

LISTA DE MEDICAMENTOS COMPLETA (Formulario) DE CIGNA PARA 2022

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

Plan de cobertura

Cigna Achieve Medicare (HMO C-SNP)



HPMS Approved Formulary File Submission ID 22236, Version Number 17

Fecha de actualización: 12/01/2022. Para obtener información más reciente o si tiene otras preguntas, comuníquese con Servicio al Cliente de Cigna al 1-800-627-7534 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), del 1 de octubre al 31 de marzo, los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local (los fines de semana y días festivos hay un sistema de correo de voz). También puede visitar CignaMedicare.com. El Formulario, la red de farmacias y/o la red de proveedores pueden cambiar en cualquier momento.

Diciembre 2022

22_F_08_AZACH_08_S_V12
INT_22_98644_C_Final_8oS

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 Achieve Medicare (HMO C-SNP).

Este documento incluye una Lista de medicamentos (Formulario) para nuestros planes, que está actualizada a diciembre de 2022. 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 2023, y ocasionalmente durante el año.

¿Qué es la Lista de medicamentos completa de Cigna?

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

¿La Lista de medicamentos (el Formulario) puede cambiar?

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

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

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

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

- **Medicamentos retirados del mercado.** Si la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés) considera que un medicamento incluido en nuestra lista de medicamentos es inseguro o si el fabricante del medicamento retira el medicamento del mercado, eliminaremos inmediatamente el medicamento de nuestra lista de medicamentos y notificaremos a los clientes que estén tomando el medicamento.
- **Otros cambios.** Podemos hacer otros cambios que afecten a los clientes que están tomando el medicamento en la actualidad. Por ejemplo, podemos agregar un medicamento genérico que no sea nuevo en el mercado para reemplazar un medicamento de marca que está actualmente en la lista de medicamentos, o agregar nuevas restricciones al medicamento de marca o pasarlo a un nivel de costo compartido diferente, o ambas cosas. También podemos hacer cambios basados en nuevas pautas clínicas y/o estudios. Si eliminamos medicamentos de nuestra lista de medicamentos, agregamos el requisito de autorización previa, límites a la cantidad y/o restricciones de tratamiento escalonado con respecto a un medicamento o pasamos un medicamento a un nivel de costo compartido mayor, debemos notificar a los clientes afectados sobre el cambio al menos 30 días antes de que el cambio entre en vigor o en el momento que el cliente solicite una renovación del medicamento, momento en el cual el cliente recibirá un suministro para 30 días del medicamento.
 - Si hacemos estos otros cambios, usted o su proveedor pueden pedirnos que hagamos una excepción y que sigamos cubriendo el medicamento de marca. La notificación que le proporcionemos también incluirá información sobre cómo solicitar una excepción, y 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 2022 que estaba cubierto al comienzo del año, no interrumpiremos ni reduciremos la cobertura del medicamento durante el año de

cobertura 2022, 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 2022. 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 8. 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 8. 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 64. 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 8. También puede obtener más información sobre las restricciones que se aplican a medicamentos cubiertos específicos visitando nuestro sitio web. Hemos publicado en línea documentos que explican nuestras restricciones de autorización previa y tratamiento escalonado. También puede solicitarnos que le enviemos una copia. Nuestra información de contacto aparece en la portada y la contraportada, junto con la fecha de la última actualización de la lista de medicamentos.

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

Opciones para los medicamentos de mantenimiento

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

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

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

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

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

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

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

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

- Puede pedirle a Servicio al Cliente una lista de medicamentos similares que estén cubiertos por Cigna. Cuando reciba la lista, muéstrele 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 cubramos un medicamento del Formulario a un nivel de costo compartido menor, a menos que el medicamento esté en el nivel de especialidad. Si se aprueba, esto reduciría la cantidad que usted debe pagar por su medicamento. Esto se aplica a 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.

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 este medicamento a un nivel de costo compartido menor.

Por lo general, Cigna solo aprobará su solicitud de excepción si el medicamento alternativo incluido 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 8 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 64.

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 8, junto con la cantidad despachada según los días de suministro. (Por ejemplo: atorvastatina 40 mg QL 30/30; esto significa que el medicamento atorvastatina 40 mg tiene un límite de 30 comprimidos cada 30 días. Para los suministros para 90 días, este límite a la cantidad se ampliaría a 90 comprimidos cada 90 días).

¿Qué es una farmacia de la red preferida?

Si su plan tiene farmacias de la red preferidas, usted seguramente ahorre dinero si usa estas farmacias. Los costos de sus medicamentos con receta (como el copago o el coseguro) generalmente serán más bajos en una farmacia de la red preferida porque tiene un acuerdo preferido con su plan. También puede visitar CignaMedicare.com para ver el Directorio de farmacias más actualizado.



Para obtener más información

Para obtener información más detallada sobre su cobertura de medicamentos con receta de Cigna, consulte su Evidencia de cobertura y otros materiales del plan.

Si tiene preguntas sobre Cigna, comuníquese con nosotros. Nuestra información de contacto aparece en la portada y la contraportada, junto con la fecha de la última actualización de la lista de medicamentos.

Si tiene preguntas generales sobre la cobertura de medicamentos con receta de Medicare, llame a Medicare al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. O visite <http://www.medicare.gov>.

Tabla de niveles de medicamentos y costos compartidos

La siguiente tabla representa el nombre del plan, el área de servicio del plan, el número de nivel del medicamento como aparece en la lista de medicamentos y la cantidad del costo compartido para ese número de nivel. El Nivel 1 es para los medicamentos genéricos preferidos. El Nivel 2 es para los medicamentos genéricos. El Nivel 3 es para los medicamentos de marca preferida. El Nivel 4 es para los medicamentos no preferidos. El Nivel 5 es para los medicamentos de especialidad. El Nivel 6 se aplica solamente para los planes Cigna Achieve Medicare (HMO C-SNP) y se denomina Medicamentos seleccionados para la diabetes. Consulte la siguiente tabla. También puede consultar su documento de Evidencia de cobertura para conocer más detalles.

Cigna no siempre puede mantener todos los medicamentos genéricos en los niveles de medicamentos Genéricos preferidos y Genéricos, y algunos medicamentos genéricos pueden estar

en el Nivel 3, Nivel 4, Nivel 5 o Nivel 6. Recuerde que el nombre “Nivel 3: Medicamentos de marca preferida” es simplemente una descripción de la mayoría de los medicamentos incluidos en el nivel. No significa que en ese nivel haya solamente medicamentos de marca.

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

Para encontrar el costo de su medicamento, consulte la(s) siguiente(s) tabla(s) para encontrar su área de servicio y el plan Medicare Advantage en el que está inscrito actualmente o desea inscribirse.

Si reunió los requisitos para recibir Ayuda Adicional con los costos de sus medicamentos, es posible que sus costos sean diferentes de los descritos abajo. Consulte su Evidencia de cobertura (EOC, por sus siglas en inglés) o llame a Servicio al Cliente para averiguar qué costos tiene.

Cigna usa farmacias de la red preferidas. Consulte su Directorio de farmacias o visite [CignaMedicare.com](https://www.CignaMedicare.com) para buscar una farmacia minorista o de pedido por correo preferida que le quede cerca.

Área de servicio: Arizona

H0354-027 – Cigna Achieve Medicare (HMO C-SNP): Maricopa y Pinal, Arizona

	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
Nivel del Medicamentos	30 / 60 / 90 días	30 / 60 / 90 días	30 / 60 / 90 días	30 / 60 / 90 días
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos (GC)	\$0 / \$0 / \$0	\$10 / \$20 / \$30	\$0 / \$0 / \$0	\$10 / \$20 / \$30
Nivel 2: Medicamentos genéricos (GC)	\$5 / \$10 / \$10	\$20 / \$40 / \$60	\$5 / \$10 / \$0	\$20 / \$40 / \$60
Nivel 3: Medicamentos de marca preferida	\$47 / \$94 / \$141	\$47 / \$94 / \$141	\$47 / \$94 / \$141	\$47 / \$94 / \$141
Nivel 4: Medicamentos no preferidos	\$100 / \$200 / \$300	\$100 / \$200 / \$300	\$100 / \$200 / \$300	\$100 / \$200 / \$300
Nivel 5: Nivel de especialidad	33% (30 días)	33% (30 días)	33% (30 días)	33% (30 días)
Nivel 6: Medicamentos seleccionados para la diabetes	\$9 / \$18 / \$18	\$11 / \$22 / \$33	\$9 / \$18 / \$18	\$11 / \$22 / \$33

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

Mis medicamentos

En esta sección, puede escribir todos los medicamentos que está tomando actualmente. Luego puede buscar su medicamento en las siguientes páginas de la lista de medicamentos. Fíjese en qué nivel está su medicamento. Una vez que encuentre en qué nivel está su medicamento, puede mirar las tablas que aparecen antes de esta página y buscar su costo compartido para ese medicamento. Si necesita ayuda para encontrar sus medicamentos y costos compartidos, llame a Servicio al Cliente al 1-800-627-7534, del 1 de octubre al 31 de marzo, los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local (los fines de semana y días festivos hay un sistema de correo de voz). Los usuarios de TTY pueden llamar al 711.

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

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.

HI (Infusión en el hogar): Es posible que este medicamento con receta esté cubierto por nuestro beneficio médico. Para obtener más información, llame a Servicio al Cliente de Cigna al 1-800-627-7534 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), del 1 de octubre al 31 de marzo, los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local (los fines de semana y días festivos hay un sistema de correo de voz). También puede visitar CignaMedicare.com.

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 1-800-627-7534 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), del 1 de octubre al 31 de marzo, los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local (los fines de semana y días festivos hay un sistema de correo de voz). También puede visitar CignaMedicare.com.

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

PA: Este medicamento requiere de autorización previa.

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

ST: Este medicamento tiene requisitos de tratamiento escalonado.

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

Índice de la lista de medicamentos:

Los medicamentos incluidos en la lista de medicamentos están agrupados en categorías, según el tipo de condiciones médicas para las que se usen. Si sabe para qué se usa su medicamento, busque el nombre de la categoría en la lista que sigue. Luego, busque su medicamento bajo el nombre de la categoría en la lista de medicamentos.

	Página
ANTIINFECCIOSOS	8
MEDICAMENTOS ANTINEOPLÁSICOS/INMUNODEPRESORES	15
MEDICAMENTOS PARA EL SISTEMA NERVIOSO AUTÓNOMO/CENTRAL, NEUROLOGÍA/PSIC.....	23
CARDIOVASCULARES, HIPERTENSIÓN/LÍPIDOS	35
PRODUCTOS DERMATOLÓGICOS/TRATAMIENTO TÓPICO.....	39
PRODUCTOS DE DIAGNÓSTICO/AGENTES VARIOS	42
MEDICAMENTOS PARA NARIZ, GARGANTA Y OÍDO	44
SISTEMA ENDOCRINO/DIABETES.....	44
GASTROENTEROLOGÍA.....	49
INMUNOLOGÍA, VACUNAS/BIOTECNOLOGÍA.....	51
SISTEMA LOCOMOTOR/REUMATOLOGÍA.....	53
OBSTETRICIA/GINECOLOGÍA.....	54
OFTALMOLOGÍA.....	57
SISTEMA RESPIRATORIO Y ALERGIA	59
UROLÓGICOS	61
VITAMINAS, HEMATÍNICOS/ELECTROLITOS	61

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
ANTIINFECCIOSOS		
AGENTES ANTIMICÓTICOS		
ABELCET	4	PA
AMBISOME	5	PA; NDS
<i>anfotericina b</i>	4	PA
<i>anfotericina b liposomal</i>	5	PA; NDS
<i>caspofungina, sol. para reconst. intravenosa, 50 mg</i>	5	PA; HI; NDS
<i>caspofungina, sol. para reconst. intravenosa, 70 mg</i>	4	PA; HI
<i>clotrimazol, membrana mucosa</i>	2	
CRESEMBA ORAL	5	NDS
<i>fluconazol</i>	2	
<i>fluconazol en nacl (iso-osm.), infusión secundaria intravenosa, 100 mg/50 ml</i>	4	PA
<i>fluconazol en nacl (iso-osm.), infusión secundaria intravenosa, 200 mg/100 ml, 400 mg/200 ml</i>	4	PA; HI
<i>flucitosina</i>	5	NDS
<i>griseofulvina micronizada</i>	4	
<i>griseofulvina ultramicronizada</i>	4	
<i>itraconazol, cápsulas orales</i>	4	QL (120/30)
<i>itraconazol, solución oral</i>	4	
<i>ketoconazol oral</i>	2	
<i>miconazole</i>	5	HI; NDS
<i>nistatina, suspensión oral</i>	2	
<i>nistatina, comprimidos orales</i>	3	
<i>posaconazol</i>	5	QL (96/30); NDS
<i>clorhidrato de terbinafina oral</i>	2	
<i>voriconazol intravenoso</i>	5	PA; HI; NDS
<i>voriconazol, suspensión oral para reconstitución</i>	5	NDS
<i>voriconazol, comprimidos orales</i>	4	
ANTIVÍRICOS		
<i>abacavir, solución oral</i>	3	QL (960/30)

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

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 6.

