.....	31	<i>sirolimus, comprimidos orales</i> .....	31	STIVARGA.....	32
RYDAPT.....	31	<i>sirolimus, solución oral</i> .....	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
<b>S</b>		SIVEXTRO ORAL .....	25	SUBOXONE, PELÍCULA SUBLINGUAL, 12-3 MG .....	39
sajazir .....	66	SKYRIZI, JERINGA SUBCUTÁNEA, 150 MG/ML .....	47	subvenite .....	35
SAMSCA, COMPRIMIDOS ORALES, 15 MG .....	55	SKYRIZI, KIT DE JERINGA SUBCUTÁNEA.....	47	<i>subvenite, paquete inicial (azul)</i> .....	35
SAMSCA, COMPRIMIDOS ORALES, 30 MG .....	55	SKYRIZI, LAPICERA PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA .....	47	<i>subvenite, paquete inicial (naranja)</i> .....	35
SANCUSO .....	57	<i>solifenacina</i> .....	66	<i>subvenite, paquete inicial (verde)</i> .....	35
SANDIMMUNE, SOLUCIÓN ORAL.....	31	SOLIQUA 100/33.....	54	succinato de desvenlafaxina .....	40
SANTYL .....	48	SOLTAMOX.....	32	succinato de loxapina .....	41
SAPHRIS .....	42	<i>solución de lactato sódico compuesta intravenosa</i> .....	67	succinato de metoprolol .....	44
sapropterina .....	55	<i>solución de lactato sódico compuesta intravenosa</i> .....	67	succinato de sumatriptán oral .....	36
SARCLISA.....	31	SOLU-CORTEF ACT-O-VIAL (PF) ..	52	succinato de sumatriptán, solución subcutánea .....	36
SECUADO.....	42	SOMATULINE DEPOT.....	32		
SELZENTRY, COMPRIMIDOS ORALES, 25 MG .....	22	SOMAVERT.....	55		
		sorine.....	43		