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>disoproxilo de efavirenz-lamivudina-tenofovir, comprimidos orales, 600-300-300 mg</i>	5	NDS
<i>emtricitabina</i>	3	QL (30/30)
EMTRICITABINE-TENOFOVIR (TDF), COMPRIMIDOS ORALES, 100-150 MG, 133-200 MG, 167-250 MG	5	QL (30/30); NDS
<i>emtricitabina-tenofovir (tdf), comprimidos orales, 200-300 mg</i>	5	QL (30/30); NDS
EMTRIVA, SOLUCIÓN ORAL	4	QL (680/28)
<i>entecavir</i>	4	QL (30/30)
EPCLUSA, PÍLDORAS DE ADMINISTRACIÓN ORAL EN PAQUETES, 150-37.5 MG	5	PA; QL (28/28); NDS
EPCLUSA, PÍLDORAS DE ADMINISTRACIÓN ORAL EN PAQUETES, 200-50 MG	5	PA; QL (56/28); NDS
EPCLUSA, COMPRIMIDOS ORALES, 200-50 MG	5	PA; QL (56/28); NDS
EPCLUSA, COMPRIMIDOS ORALES, 400-100 MG	5	PA; QL (28/28); NDS
EPIVIR HBV, SOLUCIÓN ORAL	4	
<i>etravirina</i>	5	QL (60/30); NDS
EVOTAZ	5	QL (30/30); NDS
<i>famciclovir</i>	3	QL (60/30)
<i>fosamprenavir</i>	5	QL (120/30); NDS
FUZEON, SOL. PARA RECONST. SUBCUTÁNEA	5	QL (60/30); NDS
GENVOYA	5	QL (30/30); NDS
HARVONI, PÍLDORAS DE ADMINISTRACIÓN ORAL EN PAQUETES, 33.75-150 MG	5	PA; QL (28/28); NDS
HARVONI, PÍLDORAS DE ADMINISTRACIÓN ORAL EN PAQUETES, 45-200 MG	5	PA; QL (56/28); NDS

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
HARVONI, COMPRIMIDOS ORALES, 45-200 MG	5	PA; QL (56/28); NDS
HARVONI, COMPRIMIDOS ORALES, 90-400 MG	5	PA; QL (28/28); NDS
INTELENCE, COMPRIMIDOS ORALES, 100 MG, 200 MG	5	QL (60/30); NDS
INTELENCE, COMPRIMIDOS ORALES, 25 MG	4	QL (120/30)
INVIRASE, COMPRIMIDOS ORALES	5	QL (120/30); NDS
ISENTRESS, DE DOSIS ALTA	5	NDS
ISENTRESS, PAQUETE DE POLVO ORAL	4	QL (60/30)
ISENTRESS, COMPRIMIDOS ORALES	5	QL (120/30); NDS
ISENTRESS, COMPRIMIDOS ORALES MASTICABLES, 100 MG	5	QL (180/30); NDS
ISENTRESS, COMPRIMIDOS ORALES MASTICABLES, 25 MG	3	QL (180/30)
JULUCA	5	NDS
KALETRA, COMPRIMIDOS ORALES, 100-25 MG	4	QL (300/30)
KALETRA, COMPRIMIDOS ORALES, 200-50 MG	5	QL (120/30); NDS
<i>lamivudina, solución oral</i>	3	QL (900/30)
<i>lamivudina, comprimidos orales, 100 mg, 300 mg</i>	3	QL (30/30)
<i>lamivudina, comprimidos orales, 150 mg</i>	3	QL (60/30)
<i>lamivudina-zidovudina</i>	3	QL (60/30)
LEXIVA, SUSPENSIÓN ORAL	4	QL (1575/28)
<i>lopinavir-ritonavir, solución oral</i>	3	
<i>lopinavir-ritonavir, comprimidos orales, 100-25 mg</i>	4	QL (300/30)
<i>lopinavir-ritonavir, comprimidos orales, 200-50 mg</i>	4	QL (120/30)
<i>maraviroc, comprimidos orales, 150 mg</i>	5	QL (60/30); NDS

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

Cursiva minúscula = Medicamento genérico

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 6.

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>maraviroc, comprimidos orales, 300 mg</i>	5	QL (120/30); NDS
MAVYRET, PÍLDORAS DE ADMINISTRACIÓN ORAL EN PAQUETES	5	PA; QL (168/28); NDS
MAVYRET, COMPRIMIDOS ORALES	5	PA; QL (84/28); NDS
<i>nevirapina, suspensión oral</i>	4	QL (1200/30)
<i>nevirapina, comprimidos orales</i>	3	QL (60/30)
<i>nevirapina, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas, 100 mg</i>	4	QL (90/30)
<i>nevirapina, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas, 400 mg</i>	4	QL (30/30)
NORVIR, PAQUETE DE POLVO ORAL	4	
NORVIR, SOLUCIÓN ORAL	3	QL (480/30)
ODEFSEY	5	QL (30/30); NDS
<i>oseltamivir</i>	3	
PIFELTRO	5	NDS
PREVYMIS ORAL	5	QL (30/30); NDS
PREZCOBIX	5	QL (30/30); NDS
PREZISTA, SUSPENSIÓN ORAL	5	QL (400/30); NDS
PREZISTA, COMPRIMIDOS ORALES, 150 MG	4	QL (240/30)
PREZISTA, COMPRIMIDOS ORALES, 600 MG	5	QL (60/30); NDS
PREZISTA, COMPRIMIDOS ORALES, 75 MG	3	QL (480/30)
PREZISTA, COMPRIMIDOS ORALES, 800 MG	5	QL (30/30); NDS
RETROVIR INTRAVENOSO	4	
REYATAZ, PAQUETE DE POLVO ORAL	5	QL (240/30); NDS
<i>ribavirina, cápsulas orales</i>	3	
<i>ribavirina, comprimidos orales, 200 mg</i>	3	
<i>rimantadina</i>	2	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>ritonavir</i>	3	QL (360/30)
RUKOBIA	5	NDS
SELZENTRY, SOLUCIÓN ORAL	5	NDS
SELZENTRY, COMPRIMIDOS ORALES, 150 MG, 75 MG	5	QL (60/30); NDS
SELZENTRY, COMPRIMIDOS ORALES, 25 MG	3	QL (120/30)
SELZENTRY, COMPRIMIDOS ORALES, 300 MG	5	QL (120/30); NDS
<i>estavudina, cápsulas orales</i>	3	QL (60/30)
STRIBILD	5	QL (30/30); NDS
SYM TUZA	5	NDS
TEMIXYS	5	NDS
<i>fumarato de disoproxilo de tenofovir</i>	4	QL (30/30)
TIVICAY, COMPRIMIDOS ORALES, 10 MG	4	QL (60/30)
TIVICAY, COMPRIMIDOS ORALES, 25 MG, 50 MG	5	QL (60/30); NDS
TIVICAY PD	5	QL (180/30); NDS
TRIUMEQ	5	QL (30/30); NDS
TRIUMEQ PD	5	QL (300/30); NDS
TRIZIVIR	5	QL (60/30); NDS
TROGARZO	5	NDS
TYBOST	3	
<i>valaciclovir, comprimidos orales, 1 gramo</i>	2	QL (120/30)
<i>valaciclovir, comprimidos orales, 500 mg</i>	2	QL (60/30)
<i>valganciclovir, sol. para reconst. oral</i>	5	NDS
<i>valganciclovir, comprimidos orales</i>	3	
VEKLURY	5	QL (4/180); NDS
VEMLIDY	5	NDS
VIRACEPT, COMPRIMIDOS ORALES, 250 MG	5	QL (270/30); NDS

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

Cursiva minúscula = Medicamento genérico

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 6.

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
VIRACEPT, COMPRIMIDOS ORALES, 625 MG	5	QL (120/30); NDS
VIREAD, POLVO ORAL	5	QL (240/30); NDS
VIREAD, COMPRIMIDOS ORALES, 150 MG, 200 MG, 250 MG	5	QL (30/30); NDS
VOSEVI	5	PA; QL (28/28); NDS
XOFLUZA	4	
zidovudina, cápsulas orales	4	QL (180/30)
zidovudina, jarabe oral	3	QL (1680/28)
zidovudina, comprimidos orales	3	QL (60/30)
CEFALOSPORINAS		
cefactor, cápsulas orales	2	
cefactor, suspensión oral para reconstitución, 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml, 375 mg/5 ml	3	
ceftazidima, comprimidos orales, liberación prolongada, 12 horas	3	
cefadroxilo, cápsulas orales	3	
cefadroxilo, suspensión oral para reconstitución, 250 mg/5 ml, 500 mg/5 ml	3	
cefadroxilo, comprimidos orales	3	
cefazolina en dextrosa (iso-osm.), infusión secundaria intravenosa, 1 gramo/50 ml, 2 gramos/100 ml, 2 gramos/50 ml	4	HI
cefazolina, sol. para reconst. inyect., 1 gramo, 10 gramos, 100 gramos, 300 gramos, 500 mg	4	HI
cefazolina, sol. para reconst. inyect., 2 gramos	4	
cefazolina intravenosa	4	HI
cefdinir, cápsulas orales	2	
cefdinir, suspensión oral para reconstitución	3	
cefepima en dextrosa al 5%	4	HI
cefepima en dextrosa, iso-osm.	4	HI

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
cefepima inyectable	4	HI
cefepima intravenosa	4	PA; HI
cefixima	4	
cefotetan en dextrosa, iso-osm.	4	PA
cefotetan inyectable	4	PA
cefotaxima	4	PA; HI
cefotaxima en dextrosa, iso-osm.	4	PA; HI
cefprozilo	2	
ceftazidima	4	PA; HI
ceftazidima en d5w	4	PA; HI
ceftriaxona	4	
ceftriaxona en dextrosa, iso-osm.	4	
cefuroxima axetilo, comprimidos orales	2	
cefuroxima sódica, sol. para reconst. inyect., 750 mg	4	PA
cefuroxima sódica intravenosa	4	PA
cefalexina, cápsulas orales, 250 mg, 500 mg	1	
cefalexina, suspensión oral para reconstitución	2	
SUPRAX, SUSPENSIÓN ORAL PARA RECONSTITUCIÓN, 500 MG/5 ML	4	
tazicef	4	PA; HI
TEFLARO	5	PA; HI; NDS
ERITROMICINAS/OTROS MACRÓLIDOS		
azitromicina intravenosa	4	PA; HI
azitromicina, paquete oral	3	
azitromicina, suspensión oral para reconstitución	2	
azitromicina, comprimidos orales	2	
claritromicina, suspensión oral para reconstitución	3	
claritromicina, comprimidos orales	2	

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

Cursiva minúscula = Medicamento genérico

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 6.

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>claritromicina, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas</i>	2	
DIFICID, SUSPENSIÓN ORAL PARA RECONSTITUCIÓN	5	QL (136/10); NDS
DIFICID, COMPRIMIDOS ORALES	5	QL (20/10); NDS
<i>ery-tab, comprimidos orales, liberación retardada (dr/ec), 250 mg</i>	3	
ERY-TAB, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN RETARDADA (DR/EC), 333 MG	3	
<i>eritrocina (como estearato), comprimidos orales, 250 mg</i>	4	
ERYTHROCIN, SOL. PARA RECONST. INTRAVENOSA, 500 MG	4	PA
<i>etilsuccinato de eritromicina, suspensión oral para reconstitución, 200 mg/5 ml</i>	3	
<i>etilsuccinato de eritromicina, suspensión oral para reconstitución, 400 mg/5 ml</i>	5	NDS
<i>etilsuccinato de eritromicina, comprimidos orales</i>	3	
<i>eritromicina, comprimidos orales</i>	4	
<i>eritromicina, comprimidos orales, liberación retardada (dr/ec)</i>	3	
ANTIINFECCIOSOS VARIOS		
<i>albendazol</i>	5	NDS
<i>amikacina, solución inyectable, 1,000 mg/4 ml, 500 mg/2 ml</i>	4	PA; HI
ARIKAYCE	5	PA; LA; NDS
<i>atovacuna</i>	5	NDS
<i>atovacuna-proguanil</i>	2	
<i>aztreonam, sol. para reconst. inyect., 1 gramo</i>	3	PA; HI

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>aztreonam, sol. para reconst. inyect., 2 gramos</i>	4	PA; HI
<i>bacitracina intramuscular</i>	4	
CAPASTAT	4	
CAYSTON	5	PA; LA; QL (84/28); NDS
<i>succinato sódico de cloranfenicol</i>	4	
<i>fosfato de cloroquina</i>	2	
<i>clorhidrato de clindamicina</i>	2	
<i>clindamicina en cloruro de sodio al 0.9%</i>	4	PA; HI
<i>clindamicina en dextrosa al 5%</i>	4	PA; HI
<i>clorhirato de palmitato de clindamicina</i>	4	
<i>clindamicina pediátrica</i>	4	
<i>fosfato de clindamicina inyectable</i>	4	PA; HI
<i>fosfato de clindamicina intravenoso</i>	4	PA; HI
COARTEM	4	QL (24/30)
<i>colistina (colistimetato sódico)</i>	5	PA; NDS
<i>cicloserina</i>	2	
<i>dapsona oral</i>	3	
DAPTOMYCIN, SOL. PARA RECONST. INTRAVENOSA, 350 MG	5	HI; NDS
<i>daptomicina, sol. para reconst. intravenosa, 500 mg</i>	5	HI; NDS
EMVERM	5	NDS
<i>ertapenem</i>	4	HI
<i>etambutol</i>	3	
FIRVANQ, SOL. PARA RECONST. INTRAVENOSA, 25 MG/ML	4	QL (400/10)
FIRVANQ, SOL. PARA RECONST. INTRAVENOSA, 50 MG/ML	4	QL (450/10)

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

Cursiva minúscula = Medicamento genérico

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 6.

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>gentamicina en nacl (iso-osm.), infusión secundaria intravenosa, 100 mg/100 ml, 100 mg/50 ml, 120 mg/100 ml, 60 mg/50 ml, 80 mg/100 ml, 80 mg/50 ml</i>	4	PA
<i>gentamicina, solución inyectable, 40 mg/ml</i>	4	PA
<i>sulfato de gentamicina (pediátrico) (pf)</i>	4	PA
<i>hidroxicloroquina</i>	2	
<i>imipenem-cilastatina</i>	4	HI
<i>isoniazida, solución oral</i>	4	
<i>isoniazida, comprimidos orales</i>	2	
<i>ivermectina oral</i>	3	
<i>lincomicina</i>	4	PA
<i>linezolidina en dextrosa al 5%</i>	4	PA; HI
<i>linezolidina, suspensión oral para reconstitución</i>	5	QL (1800/30); NDS
<i>linezolidina, comprimidos orales</i>	4	QL (60/30)
<i>linezolidina-cloruro de sodio al 0.9%</i>	4	PA; HI
<i>mefloquina</i>	2	
<i>meropenem</i>	4	HI
<i>meropenem-cloruro de sodio al 0.9%</i>	4	HI
<i>metro intravenoso</i>	4	PA; HI
<i>metronidazol en nacl (iso-osm.)</i>	4	PA; HI
<i>metronidazol, comprimidos orales</i>	2	
<i>neomicina</i>	2	
NITAZOXANIDE	5	QL (20/10); NDS
ORBACTIV	5	PA; QL (3/30); NDS
<i>paromomicina</i>	4	
PASER	4	
<i>pentamidina para inhalar</i>	3	B/D PA; QL (1/28)
<i>pentamidina inyectable</i>	3	
<i>sulfato de polimixina b</i>	4	PA
<i>praziquantel</i>	4	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
PRIFTIN	4	
PRIMAQUINE	3	
<i>pirazinamida</i>	4	
<i>pirimetamina</i>	5	PA; NDS
<i>sulfato de quinina</i>	4	PA; QL (42/7)
<i>rifabutina</i>	4	
<i>rifampina intravenosa</i>	4	
<i>rifampina oral</i>	2	
SIRTURO	4	PA; LA
SIVEXTRO INTRAVENOSO	5	PA; QL (6/28); NDS
SIVEXTRO ORAL	5	QL (6/28); NDS
<i>estreptomicina</i>	5	PA; NDS
<i>tigeciclina</i>	5	PA; HI; NDS
TOBI PODHALER, CÁPSULA DE INHALACIÓN CON DISPOSITIVO DE INHALACIÓN	5	QL (224/28); NDS
<i>tobramicina en nacl al 0.225%</i>	5	B/D PA; QL (280/28); NDS
<i>sulfato de tobramicina</i>	4	PA
TRECTOR	3	
VANCOMYCIN EN CLORURO DE SODIO AL 0.9%, INFUSIÓN SECUNDARIA INTRAVENOSA	4	HI
VANCOMYCIN EN DEXTROSA AL 5%, INFUSIÓN SECUNDARIA INTRAVENOSA, 1 GRAMO/200 ML, 750 MG/150 ML	4	HI
<i>vancomicina en dextrosa al 5%, infusión secundaria intravenosa, 500 mg/100 ml</i>	4	HI
<i>vancomicina inyectable</i>	4	HI
<i>vancomicina, sol. para reconst. intravenosa, 1,000 mg, 10 gramos, 5 gramos, 500 mg, 750 mg</i>	4	HI

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 6.

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
VANCOMYCIN, SOL. PARA RECONST. INTRAVENOSA, 1.25 GRAMOS, 1.5 GRAMOS	4	HI
<i>vancomicina, cápsulas orales, 125 mg</i>	3	PA; QL (40/10)
<i>vancomicina, cápsulas orales, 250 mg</i>	3	PA; QL (80/10)
VANCOMYCIN-WATER, INYECTABLE (PEG)	4	HI
XIFAXAN, COMPRIMIDOS ORALES, 550 MG	5	PA; QL (90/30); NDS
PENICILINAS		
<i>amoxicilina, cápsulas orales</i>	1	
<i>amoxicilina, suspensión oral para reconstitución</i>	1	
<i>amoxicilina, comprimidos orales</i>	2	
<i>amoxicilina, comprimidos orales masticables, 125 mg, 250 mg</i>	2	
<i>amoxicilina-clavulanato de pot., suspensión oral para reconstitución</i>	2	
<i>amoxicilina-clavulanato de pot., comprimidos orales</i>	2	
<i>amoxicilina-clavulanato de pot., comprimidos orales, liberación prolongada, 12 horas</i>	4	
<i>amoxicilina-clavulanato de pot., comprimidos orales masticables</i>	2	
<i>ampicilina, cápsulas orales, 500 mg</i>	2	
<i>ampicilina sódica, sol. para reconst. inyect., 1 gramo, 10 gramos, 2 gramos, 250 mg, 500 mg</i>	4	PA; HI
<i>ampicilina sódica, sol. para reconst. inyect., 125 mg</i>	4	PA
<i>ampicilina sódica intravenosa</i>	4	PA; HI
<i>ampicilina-sulbactam</i>	4	PA; HI

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
AUGMENTIN, SUSPENSIÓN ORAL PARA RECONSTITUCIÓN, 125-31.25 MG/5 ML	5	NDS
BICILLIN L-A	4	PA
<i>dicloxacilina</i>	2	
<i>naftilina en dextrosa, iso-osm.</i>	4	PA; HI
<i>naftilina inyectable</i>	4	PA; HI
<i>naftilina, sol. para reconst. intravenosa, 2 gramos</i>	4	PA; HI
<i>oxacilina inyectable</i>	4	PA; HI
<i>penicilina g potásica</i>	4	PA; HI
<i>penicilina v potásica, solución para reconst. oral</i>	1	
<i>penicilina v potásica, comprimidos orales, 250 mg</i>	1	
<i>penicilina v potásica, comprimidos orales, 500 mg</i>	2	
<i>pfizerpen-g</i>	4	PA; HI
<i>piperacilina-tazobactam</i>	4	HI
ZOSYN EN DEXTROSA (ISO-OSM.)	4	HI
QUINOLONAS		
CIPRO, RECONST. DE MICROCÁPSULAS PARA SUSPENSIÓN ORAL	4	
<i>clorhidrato de ciprofloxacina, comprimidos orales, 100 mg</i>	3	
<i>clorhidrato de ciprofloxacina, comprimidos orales, 250 mg, 500 mg, 750 mg</i>	2	
<i>ciprofloxacina en dextrosa al 5%</i>	4	PA; HI
<i>levofloxacina en d5w</i>	4	PA; HI
<i>levofloxacina intravenosa</i>	4	PA; HI
<i>levofloxacina, solución oral</i>	4	
<i>levofloxacina, comprimidos orales</i>	2	
<i>moxifloxacina oral</i>	4	

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

Cursiva minúscula = Medicamento genérico

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 6.

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>moxifloxacina-acetato sódico, sulfato en agua</i>	4	PA
<i>moxifloxacina-cloruro de sodio (iso)</i>	4	PA
SULFAMIDAS/AGENTES RELACIONADOS		
<i>sulfadiazina</i>	4	
<i>sulfametoxazol/trimetoprima intravenoso</i>	4	PA
<i>sulfametoxazol-trimetoprima, suspensión oral</i>	4	
<i>sulfametoxazol-trimetoprima, comprimidos orales</i>	1	
TETRACICLINAS		
<i>demeclociclina</i>	4	
<i>doxiciclina-100</i>	4	PA
<i>hiclato de doxiciclina intravenoso</i>	4	PA
<i>hiclato de doxiciclina, cápsulas orales</i>	1	
<i>hiclato de doxiciclina, comprimidos orales, 100 mg</i>	1	
<i>hiclato de doxiciclina, comprimidos orales, 20 mg</i>	2	
<i>monohidrato de doxiciclina, cápsulas orales, 100 mg, 50 mg</i>	2	
<i>monohidrato de doxiciclina, cápsulas orales, lib. inmediata-lib. retardada, bifásica</i>	4	
<i>monohidrato de doxiciclina, suspensión oral para reconstitución</i>	2	
<i>monohidrato de doxiciclina, comprimidos orales</i>	3	
<i>minociclina, cápsulas orales</i>	2	
<i>minociclina, comprimidos orales</i>	2	
<i>mondoxyne nl, cápsulas orales, 100 mg</i>	2	
NUZYRA INTRAVENOSO	5	PA; NDS

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
NUZYRA ORAL	5	NDS
<i>tetraciclina</i>	2	
AGENTES DE LAS VÍAS URINARIAS		
<i>fosfomicina trometamina</i>	4	
<i>hipurato de metenamina</i>	2	
<i>nitrofurantoína</i>	4	
<i>nitrofurantoína, macrocristales</i>	2	
<i>monohidrato de nitrofurantoína/ macrocrist.</i>	3	
<i>trimetoprima</i>	2	
MEDICAMENTOS ANTINEOPLÁSICOS/ INMUNODEPRESORES		
AGENTES COADYUVANTES		
<i>leucovorina cálcica, inyectable</i>	4	
<i>leucovorina cálcica oral</i>	3	
<i>mesna</i>	4	B/D PA
MESNEX ORAL	5	NDS
XGEVA	5	PA; QL (1.7/28); NDS
TRATAMIENTO ANTIHIPERTENSIVO		
LUPRON DEPOT-PED, KIT INTRAMUSCULAR, 7.5 MG (PEDIÁTRICA)	5	PA; NDS
MEDICAMENTOS ANTINEOPLÁSICOS/ INMUNODEPRESORES		
<i>abiraterona, comprimidos orales, 250 mg</i>	5	PA; QL (120/30); NDS
ABIRATERONE, COMPRIMIDOS ORALES, 500 MG	5	PA; QL (60/30); NDS
ABRAXANE	5	PA; NDS
ADCETRIS	5	PA; NDS
AFINITOR DISPERZ, COMPRIMIDOS ORALES PARA SUSPENSIÓN, 2 MG	5	PA; QL (150/30); NDS
AFINITOR DISPERZ, COMPRIMIDOS ORALES PARA SUSPENSIÓN, 3 MG, 5 MG	5	PA; QL (56/28); NDS

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 6.