# Índice de medicamentos cubiertos

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

# Índice de medicamentos cubiertos

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

# Índice de medicamentos cubiertos

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

# Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
VANCOMYCIN INYECTABLE .....	25	VERQUVO.....	47	VITRAKVI, CÁPSULAS	
VANCOMYCIN, SOL. PARA RECONST. INTRAVENOSA, 1.25 GRAMOS, 1.5 GRAMOS.....	25	VERSACLOZ .....	42	ORALES, 100 MG.....	33
VANCOMYCIN-WATER, INYECTABLE (PEG).....	25	VERZENIO .....	33	VITRAKVI, SOLUCIÓN ORAL.....	33
vandazol.....	60	vestura (28).....	63	VIVITROL.....	39
VAQTA (PF).....	59	V-GO 20 .....	55	VIZIMPRO .....	33
vareniclina .....	51	V-GO 30 .....	55	volnea (28).....	63
VARIVAX (PF).....	59	V-GO 40 .....	55	voriconazol, comprimidos orales, 50 mg .....	20
VARIZIG .....	59	VICTOZA 2-PAK.....	55	voriconazol, comprimidos orales, 200 mg .....	20
VASCEPA.....	46	VICTOZA 3-PAK.....	55	voriconazol intravenoso.....	20
VECTIBIX.....	33	vienna .....	63	voriconazol, suspensión oral para reconstitución .....	20
VELCADE .....	33	vigabatrina .....	35	VOSEVI .....	22
velivet, régimen trifásico (28).....	63	vigadrone .....	35	VOTRIENT.....	33
VELPHORO.....	51	VIIBRYD, COMPRIMIDOS ORALES .....	42	VRAYLAR, CÁPSULAS ORALES..	42
VELTASSA.....	51	VIIBRYD, COMPRIMIDOS ORALES, PAQUETE DOSIFICADO, 10 MG (7), 20 MG (23).....	42	VRAYLAR, CÁPSULAS ORALES, PAQUETE DOSIFICADO .....	42
VEMLIDY .....	22	VIMPAT, COMPRIMIDOS ORALES, 50 MG .....	35	vyfemla (28).....	63
VENCLEXTA, COMPRIMIDOS ORALES, 10 MG .....	33	VIMPAT, COMPRIMIDOS ORALES, 100 MG, 150 MG, 200 MG .....	35	vylibra .....	63
VENCLEXTA, COMPRIMIDOS ORALES, 50 MG .....	33	VIMPAT INTRAVENOSO.....	35	VYNDAMAX .....	47
VENCLEXTA, COMPRIMIDOS ORALES, 100 MG .....	33	VIMPAT, SOLUCIÓN ORAL .....	35	VYNDAQEL .....	47
VENCLEXTA, PAQUETE INICIAL ..	33	vinblastine .....	33	VYXEOS.....	33
venlafaxina, cápsulas orales, liberación prolongada, 24 horas ..	42	vincasar pfs .....	33	<b>W</b>	
venlafaxina, comprimidos orales.....	42	vincristina .....	33	warfarina.....	46
VENTAVIS .....	66	vinorelbina .....	33	WELIREG.....	33
VENTOLIN HFA.....	66	VIOKACE.....	57	wera (28) .....	63
VERAPAMIL, CÁPSULAS ORALES, PÍLDORAS DE LIB. PROL., 24 HORAS, 360 MG .....	45	violele (28).....	63	wymzya fe .....	63
verapamilo, cápsulas orales, píldoras ct de lib. prol., 24 horas.....	45	VIRACEPT, COMPRIMIDOS ORALES, 250 MG .....	22	<b>X</b>	
verapamilo, cápsulas orales, píldoras de lib. prol., 24 horas, 120 mg, 180 mg, 240 mg.....	45	VIRACEPT, COMPRIMIDOS ORALES, 625 MG.....	22	XALKORI .....	33
verapamilo, comprimidos orales .....	45	VIREAD, COMPRIMIDOS ORALES, 150 MG, 200 MG, 250 MG .....	22	XARELTO .....	46
verapamilo, comprimidos orales, liberación prolongada .....	45	VIREAD, POLVO ORAL.....	22	XARELTO, TRATAMIENTO INICIAL PARA TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA/EMBOLIA PULMONAR, 30 DÍAS .....	46
verapamilo, solución intravenosa ..	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	<b>Z</b>		ZUBSOLV, COMPRIMIDOS SUBLINGUALES, 8.6-2.1 MG .....	39
XELJANZ XR .....	60	zafirlukast.....	66	zumandimine (28) .....	63
XGEVA .....	27	zaleplon, cápsulas orales, 5 mg .....	42	ZYDELIG .....	33
XIAFLEX.....	51	zaleplon, cápsulas orales, 10 mg .....	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	zarah .....	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	zidovudina, cápsulas orales .....	22		
XTANDI, COMPRIMIDOS ORALES, 80 MG .....	33	zidovudina, comprimidos orales .....	22		
XULTOPHY 100/3.6 .....	55	zidovudina, jarabe oral .....	22		
XYREM.....	42	ZIEXTENZO .....	58		
<b>Y</b>		ZIRABEV .....	33		
YERVOY.....	33	ZIRGAN .....	63		
YF-VAX (PF) .....	59	ZOLADEX .....	33		
		ZOLEDRONIC AC-MANNITOL-0.9NACL .....	56		
		ZOLINZA .....	33		
		zolpidem, comprimidos orales .....	43		
		zonisamida.....	35		
		ZORTRESS, COMPRIMIDOS ORALES, 1 MG .....	33		
		ZOSTAVAX (PF).....	59		
		ZOSYN EN DEXTROSA, ISO-OSM.....	26		
		zovia 1-35 (28) .....	63		
		zovia 1/35e (28) .....	63		

## Notas

## Notas

## Notas

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

**Russian – ВНИМАНИЕ:** Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните **1-800-222-6700** (телефон: 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 - 1-800-222-6700** توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسبیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می باشد با (TTY:711) تماس بگیرید.

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

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

**Italian – ATTENZIONE:** In caso la lingua parlata sia l'italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamare il numero **1-800-222-6700** (TTY: 711).

**Japanese – 注意事項 :**日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。  
**1-800-222-6700** (TTY: 711) まで、お電話にてご連絡ください。

**Navajo – Díí baa akó nínízin:** Díí saad bee yániłti’go Diné Bizaad, saad bee áká’ánida’áwo’déé’, t’áá jiik’eh, éí ná hóló, koji’ hódíílnih **1-800-222-6700** (TTY 711).

**Gujarati – સુચના:** જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો, તો નનઃશુ 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](http://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. © 2020 Cigna

Diciembre de 2021

946457SP p