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
AFINITOR, COMPRIMIDOS ORALES, 10 MG	5	PA; QL (30/30); NDS
ALECENSA	5	PA; QL (240/30); NDS
ALIMTA	5	PA; NDS
ALIQOPA	5	PA; NDS
ALUNBRIG, COMPRIMIDOS ORALES, 180 MG, 90 MG	5	PA; QL (30/30); NDS
ALUNBRIG, COMPRIMIDOS ORALES, 30 MG	5	PA; QL (60/30); NDS
ALUNBRIG, COMPRIMIDOS ORALES, PAQUETE DOSIFICADO	5	PA; QL (60/365); NDS
<i>anastrozol</i>	2	
ARRANON	4	B/D PA
<i>tríóxido de arsénico</i>	5	B/D PA; NDS
ARZERRA	5	B/D PA; NDS
AYVAKIT	5	PA; LA; QL (30/30); NDS
<i>azacitidina</i>	5	B/D PA; NDS
AZASAN	3	B/D PA
<i>azatioprina, comprimidos orales, 100 mg, 75 mg</i>	3	B/D PA
<i>azatioprina, comprimidos orales, 50 mg</i>	2	B/D PA
<i>azatioprina sódica</i>	4	B/D PA
BALVERSA	5	PA; LA; NDS
BAVENCIO	5	PA; NDS
BELEODAQ	5	B/D PA; NDS
BENDEKA	5	B/D PA; NDS
BESPOUSA	5	PA; NDS
<i>bexaroteno</i>	5	PA; NDS
<i>bicalutamida</i>	2	
BLNREP	5	PA; NDS
<i>bleomicina</i>	4	B/D PA
BLINCYTO, KIT INTRAVENOSO	5	B/D PA; NDS
<i>bortezomib, inyectable</i>	5	PA; NDS

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

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 6.

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
COTELLIC	5	PA; LA; QL (63/28); NDS
<i>ciclofosfamida intravenosa</i>	5	B/D PA; NDS
<i>ciclofosfamida oral</i>	3	B/D PA
<i>ciclosporina intravenosa</i>	4	B/D PA
<i>ciclosporina modificada</i>	4	B/D PA
<i>ciclosporina, cápsulas orales</i>	4	B/D PA
CYRAMZA	5	PA; NDS
<i>citarabina</i>	4	B/D PA
<i>citarabina (pf)</i>	4	B/D PA
<i>dacarbazina</i>	4	B/D PA
<i>dactinomycin</i>	4	B/D PA
DANYELZA	5	PA; NDS
DARZALEX	5	PA; NDS
DARZALEX FASPRO	5	PA; NDS
<i>daunorubicina, solución intravenosa</i>	4	B/D PA
DAURISMO, COMPRIMIDOS ORALES, 100 MG	5	PA; QL (30/30); NDS
DAURISMO, COMPRIMIDOS ORALES, 25 MG	5	PA; QL (60/30); NDS
<i>decitabina</i>	5	B/D PA; NDS
<i>docetaxel, solución intravenosa, 160 mg/16 ml (10 mg/ml), 160 mg/8 ml (20 mg/ml), 20 mg/2 ml (10 mg/ml), 20 mg/ml (1 ml), 80 mg/4 ml (20 mg/ml), 80 mg/8 ml (10 mg/ml)</i>	4	B/D PA
<i>doxorubicina, sol. para reconst. intravenosa, 50 mg</i>	4	B/D PA
<i>doxorubicina, solución intravenosa</i>	4	B/D PA
<i>doxorubicina, liposomal pegilada</i>	5	B/D PA; NDS
DROXIA	3	
ELIGARD	4	PA
ELIGARD (3 MESES)	4	PA
ELIGARD (4 MESES)	4	PA
ELIGARD (6 MESES)	4	PA

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
ELZONRIS	5	PA; NDS
EMCYT	5	NDS
EMPLICITI	4	PA
ENHERTU	5	PA; NDS
ENVARUS XR	4	B/D PA
<i>epirubicina, solución intravenosa</i>	4	B/D PA
ERBITUX	5	B/D PA; NDS
ERIVEDGE	5	PA; QL (30/30); NDS
ERLEADA	5	PA; QL (120/30); NDS
<i>erlotinib, comprimidos orales, 100 mg, 150 mg</i>	5	PA; QL (30/30); NDS
<i>erlotinib, comprimidos orales, 25 mg</i>	5	PA; QL (60/30); NDS
ETOPOPHOS	4	B/D PA
<i>etopósido intravenoso</i>	3	B/D PA
<i>everolimus (antineoplásico), comprimidos orales</i>	5	PA; QL (30/30); NDS
<i>everolimus (antineoplásico), comprimidos orales para suspensión, 2 mg</i>	5	PA; QL (150/30); NDS
<i>everolimus (antineoplásico), comprimidos orales para suspensión, 3 mg, 5 mg</i>	5	PA; QL (56/28); NDS
<i>everolimus (inmunodepresor)</i>	5	B/D PA; NDS
EVOMELA	5	PA; NDS
<i>exemestano</i>	2	
EXKIVITY	5	PA; LA; NDS
FARYDAK	5	PA; QL (6/21); NDS
FIRMAGON, KIT CON JERINGA DILUYENTE, SOL. PARA RECONST. SUBCUTÁNEA, 120 MG	5	B/D PA; NDS
FIRMAGON, KIT CON JERINGA DILUYENTE, SOL. PARA RECONST. SUBCUTÁNEA, 80 MG	4	B/D PA
<i>floxuridina</i>	4	B/D PA

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 6.

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>fludarabina</i>	4	B/D PA
<i>fluorouracilo intravenoso</i>	4	B/D PA
<i>flutamida</i>	2	
FOLOTYN	5	B/D PA; NDS
FOTIVDA	5	PA; LA; QL (21/28); NDS
<i>fulvestrant</i>	5	B/D PA; NDS
GAVRETO	5	PA; LA; QL (120/30); NDS
GAZYVA	5	PA; NDS
<i>gemcitabina, sol. para reconst. intravenosa</i>	4	B/D PA
<i>gemcitabina, solución intravenosa, 1 gramo/26.3 ml (38 mg/ml), 2 gramos/52.6 ml (38 mg/ml), 200 mg/5.26 ml (38 mg/ml)</i>	4	B/D PA
<i>gemcitabina, solución intravenosa, 100 mg/ml</i>	5	B/D PA; NDS
<i>gengraf</i>	4	B/D PA
GILOTRIF	5	PA; QL (30/30); NDS
HALAVEN	5	PA; NDS
<i>hidroxiurea</i>	2	
IBRANCE	5	PA; QL (21/28); NDS
ICLUSIG	5	PA; QL (30/30); NDS
<i>idarrubicina</i>	4	B/D PA
IDHIFA	5	PA; LA; QL (30/30); NDS
<i>ifosfamida</i>	4	B/D PA
<i>imatinib, comprimidos orales, 100 mg</i>	5	PA; QL (180/30); NDS
<i>imatinib, comprimidos orales, 400 mg</i>	5	PA; QL (60/30); NDS
IMBRUVICA, CÁPSULAS ORALES, 140 MG	5	PA; QL (120/30); NDS
IMBRUVICA, CÁPSULAS ORALES, 70 MG	5	PA; QL (30/30); NDS

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
IMBRUVICA, SUSPENSIÓN ORAL	5	PA; QL (180/30); NDS
IMBRUVICA, COMPRIMIDOS ORALES	5	PA; QL (30/30); NDS
IMFINZI	5	PA; NDS
INFUGEM	5	B/D PA; NDS
INLYTA, COMPRIMIDOS ORALES, 1 MG	5	PA; QL (180/30); NDS
INLYTA, COMPRIMIDOS ORALES, 5 MG	5	PA; QL (120/30); NDS
INQOVI	5	PA; QL (5/28); NDS
INREBIC	5	PA; LA; QL (120/30); NDS
IRESSA	5	PA; QL (30/30); NDS
<i>irinotecán</i>	4	B/D PA
IXEMPRA	5	B/D PA; NDS
JAKAFI	5	PA; QL (60/30); NDS
JEMPERLI	5	PA; NDS
JEVTANA	4	B/D PA
KADCYLA	5	PA; NDS
KEYTRUDA	5	PA; NDS
KIMMTRAK	5	PA; NDS
KISQALI	5	PA; QL (63/28); NDS
KISQALI FEMARA CO-PACK, COMPRIMIDOS ORALES, 200 MG/DÍA (200 MG X 1), 2.5 MG	5	PA; QL (49/28); NDS
KISQALI FEMARA CO-PACK, COMPRIMIDOS ORALES, 400 MG/DÍA (200 MG X 2), 2.5 MG	5	PA; QL (70/28); NDS
KISQALI FEMARA CO-PACK, COMPRIMIDOS ORALES, 600 MG/DÍA (200 MG X 3), 2.5 MG	5	PA; QL (91/28); NDS
KLISYRI	4	ST; QL (5/30)
KYPROLIS	5	B/D PA; NDS
<i>lapatinib</i>	5	PA; QL (180/30); NDS

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

Cursiva minúscula = Medicamento genérico

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 6.

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>lenalidomida, cápsulas orales, 10 mg, 15 mg, 25 mg, 5 mg</i>	5	PA; LA; QL (28/28); NDS
<i>lenalidomida, cápsulas orales, 2.5 mg</i>	5	PA; QL (28/28); NDS
<i>lenalidomida, cápsulas orales, 20 mg</i>	5	PA; QL (28/28); NDS
LENVIMA, CÁPSULAS ORALES, 10 MG/DÍA (10 MG X 1), 4 MG	5	PA; QL (30/30); NDS
LENVIMA, CÁPSULAS ORALES, 12 MG/DÍA (4 MG X 3), 18 MG/DÍA (10 MG X 1-4 MG X 2), 24 MG/DÍA (10 MG X 2-4 MG X 1)	5	PA; QL (90/30); NDS
LENVIMA, CÁPSULAS ORALES, 14 MG/DÍA (10 MG X 1-4 MG X 1), 20 MG/DÍA (10 MG X 2), 8 MG/DÍA (4 MG X 2)	5	PA; QL (60/30); NDS
<i>letrozol</i>	2	
LEUKERAN	4	
<i>leuprolida subcutánea, kit</i>	5	PA; NDS
LIBTAYO	5	PA; NDS
LONSURF, COMPRIMIDOS ORALES, 15-6.14 MG	5	PA; QL (100/28); NDS
LONSURF, COMPRIMIDOS ORALES, 20-8.19 MG	5	PA; QL (80/28); NDS
LORBRENA, COMPRIMIDOS ORALES, 100 MG	5	PA; QL (30/30); NDS
LORBRENA, COMPRIMIDOS ORALES, 25 MG	5	PA; QL (90/30); NDS
LUMAKRAS	5	PA; QL (240/30); NDS
LUMOXITI	5	PA; NDS
LUPRON DEPOT	5	PA; NDS
LUPRON DEPOT (3 MESES)	4	PA
LUPRON DEPOT (4 MESES)	4	PA
LUPRON DEPOT (6 MESES)	4	PA
LUPRON DEPOT-PED (3 MESES), KIT CON JERINGA INTRAMUSCULAR, 11.25 MG	4	PA

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
LUPRON DEPOT-PED (3 MESES), KIT CON JERINGA INTRAMUSCULAR, 30 MG	5	PA; NDS
LUPRON DEPOT-PED, KIT INTRAMUSCULAR, 11.25 MG, 15 MG	5	PA; NDS
LYNPARZA	5	PA; QL (120/30); NDS
LYSODREN	5	NDS
MARGENZA	5	PA; NDS
MARQIBO	5	B/D PA; NDS
MATULANE	5	NDS
<i>megestrol, suspensión oral, 400 mg/10 ml (10 ml), 400 mg/10 ml (40 mg/ml), 800 mg/20 ml (20 ml)</i>	3	PA
<i>megestrol, comprimidos orales</i>	3	PA
MEKINIST, COMPRIMIDOS ORALES, 0.5 MG	5	PA; QL (90/30); NDS
MEKINIST, COMPRIMIDOS ORALES, 2 MG	5	PA; QL (30/30); NDS
MEKTOVI	5	PA; LA; QL (180/30); NDS
<i>melfalán</i>	4	B/D PA
<i>clorhidrato de melfalán</i>	5	B/D PA; NDS
<i>mercaptopurina</i>	2	
<i>metotrexato sódico (pf)</i>	4	B/D PA
<i>metotrexato sódico inyectable</i>	4	B/D PA
<i>metotrexato sódico oral</i>	2	
<i>mitomicina intravenosa</i>	4	B/D PA
<i>mitoxantrona</i>	4	B/D PA
MONJUVI	5	PA; NDS
<i>mofetil micofenolato (clorhidrato)</i>	4	B/D PA
<i>mofetil micofenolato, cápsulas orales</i>	2	B/D PA
<i>mofetil micofenolato, suspensión oral para reconstitución</i>	5	B/D PA; NDS

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 6.

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>mofetil micofenolato, comprimidos orales</i>	2	B/D PA
<i>micofenolato sódico</i>	2	B/D PA
MYLOTARG	5	PA; NDS
NELARABINA	5	B/D PA; NDS
NERLYNX	5	PA; LA; NDS
NEXAVAR	5	PA; LA; QL (120/30); NDS
<i>nilutamida</i>	5	NDS
NINLARO	5	PA; QL (3/28); NDS
NIPENT	4	B/D PA
NUBEQA	5	PA; LA; QL (120/30); NDS
NULOJIX	5	B/D PA; NDS
<i>acetato de octreotida, solución inyectable, 1,000 mcg/ml, 100 mcg/ml, 200 mcg/ml, 50 mcg/ml</i>	4	PA
<i>acetato de octreotida, solución inyectable, 500 mcg/ml</i>	5	PA; NDS
<i>acetato de octreotida, jeringa inyectable</i>	4	PA
ODOMZO	5	PA; LA; QL (30/30); NDS
ONCASPAR	5	B/D PA; NDS
ONIVYDE	5	PA; NDS
ONUREG	5	PA; QL (14/28); NDS
OPDIVO	5	PA; NDS
OPDUALAG	5	PA; NDS
ORGOVYX	5	PA; LA; QL (32/30); NDS
<i>oxaliplatino</i>	4	B/D PA
<i>paclitaxel</i>	4	B/D PA
PACLITAXEL PROTEIN-BOUND	5	PA; NDS
PADCEV	5	PA; NDS
PEMAZYRE	5	PA; LA; QL (14/21); NDS

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>pemetrexed disódico, sol. para reconst. intravenosa</i>	5	PA; NDS
PERJETA	5	PA; NDS
PHESGO	5	PA; NDS
PIQRAY	5	PA; NDS
POLIVY	5	PA; NDS
POMALYST	5	PA; LA; QL (21/28); NDS
PORTRAZZA	4	B/D PA
POTELIGEO	5	PA; NDS
PROGRAF INTRAVENOSO	4	B/D PA
PROGRAF, PAQUETE DE GRÁNULOS ORALES	4	B/D PA
PURIXAN	5	NDS
QINLOCK	5	PA; LA; QL (90/30); NDS
RETEVMO, CÁPSULAS ORALES, 40 MG	5	PA; LA; QL (180/30); NDS
RETEVMO, CÁPSULAS ORALES, 80 MG	5	PA; LA; QL (120/30); NDS
REVLIMID	5	PA; LA; QL (28/28); NDS
ROMIDEPSIN	5	PA; NDS
ROZLYTREK, CÁPSULAS ORALES, 100 MG	5	PA; QL (150/30); NDS
ROZLYTREK, CÁPSULAS ORALES, 200 MG	5	PA; QL (90/30); NDS
RUBRACA	5	PA; LA; QL (120/30); NDS
RUXIENCE	5	PA; NDS
RYBREVENT	5	PA; NDS
RYDAPT	5	PA; QL (240/30); NDS
RYLAZE	5	B/D PA; NDS
SANDIMMUNE, SOLUCIÓN ORAL	4	B/D PA

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

Cursiva minúscula = Medicamento genérico

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 6.

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
SANDOSTATIN LAR DEPOT, SUSPENSIÓN INTRAMUSCULAR, RECONST. DE LIB. PROLONGADA	5	PA; NDS
SARCLISA	5	PA; NDS
SCEMBLIX, COMPRIMIDOS ORALES, 20 MG	5	PA; QL (60/30); NDS
SCEMBLIX, COMPRIMIDOS ORALES, 40 MG	5	PA; QL (30/30); NDS
SIGNIFOR	5	PA; NDS
SIMULECT	5	B/D PA; NDS
<i>sirolimus, solución oral</i>	5	B/D PA; NDS
<i>sirolimus, comprimidos orales</i>	4	B/D PA
SOLTAMOX	5	NDS
SOMATULINE DEPOT	5	PA; NDS
<i>sorafenib</i>	5	PA; QL (120/30); NDS
SPRYCEL, COMPRIMIDOS ORALES, 100 MG, 140 MG, 50 MG, 80 MG	5	PA; QL (30/30); NDS
SPRYCEL, COMPRIMIDOS ORALES, 20 MG, 70 MG	5	PA; QL (60/30); NDS
STIVARGA	5	PA; QL (84/28); NDS
<i>sunitinib</i>	5	PA; QL (30/30); NDS
SUTENT	5	PA; QL (30/30); NDS
SYNRIBO	5	PA; NDS
TABLOID	4	
TABRECTA	5	PA; NDS
<i>tacrolimus oral</i>	2	B/D PA
TAFINLAR	5	PA; QL (120/30); NDS
TAGRISSO	5	PA; LA; QL (30/30); NDS
TALZENNA, CÁPSULAS ORALES, 0.25 MG	5	PA; QL (90/30); NDS

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
TALZENNA, CÁPSULAS ORALES, 0.5 MG, 0.75 MG, 1 MG	5	PA; QL (30/30); NDS
<i>tamoxifeno</i>	2	
TARGRETIN TÓPICO	5	PA; NDS
TASIGNA, CÁPSULAS ORALES, 150 MG, 200 MG	5	PA; QL (112/28); NDS
TASIGNA, CÁPSULAS ORALES, 50 MG	5	PA; QL (120/30); NDS
TAZVERIK	5	PA; LA; NDS
TECENTRIQ	5	PA; NDS
TEMODAR INTRAVENOSO	5	B/D PA; NDS
<i>temsirolimus</i>	5	B/D PA; NDS
TEPMETKO	5	PA; LA; QL (60/30); NDS
THALOMID, CÁPSULAS ORALES, 100 MG, 150 MG, 50 MG	5	PA; QL (28/28); NDS
THALOMID, CÁPSULAS ORALES, 200 MG	5	PA; QL (56/28); NDS
<i>tiotepa</i>	4	PA
TIBSOVO	5	PA; NDS
TIVDAK	5	PA; NDS
<i>toposar</i>	3	B/D PA
<i>topotecán, sol. para reconst. intravenosa</i>	5	B/D PA; NDS
<i>topotecán, solución intravenosa, 4 mg/4 ml (1 mg/ml)</i>	4	B/D PA
<i>toremifeno</i>	5	NDS
TRAZIMERA	5	PA; NDS
TREANDA	5	B/D PA; NDS
TRELSTAR, SUSPENSIÓN INTRAMUSCULAR PARA RECONSTITUCIÓN, 11.25 MG, 3.75 MG	4	PA
TRELSTAR, SUSPENSIÓN INTRAMUSCULAR PARA RECONSTITUCIÓN, 22.5 MG	5	PA; NDS
<i>tretinoína (antineoplásico)</i>	5	NDS

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

Cursiva minúscula = Medicamento genérico

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 6.

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
TRIPTODUR	5	PA; QL (1/168); NDS
TRODELVY	5	PA; NDS
TRUSELTIQ, CÁPSULAS ORALES, 100 MG/DÍA (100 MG X 1)	5	PA; LA; QL (21/28); NDS
TRUSELTIQ, CÁPSULAS ORALES, 125 MG/DÍA (100 MG X 1-25 MG X 1), 50 MG/DÍA (25 MG X 2)	5	PA; LA; QL (42/28); NDS
TRUSELTIQ, CÁPSULAS ORALES, 75 MG/DÍA (25 MG X 3)	5	PA; LA; QL (63/28); NDS
TUKYSA, COMPRIMIDOS ORALES, 150 MG	5	PA; LA; QL (120/30); NDS
TUKYSA, COMPRIMIDOS ORALES, 50 MG	5	PA; LA; QL (300/30); NDS
TURALIO	5	PA; LA; QL (120/30); NDS
UNITUXIN	5	PA; NDS
<i>valrubicina</i>	4	B/D PA
VECTIBIX	5	PA; NDS
VELCADE	5	PA; NDS
VENCLEXTA, COMPRIMIDOS ORALES, 10 MG	4	PA; LA; QL (60/30)
VENCLEXTA, COMPRIMIDOS ORALES, 100 MG	5	PA; LA; QL (120/30); NDS
VENCLEXTA, COMPRIMIDOS ORALES, 50 MG	5	PA; LA; QL (30/30); NDS
VENCLEXTA, PAQUETE INICIAL	5	PA; LA; QL (84/365); NDS
VERZENIO	5	PA; LA; QL (60/30); NDS
<i>vinblastina</i>	4	B/D PA
<i>vincasar pfs</i>	4	B/D PA
<i>vincristina</i>	4	B/D PA
<i>vinorelbina</i>	4	B/D PA
VITRAKVI, CÁPSULAS ORALES, 100 MG	5	PA; LA; QL (60/30); NDS

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
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
VONJO	5	PA; QL (120/30); NDS
VOTRIENT	5	PA; QL (120/30); NDS
VYXEOS	5	B/D PA; NDS
WELIREG	5	PA; LA; QL (90/30); NDS
XALKORI	5	PA; QL (60/30); NDS
XATMEP	4	PA
XOSPATA	5	PA; LA; NDS
XPOVIO, COMPRIMIDOS ORALES, 100 MG/SEMANA (50 MG X 2), 40 MG/SEMANA (40 MG X 1), 40 MG DOS VECES POR SEMANA (40 MG X 2), 60 MG/SEMANA (60 MG X 1), 60 MG DOS VECES POR SEMANA (120 MG/SEMANA), 80 MG/SEMANA (40 MG X 2), 80 MG DOS VECES POR SEMANA (160 MG/SEMANA)	5	PA; LA; NDS
XTANDI, CÁPSULAS ORALES	5	PA; QL (120/30); NDS
XTANDI, COMPRIMIDOS ORALES, 40 MG	5	PA; QL (120/30); NDS
XTANDI, COMPRIMIDOS ORALES, 80 MG	5	PA; QL (60/30); NDS
YERVOY	5	PA; NDS
YONDELIS	5	PA; NDS
ZALTRAP	4	B/D PA
ZANOSAR	4	B/D PA
ZEJULA	5	PA; LA; QL (90/30); NDS

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 6.

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
ZELBORAF	5	PA; QL (240/30); NDS
ZEPZELCA	5	PA; NDS
ZIRABEV	5	PA; NDS
ZOLADEX	4	B/D PA
ZOLINZA	5	PA; QL (120/30); NDS
ZORTRESS, COMPRIMIDOS ORALES, 1 MG	5	B/D PA; NDS
ZYDELIG	5	PA; QL (60/30); NDS
ZYKADIA	5	PA; QL (90/30); NDS
ZYNLONTA	5	NDS

MEDICAMENTOS PARA EL SISTEMA NERVIOSO AUTÓNOMO/CENTRAL, NEUROLOGÍA/PSIC.

ANTICONVULSIVOS

APTOM, COMPRIMIDOS ORALES, 200 MG	5	QL (180/30); NDS
APTOM, COMPRIMIDOS ORALES, 400 MG	5	QL (90/30); NDS
APTOM, COMPRIMIDOS ORALES, 600 MG, 800 MG	5	QL (60/30); NDS
BANZEL, SUSPENSIÓN ORAL	5	PA; NDS
BRIVIACT INTRAVENOSO	5	NDS
BRIVIACT, SOLUCIÓN ORAL	5	QL (600/30); NDS
BRIVIACT, COMPRIMIDOS ORALES	5	QL (60/30); NDS
<i>carbamazepina</i>	2	
CELONTIN, CÁPSULAS ORALES, 300 MG	3	
<i>clobazam, suspensión oral</i>	4	PA; QL (480/30)
<i>clobazam, comprimidos orales, 10 mg</i>	4	PA; QL (120/30)
<i>clobazam, comprimidos orales, 20 mg</i>	4	PA; QL (60/30)
<i>clonazepam, comprimidos orales, 0.5 mg, 1 mg</i>	2	QL (120/30)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>clonazepam, comprimidos orales, 2 mg</i>	2	QL (300/30)
<i>clonazepam, comprimidos de desintegración oral, 0.125 mg, 0.25 mg</i>	2	QL (90/30)
<i>clonazepam, comprimidos de desintegración oral, 0.5 mg, 1 mg</i>	2	QL (120/30)
<i>clonazepam, comprimidos de desintegración oral, 2 mg</i>	2	QL (300/30)
DIACOMIT	3	LA
<i>diazepam rectal</i>	4	
DILANTIN	3	
<i>divalproex</i>	2	
EPIDIOLEX	5	PA; LA; NDS
<i>epitol</i>	2	
EPRONTIA	4	PA; QL (480/30)
<i>etosuximida</i>	3	
<i>felbamato</i>	4	
FINTEPLA	5	PA; LA; QL (360/30); NDS
<i>fosfenitoína</i>	3	
FYCOMPA, SUSPENSIÓN ORAL	4	QL (720/30)
FYCOMPA, COMPRIMIDOS ORALES, 10 MG, 12 MG, 8 MG	5	QL (30/30); NDS
FYCOMPA, COMPRIMIDOS ORALES, 2 MG	4	QL (60/30)
FYCOMPA, COMPRIMIDOS ORALES, 4 MG, 6 MG	5	QL (60/30); NDS
<i>gabapentina, cápsulas orales, 100 mg, 300 mg</i>	2	QL (360/30)
<i>gabapentina, cápsulas orales, 400 mg</i>	2	QL (270/30)
<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)

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 6.

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>lacosamida intravenosa</i>	4	QL (1200/30)
<i>lacosamida, solución oral</i>	5	QL (1200/30); NDS
<i>lacosamida, comprimidos orales, 100 mg, 150 mg, 200 mg</i>	3	QL (60/30)
<i>lacosamida, comprimidos orales, 50 mg</i>	3	QL (120/30)
<i>lamotrigina, comprimidos orales</i>	2	
<i>lamotrigina, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas</i>	2	
<i>lamotrigina, comprimidos orales masticables dispersables</i>	2	
<i>lamotrigina, comprimidos de desintegración oral</i>	2	
<i>levetiracetam en nacl (iso-osm.), infusión secundaria intravenosa, 1,000 mg/100 ml, 1,500 mg/100 ml, 500 mg/100 ml</i>	4	
<i>levetiracetam intravenoso</i>	3	
<i>levetiracetam oral</i>	2	
NAYZILAM	5	PA; QL (10/30); NDS
<i>oxcarbazepina</i>	2	
<i>fenobarbital, elixir oral</i>	3	PA; QL (1500/30)
<i>fenobarbital, comprimidos orales</i>	3	PA; QL (120/30)
<i>fenobarbital sódico, solución inyectable</i>	3	
<i>fenitoína, suspensión oral</i>	2	
<i>fenitoína, comprimidos orales masticables</i>	2	
<i>fenitoína sódica, liberación prolongada</i>	2	
<i>fenitoína sódica, solución intravenosa</i>	3	
<i>pregabalina, cápsulas orales, 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	2	QL (120/30)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>pregabalina, cápsulas orales, 200 mg</i>	2	QL (90/30)
<i>pregabalina, cápsulas orales, 225 mg, 300 mg</i>	2	QL (60/30)
<i>pregabalina, solución oral</i>	3	QL (900/30)
<i>pregabalina, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas, 165 mg, 82.5 mg</i>	3	QL (30/30)
<i>pregabalina, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas, 330 mg</i>	3	QL (60/30)
<i>primidona</i>	2	
<i>roweepra, comprimidos orales, 500 mg</i>	2	
RUFINAMIDE, SUSPENSIÓN ORAL	5	PA; NDS
<i>rufinamida, comprimidos orales</i>	3	PA
SPRITAM	4	
<i>subvenite</i>	2	
<i>subvenite, paquete inicial (azul)</i>	2	
<i>subvenite, paquete inicial (verde)</i>	2	
<i>subvenite, paquete inicial (naranja)</i>	2	
SYMPAZAN	5	PA; QL (60/30); NDS
<i>tiagabina</i>	4	
<i>topiramato, cápsulas orales, con gránulos</i>	2	PA
<i>topimarato, comprimidos orales</i>	2	PA
TROKENDI XR, CÁPSULAS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA, 24 HORAS, 100 MG, 25 MG, 50 MG	4	PA
TROKENDI XR, CÁPSULAS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA, 24 HORAS, 200 MG	5	PA; NDS
<i>valproato sódico</i>	3	
<i>ácido valproico</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 6.

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>ácido valproico (como sal sódica)</i>	2	
VALTOCO	5	PA; QL (10/30); NDS
<i>vigabatrina</i>	5	PA; LA; QL (180/30); NDS
<i>vigadrone</i>	5	PA; LA; QL (180/30); NDS
VIMPAT INTRAVENOSO	5	QL (1200/30); NDS
VIMPAT, SOLUCIÓN ORAL	5	QL (1200/30); NDS
VIMPAT, COMPRIMIDOS ORALES, 100 MG, 150 MG, 200 MG	5	QL (60/30); NDS
VIMPAT, COMPRIMIDOS ORALES, 50 MG	4	QL (120/30)
XCOPRI, PAQUETE DE MANTENIMIENTO, COMPRIMIDOS ORALES, 250 MG/DÍA (150 MG X 1-100 MG X 1)	5	PA; NDS
XCOPRI, PAQUETE DE MANTENIMIENTO, COMPRIMIDOS ORALES, 350 MG/DÍA (200 MG X 1-150 MG X 1)	5	PA; QL (56/28); NDS
XCOPRI, COMPRIMIDOS ORALES, 100 MG	5	PA; NDS
XCOPRI, COMPRIMIDOS ORALES, 150 MG, 200 MG	5	PA; QL (60/30); NDS
XCOPRI, COMPRIMIDOS ORALES, 50 MG	5	PA; QL (240/30); NDS
XCOPRI, PAQUETE DE AJUSTE DE DOSIS, COMPRIMIDOS ORALES, PAQUETE DOSIFICADO, 12.5 MG (14)-25 MG (14), 150 MG (14)-200 MG (14)	4	PA; QL (56/28)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
XCOPRI, PAQUETE DE AJUSTE DE DOSIS, COMPRIMIDOS ORALES, PAQUETE DOSIFICADO, 50 MG (14)-100 MG (14)	4	PA; QL (56/365)
ZONISADE	5	PA; NDS
<i>zonisamida</i>	2	PA
ZTALMY	5	PA; QL (90/30); NDS

AGENTES ANTIPARKINSONIANOS

<i>benzatropina inyectable</i>	4	
<i>benzatropina oral</i>	2	PA
<i>bromocriptina</i>	4	
<i>carbidopa</i>	4	
<i>carbidopa-levodopa, comprimidos orales</i>	2	
<i>carbidopa-levodopa, comprimidos orales, liberación prolongada</i>	3	
<i>carbidopa-levodopa, comprimidos de desintegración oral</i>	2	
<i>carbidopa-levodopa-entacapona</i>	3	
DHIVY	4	ST
<i>entacapona</i>	4	
KYNMOBI, PELÍCULA SUBLINGUAL, 10 MG, 15 MG, 20 MG, 25 MG, 30 MG	5	PA; QL (150/30); NDS
NEUPRO	4	
<i>pramipexol, comprimidos orales</i>	2	
<i>pramipexol, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas</i>	4	
<i>rasagilina</i>	3	
<i>ropinirol, comprimidos orales</i>	2	
RYTARY	4	ST
<i>clorhidrato de selegilina</i>	3	
<i>tolcapona</i>	5	NDS

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 6.

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>trihexifenidilo</i>	2	PA
TRATAMIENTO DE LA MIGRAÑA/CEFALEA EN RACIMOS		
AIMOVIG, AUTOINYECTOR	3	PA; QL (1/28)
AJOVY, AUTOINYECTOR	3	PA; QL (1.5/30)
AJOVY, JERINGA	3	PA; QL (1.5/30)
<i>dihidroergotamina nasal</i>	5	PA; QL (8/28); NDS
<i>ergotamina-cafeína</i>	3	
<i>migergot</i>	5	NDS
<i>naratriptán</i>	3	QL (18/28)
NURTEC ODT	3	PA; QL (16/30)
<i>rizatriptán</i>	3	QL (36/28)
<i>sumatriptán, rociador nasal no aerosol, 20 mg/activación</i>	4	QL (18/28)
<i>sumatriptán, rociador nasal no aerosol, 5 mg/activación</i>	4	QL (36/28)
<i>succinato de sumatriptán oral</i>	2	QL (18/28)
<i>succinato de sumatriptán, subcutáneo en cartucho</i>	4	QL (8/28)
<i>succinato de sumatriptán, subcutáneo en lapicera</i>	4	QL (8/28)
<i>succinato de sumatriptán, solución subcutánea</i>	4	QL (8/28)
TRATAMIENTOS NEUROLÓGICOS VARIOS		
ADLARITY	4	ST; QL (4/28)
AUSTEDO, COMPRIMIDOS ORALES, 12 MG, 9 MG	5	PA; LA; QL (120/30); NDS
AUSTEDO, COMPRIMIDOS ORALES, 6 MG	5	PA; LA; QL (60/30); NDS
COPAXONE, JERINGA SUBCUTÁNEA, 20 MG/ML	5	PA; QL (30/30); NDS
COPAXONE, JERINGA SUBCUTÁNEA, 40 MG/ML	5	PA; QL (12/28); NDS
<i>dalfampridina</i>	3	PA; QL (60/30)
<i>dimetilfumarato, cápsulas orales, liberación retardada (dr/ec), 120 mg (14)-240 mg (46)</i>	5	PA; QL (120/365); NDS
<i>dimetilfumarato, cápsulas orales, liberación retardada (dr/ec), 120 mg, 240 mg</i>	5	PA; QL (60/30); NDS

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>donepezilo, comprimidos orales, 10 mg</i>	2	QL (60/30)
<i>donepezilo, comprimidos orales, 5 mg</i>	2	QL (30/30)
<i>donepezilo, comprimidos de desintegración oral, 10 mg</i>	2	QL (60/30)
<i>donepezilo, comprimidos de desintegración oral, 5 mg</i>	2	QL (30/30)
FIRDAPSE	5	PA; LA; NDS
<i>galantamina, cápsulas orales, píldoras de lib. prol., 24 horas</i>	4	QL (30/30)
<i>galantamina, solución oral</i>	4	QL (200/30)
<i>galantamina, comprimidos orales</i>	4	QL (60/30)
GILENYA, CÁPSULAS ORALES, 0.5 MG	5	PA; QL (30/30); NDS
INGREZZA	5	PA; LA; QL (30/30); NDS
INGREZZA, PAQUETE DE INICIACIÓN	5	PA; LA; QL (56/365); NDS
<i>memantina, cápsulas orales con gránulos, lib. prolongada, 24 horas</i>	4	PA
<i>memantina, solución oral</i>	3	PA; QL (300/30)
<i>memantina, comprimidos orales, 10 mg</i>	3	PA; QL (60/30)
<i>memantina, comprimidos orales, 5 mg</i>	3	PA; QL (90/30)
<i>memantina, comprimidos orales, paquete dosificado</i>	3	PA; QL (98/365)
NAMZARIC	3	PA
NUDEXTA	5	PA; NDS
OCREVUS	5	PA; NDS
<i>rivastigmina</i>	4	
<i>tartrato de rivastigmina</i>	4	QL (60/30)
<i>tetrabenazina, comprimidos orales, 12.5 mg</i>	5	PA; QL (240/30); NDS
<i>tetrabenazina, comprimidos orales, 25 mg</i>	5	PA; QL (120/30); NDS
TYSABRI	5	PA; NDS

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 6.

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
VUMERITY	5	PA; QL (120/30); NDS
RELAJANTES MUSCULARES/TERAPIA ANTIESPASMÓDICA		
<i>baclofeno, comprimidos orales, 10 mg, 5 mg</i>	1	
<i>baclofeno, comprimidos orales, 20 mg</i>	2	
<i>ciclobenzaprina, comprimidos orales, 10 mg, 5 mg</i>	3	PA
<i>dantroleno oral</i>	4	
<i>metocarbamol, comprimidos orales, 500 mg, 750 mg</i>	2	PA
<i>bromuro de piridostigmina, jarabe oral</i>	5	NDS
<i>bromuro de piridostigmina, comprimidos orales, 60 mg</i>	3	
<i>bromuro de piridostigmina, comprimidos orales, liberación prolongada</i>	4	
<i>regonol</i>	4	
<i>tizanidina, cápsulas orales</i>	4	
<i>tizanidina, comprimidos orales</i>	2	
ANALGÉSICOS NARCÓTICOS		
<i>acetaminofeno-codeína, solución oral</i>	2	QL (4500/30); NDS
<i>acetaminofeno-codeína, comprimidos orales, 300-15 mg, 300-30 mg</i>	2	QL (360/30); NDS
<i>acetaminofeno-codeína, comprimidos orales, 300-60 mg</i>	2	QL (180/30); NDS
<i>clorhidrato de buprenorfina, inyectable</i>	4	NDS
<i>clorhidrato de buprenorfina sublingual</i>	4	PA
BUPRENORPHINE, PARCHE TRANSDÉRMICO SEMANAL, 10 MCG/HORA, 15 MCG/HORA, 20 MCG/HORA, 5 MCG/HORA	4	QL (4/28); NDS

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>buprenorfina, parche transdérmico semanal, 7.5 mcg/hora</i>	4	QL (4/28); NDS
<i>endocet</i>	3	QL (360/30); NDS
<i>fentanilo</i>	4	QL (10/30); NDS
<i>citrato de fentanilo (pf), solución inyectable</i>	4	NDS
FENTANYL CITRATE (PF), JERINGA INYECTABLE, 50 MCG/ML	4	NDS
<i>citrato de fentanilo (pf), jeringa intravenosa, 100 mcg/2 ml (50 mcg/ml)</i>	4	NDS
<i>citrato de fentanilo, pastilla bucal con aplicador, 1,200 mcg, 1,600 mcg, 400 mcg, 600 mcg, 800 mcg</i>	5	PA; QL (120/30); NDS
<i>citrato de fentanilo, pastilla bucal con aplicador, 200 mcg</i>	4	PA; QL (120/30); NDS
<i>hidrocodona-acetaminofeno, solución oral, 7.5-325 mg/15 ml</i>	4	QL (5550/30); NDS
HYDROCODONE-ACETAMINOPHEN, COMPRIMIDOS ORALES, 10-300 MG, 7.5-300 MG	3	QL (390/30); NDS
<i>hidrocodona-acetaminofeno, comprimidos orales, 10-325 mg, 5-325 mg, 7.5-325 mg</i>	3	QL (360/30); NDS
<i>hidrocodona-ibuprofeno</i>	3	QL (50/30); NDS
<i>hidromorfona, líquido oral</i>	4	QL (2400/30); NDS
<i>hidromorfona, comprimidos orales</i>	3	QL (180/30); NDS
INFUMORPH P/F	5	B/D PA; NDS
<i>metadona, solución inyectable</i>	4	NDS
<i>metadona, concentrado oral</i>	4	QL (90/30); NDS
<i>metadona, solución oral, 10 mg/5 ml</i>	4	QL (600/30); NDS
<i>metadona, solución oral, 5 mg/5 ml</i>	4	QL (1200/30); NDS

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 6.

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>metadona, comprimidos orales, 10 mg</i>	3	QL (120/30); NDS
<i>metadona, comprimidos orales, 5 mg</i>	3	QL (240/30); NDS
<i> morfina (pf), solución inyectable, 0.5 mg/ml, 1 mg/ml</i>	4	NDS
<i> morfina, solución oral concentrada</i>	3	QL (900/30); NDS
MORPHINE, SOLUCIÓN INYECTABLE, 10 MG/ML, 2 MG/ML, 4 MG/ML, 5 MG/ML	4	NDS
<i> morfina, solución inyectable, 8 mg/ml</i>	4	NDS
MORPHINE, JERINGA INYECTABLE, 2 MG/ML, 4 MG/ML	4	NDS
<i> morfina, solución intravenosa, 10 mg/ml, 4 mg/ml, 8 mg/ml</i>	4	NDS
MORPHINE, JERINGA INTRAVENOSA, 10 MG/ML, 8 MG/ML	4	NDS
<i> morfina, jeringa intravenosa, 2 mg/ml, 4 mg/ml</i>	4	NDS
<i> morfina, solución oral</i>	3	QL (900/30); NDS
MORPHINE, COMPRIMIDOS ORALES	3	QL (180/30); NDS
<i> morfina, comprimidos orales, liberación prolongada</i>	3	QL (120/30); NDS
<i> oxiconona, concentrado oral</i>	4	QL (180/30); NDS
<i> oxiconona, solución oral</i>	4	QL (1200/30); NDS
OXICODONE, JERINGA ORAL	4	QL (180/30); NDS
<i> oxiconona, comprimidos orales, 10 mg, 15 mg, 20 mg, 30 mg</i>	3	QL (180/30); NDS
<i> oxiconona, comprimidos orales, 5 mg</i>	3	QL (360/30); NDS
<i> oxiconona-acetaminofeno, comprimidos orales, 10-325 mg, 2.5-325 mg, 5-325 mg, 7.5-325 mg</i>	3	QL (360/30); NDS

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i> oximorfona, comprimidos orales, liberación prolongada, 12 horas</i>	3	QL (90/30); NDS
XTAMPZA ER	3	QL (90/30); NDS
ANALGÉSICOS NO NARCÓTICOS		
<i> buprenorfina-naloxona, película sublingual, 12-3 mg</i>	4	QL (60/30)
<i> buprenorfina-naloxona, película sublingual, 2-0.5 mg</i>	4	QL (360/30)
<i> buprenorfina-naloxona, película sublingual, 4-1 mg, 8-2 mg</i>	4	QL (90/30)
<i> buprenorfina-naloxona, comprimidos sublinguales, 2-0.5 mg</i>	2	QL (360/30)
<i> buprenorfina-naloxona, comprimidos sublinguales, 8-2 mg</i>	2	QL (90/30)
<i> butorfanol nasal</i>	4	QL (10/28); NDS
<i> celecoxib</i>	3	QL (60/30)
<i> diclofenaco potásico, comprimidos orales, 50 mg</i>	2	
<i> diclofenaco sódico oral</i>	2	
<i> diclofenaco sódico, gotas tópicas</i>	4	QL (300/28)
<i> diclofenaco sódico, gel tópico al 1%</i>	3	QL (1000/28)
<i> diflunisal</i>	2	
<i> ec-naproxeno</i>	2	
<i> etodolaco</i>	4	
<i> flurbiprofeno, comprimidos orales, 100 mg</i>	2	
<i> ibu</i>	1	
<i> ibuprofeno, suspensión oral</i>	2	
<i> ibuprofeno, comprimidos orales, 400 mg, 600 mg, 800 mg</i>	1	
KLOXXADO	3	
<i> meloxicam, comprimidos orales, 15 mg</i>	1	

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 6.

Medicamentos cubiertos por categoría

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

MEDICAMENTOS PSICOTERAPÉUTICOS

ABILIFY MAINTENA	5	QL (1/28); NDS
<i>alprazolam, comprimidos orales, 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg</i>	2	QL (120/30)
<i>alprazolam, comprimidos orales, 2 mg</i>	2	QL (150/30)
<i>alprazolam, comprimidos de desintegración oral, 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg</i>	3	QL (90/30)

<i>alprazolam, comprimidos de desintegración oral, 2 mg</i>	3	QL (150/30)
<i>amitriptilina</i>	3	
<i>amoxapina</i>	3	
<i>aripiprazol, solución oral</i>	4	
<i>aripiprazol, comprimidos orales, 10 mg, 15 mg, 2 mg, 5 mg</i>	3	QL (60/30)
<i>aripiprazol, comprimidos orales, 20 mg, 30 mg</i>	3	QL (30/30)
<i>aripiprazol, comprimidos de desintegración oral</i>	4	QL (60/30)
ARISTADA INITIO	5	QL (4.8/365); NDS
ARISTADA, SUSPENSIÓN INTRAMUSCULAR, LIBERACIÓN PROLONGADA, JERINGA, 1,064 MG/3.9 ML	5	QL (3.9/56); NDS
ARISTADA, SUSPENSIÓN INTRAMUSCULAR, LIBERACIÓN PROLONGADA, JERINGA, 441 MG/1.6 ML	5	QL (1.6/28); NDS
ARISTADA, SUSPENSIÓN INTRAMUSCULAR, LIBERACIÓN PROLONGADA, JERINGA, 662 MG/2.4 ML	5	QL (2.4/28); NDS
ARISTADA, SUSPENSIÓN INTRAMUSCULAR, LIBERACIÓN PROLONGADA, JERINGA, 882 MG/3.2 ML	5	QL (3.2/28); NDS
<i>armodafinil</i>	3	PA; QL (30/30)
<i>maleato de asenapina, comprimidos sublinguales, 10 mg, 2.5 mg</i>	4	QL (60/30)
<i>maleato de asenapina, comprimidos sublinguales, 5 mg</i>	4	QL (90/30)
<i>atomoxetina, cápsulas orales, 10 mg, 18 mg, 25 mg, 40 mg</i>	4	QL (60/30)
<i>atomoxetina, cápsulas orales, 100 mg, 60 mg, 80 mg</i>	4	QL (30/30)
BELSOMRA	3	QL (30/30)

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

Cursiva minúscula = Medicamento genérico

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 6.

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>clorhidrato de bupropión, comprimidos orales, 100 mg</i>	3	QL (120/30)
<i>clorhidrato de bupropión, comprimidos orales, 75 mg</i>	3	QL (180/30)
<i>clorhidrato de bupropión, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas, 150 mg</i>	3	QL (90/30)
<i>clorhidrato de bupropión, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas, 300 mg</i>	3	QL (30/30)
<i>clorhidrato de bupropión, comprimidos orales, liberación sostenida, 12 horas, 100 mg</i>	3	QL (120/30)
<i>clorhidrato de bupropión, comprimidos orales, liberación sostenida, 12 horas, 150 mg, 200 mg</i>	3	QL (60/30)
<i>buspirona</i>	2	
CAPLYTA	5	QL (30/30); NDS
<i>clorpromazina inyectable</i>	4	
<i>clorpromazina oral</i>	2	
<i>citalopram, solución oral</i>	3	
<i>citalopram, comprimidos orales, 10 mg, 20 mg</i>	1	QL (60/30)
<i>citalopram, comprimidos orales, 40 mg</i>	1	QL (30/30)
<i>clomipramina</i>	4	
<i>clorazepato dipotásico, comprimidos orales, 15 mg</i>	3	QL (180/30)
<i>clorazepato dipotásico, comprimidos orales, 3.75 mg</i>	3	QL (90/30)
<i>clorazepato dipotásico, comprimidos orales, 7.5 mg</i>	3	QL (360/30)
<i>clozapina, comprimidos orales</i>	3	
<i>clozapina, comprimidos de desintegración oral</i>	4	
DAYVIGO	3	QL (30/30)
<i>desipramina</i>	3	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>succinato de desvenlafaxina, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas, 100 mg</i>	4	QL (120/30)
<i>succinato de desvenlafaxina, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas, 25 mg</i>	4	QL (60/30)
<i>succinato de desvenlafaxina, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas, 50 mg</i>	4	QL (90/30)
<i>dexmetilfenidato, comprimidos orales</i>	3	
<i>sulfato de dextroanfetamina, cápsulas orales, liberación prolongada</i>	4	
<i>sulfato de dextroanfetamina, solución oral</i>	4	QL (1800/30)
<i>sulfato de dextroanfetamina, comprimidos orales</i>	4	
<i>dextroanfetamina-anfetamina, cápsulas orales, liberación prolongada, 24 horas</i>	4	QL (60/30)
<i>dextroanfetamina-anfetamina, comprimidos orales, 10 mg</i>	3	QL (180/30)
<i>dextroanfetamina-anfetamina, comprimidos orales, 12.5 mg, 30 mg, 7.5 mg</i>	3	QL (60/30)
<i>dextroanfetamina-anfetamina, comprimidos orales, 15 mg</i>	3	QL (120/30)
<i>dextroanfetamina-anfetamina, comprimidos orales, 20 mg</i>	3	QL (90/30)
<i>dextroanfetamina-anfetamina, comprimidos orales, 5 mg</i>	3	QL (360/30)
<i>diazepam inyectable</i>	2	
<i>diazepam, intensol</i>	2	QL (360/30)
<i>diazepam, concentrado oral</i>	2	QL (360/30)
<i>diazepam, solución oral</i>	2	QL (1800/30)
<i>diazepam, concentrado oral</i>	2	QL (360/30)
<i>diazepam, solución oral, 5 mg/5 ml (1 mg/ml)</i>	2	QL (1800/30)
<i>diazepam, comprimidos orales</i>	2	QL (180/30)
<i>doxepina, cápsulas orales</i>	3	

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

Cursiva minúscula = Medicamento genérico

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 6.

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>doxepina, concentrado oral</i>	3	
DRIZALMA, CÁPSULAS ORALES CON GRÁNULOS, LIB. RETARDADA, 20 MG, 60 MG	4	QL (60/30)
DRIZALMA, CÁPSULAS ORALES CON GRÁNULOS, LIB. RETARDADA, 30 MG	4	QL (120/30)
DRIZALMA, CÁPSULAS ORALES CON GRÁNULOS, LIB. RETARDADA, 40 MG	4	QL (90/30)
<i>duloxetina, cápsulas orales, liberación retardada (dr/ec), 20 mg, 60 mg</i>	2	QL (60/30)
<i>duloxetina, cápsulas orales, liberación retardada (dr/ec), 30 mg</i>	2	QL (120/30)
EMSAM	5	QL (30/30); NDS
<i>oxalato de escitalopram, solución oral</i>	3	QL (600/30)
<i>oxalato de escitalopram, comprimidos orales, 10 mg, 5 mg</i>	2	QL (60/30)
<i>oxalato de escitalopram, comprimidos orales, 20 mg</i>	2	QL (30/30)
FANAPT, COMPRIMIDOS ORALES, 1 MG, 2 MG, 4 MG	4	PA; QL (60/30)
FANAPT, COMPRIMIDOS ORALES, 10 MG, 12 MG, 6 MG	5	PA; QL (60/30); NDS
FANAPT, COMPRIMIDOS ORALES, 8 MG	5	PA; QL (90/30); NDS
FANAPT, COMPRIMIDOS ORALES, PAQUETE DOSIFICADO	4	PA; QL (16/365)
FETZIMA, CÁPSULAS ORALES, LIB. PROL., 24 HORAS, PAQUETE DOSIFICADO	4	ST; QL (56/365)
FETZIMA, CÁPSULAS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA, 24 HORAS	4	ST; QL (30/30)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>fluoxetina (trastorno disfórico premenstrual), comprimidos orales, 10 mg</i>	3	QL (120/30)
<i>fluoxetina (trastorno disfórico premenstrual), comprimidos orales, 20 mg</i>	3	
<i>fluoxetina, cápsulas orales, 10 mg</i>	2	QL (120/30)
<i>fluoxetina, cápsulas orales, 20 mg</i>	2	
<i>fluoxetina, cápsulas orales, 40 mg</i>	2	QL (90/30)
<i>fluoxetina, cápsulas orales, liberación retardada (dr/ec)</i>	3	QL (4/28)
<i>fluoxetina, solución oral</i>	2	
<i>fluoxetina, comprimidos orales, 10 mg</i>	3	QL (120/30)
<i>fluoxetina, comprimidos orales, 20 mg</i>	3	
<i>decanoato de flufenazina</i>	4	
<i>clorhidrato de flufenazina inyectable</i>	4	
<i>clorhidrato de flufenazina, concentrado oral</i>	4	
<i>clorhidrato de flufenazina, elixir oral</i>	4	
<i>clorhidrato de flufenazina, comprimidos orales</i>	2	
<i>fluvoxamina, comprimidos orales, 100 mg, 25 mg</i>	2	QL (90/30)
<i>fluvoxamina, comprimidos orales, 50 mg</i>	2	QL (120/30)
<i>guanfacina, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas</i>	4	QL (30/30)
<i>decanoato de haloperidol</i>	4	
<i>lactato de haloperidol inyectable</i>	4	
<i>lactato de haloperidol oral</i>	2	

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

Cursiva minúscula = Medicamento genérico

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 6.

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>haloperidol, comprimidos orales, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 5 mg</i>	1	
<i>haloperidol, comprimidos orales, 10 mg, 20 mg</i>	2	
HETLIOZ	5	PA; QL (30/30); NDS
<i>clorhidrato de imipramina</i>	3	
INVEGA HAFYERA, JERINGA INTRAMUSCULAR, 1,092 MG/3.5 ML	5	QL (3.5/180); NDS
INVEGA HAFYERA, JERINGA INTRAMUSCULAR, 1,560 MG/5 ML	5	QL (5/180); NDS
INVEGA SUSTENNA, JERINGA INTRAMUSCULAR, 117 MG/0.75 ML	5	QL (0.75/28); NDS
INVEGA SUSTENNA, JERINGA INTRAMUSCULAR, 156 MG/ML	5	QL (1/28); NDS
INVEGA SUSTENNA, JERINGA INTRAMUSCULAR, 234 MG/1.5 ML	5	QL (1.5/28); NDS
INVEGA SUSTENNA, JERINGA INTRAMUSCULAR, 39 MG/0.25 ML	4	QL (0.25/28)
INVEGA SUSTENNA, JERINGA INTRAMUSCULAR, 78 MG/0.5 ML	5	QL (0.5/28); NDS
INVEGA TRINZA, JERINGA INTRAMUSCULAR, 273 MG/0.88 ML	4	QL (0.88/90)
INVEGA TRINZA, JERINGA INTRAMUSCULAR, 410 MG/1.32 ML	4	QL (1.32/90)
INVEGA TRINZA, JERINGA INTRAMUSCULAR, 546 MG/1.75 ML	4	QL (1.75/90)
INVEGA TRINZA, JERINGA INTRAMUSCULAR, 819 MG/2.63 ML	4	QL (2.63/90)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
LATUDA, COMPRIMIDOS ORALES, 120 MG, 20 MG, 40 MG, 60 MG	5	QL (30/30); NDS
LATUDA, COMPRIMIDOS ORALES, 80 MG	5	QL (60/30); NDS
<i>carbonato de litio</i>	2	
<i>lorazepam, solución inyectable</i>	4	
<i>lorazepam, jeringa inyectable, 2 mg/ml</i>	4	
<i>lorazepam, intenosol</i>	3	QL (150/30)
<i>lorazepam, concentrado oral</i>	3	QL (150/30)
<i>lorazepam, jeringa oral</i>	3	QL (150/30)
<i>lorazepam, comprimidos orales, 0.5 mg, 1 mg</i>	2	QL (90/30)
<i>lorazepam, comprimidos orales, 2 mg</i>	2	QL (150/30)
<i>succinato de loxapina</i>	2	
LYBALVI	5	PA; QL (30/30); NDS
MARPLAN	4	QL (180/30)
<i>metadate, liberación prolongada</i>	3	
<i>clorhidrato de metilfenidato, comprimidos orales</i>	3	QL (90/30)
<i>clorhidrato de metilfenidato, comprimidos orales, liberación prolongada</i>	3	
<i>clorhidrato de metilfenidato, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas, 18 mg, 18 mg (calificación bx), 27 mg, 27 mg (calificación bx), 36 mg, 36 mg (calificación bx), 54 mg, 54 mg (calificación bx)</i>	3	
<i>mirtazapina, comprimidos orales</i>	2	
<i>mirtazapina, comprimidos de desintegración oral</i>	3	QL (30/30)
<i>modafinil, comprimidos orales, 100 mg</i>	4	PA; QL (30/30)

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

Cursiva minúscula = Medicamento genérico

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 6.

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>modafinil, comprimidos orales, 200 mg</i>	4	PA; QL (60/30)
<i>molindona</i>	2	
<i>nefazodona</i>	4	
<i>nortriptilina, cápsulas orales</i>	2	
<i>nortriptilina, solución oral</i>	3	
NUPLAZID	5	PA; QL (30/30); NDS
<i>olanzapina intramuscular</i>	4	QL (30/30)
<i>olanzapina, comprimidos orales, 10 mg, 2.5 mg, 5 mg, 7.5 mg</i>	2	QL (60/30)
<i>olanzapina, comprimidos orales, 15 mg, 20 mg</i>	2	QL (30/30)
<i>olanzapina, comprimidos de desintegración oral, 10 mg, 5 mg</i>	4	QL (60/30)
<i>olanzapina, comprimidos de desintegración oral, 15 mg, 20 mg</i>	4	QL (30/30)
<i>olanzapina-fluoxetina</i>	4	
<i>oxazepam</i>	2	QL (120/30)
<i>paliperidona, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas, 1.5 mg, 9 mg</i>	4	PA; QL (30/30)
<i>paliperidona, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas, 3 mg, 6 mg</i>	4	PA; QL (60/30)
<i>clorhidrato de paroxetina, suspensión oral, 10 mg/5 ml</i>	4	ST; QL (900/30)
PAROXETINE HCL, SUSPENSIÓN ORAL, 10 MG/5 ML	4	ST; QL (900/30)
<i>clorhidrato de paroxetina, comprimidos orales, 10 mg</i>	2	QL (180/30)
<i>clorhidrato de paroxetina, comprimidos orales, 20 mg, 40 mg</i>	2	QL (30/30)
<i>clorhidrato de paroxetina, comprimidos orales, 30 mg</i>	2	QL (60/30)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>clorhidrato de paroxetina, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas</i>	3	QL (60/30)
PAXIL, SUSPENSIÓN ORAL	4	ST; QL (900/30)
<i>perfenazina</i>	4	
<i>perfenazina-amitriptilina</i>	4	
PERSERIS	5	QL (1/28); NDS
<i>fenelzina</i>	3	
<i>pimozida</i>	4	
<i>protriptilina</i>	4	
<i>quetiapina, comprimidos orales, 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	2	QL (120/30)
<i>quetiapina, comprimidos orales, 150 mg, 200 mg</i>	2	QL (90/30)
<i>quetiapina, comprimidos orales, 300 mg, 400 mg</i>	2	QL (60/30)
<i>quetiapina, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas, 150 mg, 200 mg</i>	3	QL (30/30)
<i>quetiapina, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas, 300 mg, 400 mg, 50 mg</i>	3	QL (60/30)
<i>ramelteón</i>	3	QL (30/30)
REXULTI	5	QL (30/30); NDS
RISPERDAL CONSTA, SUSPENSIÓN INTRAMUSCULAR, RECONST. DE LIB. PROLONGADA, 12.5 MG/2 ML	4	QL (2/28)
RISPERDAL CONSTA, SUSPENSIÓN INTRAMUSCULAR, RECONST. DE LIB. PROLONGADA, 25 MG/2 ML, 37.5 MG/2 ML, 50 MG/2 ML	5	QL (2/28); NDS
<i>risperidona, solución oral</i>	2	
<i>risperidona, jeringa oral</i>	2	
<i>risperidona, comprimidos orales, 0.25 mg, 0.5 mg, 4 mg</i>	2	QL (120/30)
<i>risperidona, comprimidos orales, 1 mg</i>	2	QL (180/30)

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

Cursiva minúscula = Medicamento genérico

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 6.

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>risperidona, comprimidos orales, 2 mg</i>	2	QL (90/30)
<i>risperidona, comprimidos orales, 3 mg</i>	2	QL (60/30)
<i>risperidona, comprimidos de desintegración oral, 0.25 mg, 0.5 mg, 4 mg</i>	4	QL (120/30)
<i>risperidona, comprimidos de desintegración oral, 1 mg</i>	4	QL (180/30)
<i>risperidona, comprimidos de desintegración oral, 2 mg</i>	4	QL (90/30)
<i>risperidona, comprimidos de desintegración oral, 3 mg</i>	4	QL (60/30)
SECUADO	5	QL (30/30); NDS
<i>sertralina, concentrado oral</i>	4	
<i>sertralina, comprimidos orales</i>	1	QL (60/30)
<i>temazepam, cápsulas orales, 15 mg, 30 mg</i>	4	QL (60/365)
<i>tioridazina</i>	3	
<i>tiotixeno</i>	4	
<i>tranilcipromina</i>	4	
<i>trazodona</i>	2	
<i>trifluoperazina</i>	3	
<i>trimipramina</i>	4	
TRINTELLIX	4	ST; QL (30/30)
<i>venlafaxina, cápsulas orales, liberación prolongada, 24 horas, 150 mg, 37.5 mg</i>	2	QL (60/30)
<i>venlafaxina, cápsulas orales, liberación prolongada, 24 horas, 75 mg</i>	2	QL (90/30)
<i>venlafaxina, comprimidos orales, 100 mg, 25 mg, 37.5 mg</i>	2	QL (90/30)
<i>venlafaxina, comprimidos orales, 50 mg, 75 mg</i>	2	QL (120/30)
VERSACLOZ	5	NDS
VIIBRYD, COMPRIMIDOS ORALES	4	ST; QL (30/30)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
VIIBRYD, COMPRIMIDOS ORALES, PAQUETE DOSIFICADO, 10 MG (7), 20 MG (23)	4	ST; QL (60/365)
<i>vilazodona</i>	4	ST; QL (30/30)
VRAYLAR, CÁPSULAS ORALES	5	PA; QL (30/30); NDS
VRAYLAR, CÁPSULAS ORALES, PAQUETE DOSIFICADO	4	PA; QL (14/365)
XYREM	5	PA; LA; QL (540/30); NDS
<i>zaleplon, cápsulas orales, 10 mg</i>	3	QL (60/30)
<i>zaleplon, cápsulas orales, 5 mg</i>	3	QL (30/30)
<i>clorhidrato de ziprasidona, cápsulas orales, 20 mg</i>	3	QL (180/30)
<i>clorhidrato de ziprasidona, cápsulas orales, 40 mg</i>	3	QL (120/30)
<i>clorhidrato de ziprasidona, cápsulas orales, 60 mg, 80 mg</i>	3	QL (60/30)
<i>mesilato de ziprasidona</i>	4	QL (6/30)
<i>zolpidem, comprimidos orales</i>	2	QL (30/30)
ZYPREXA RELPREVV, SUSPENSIÓN INTRAMUSCULAR PARA RECONSTITUCIÓN, 210 MG	4	PA; QL (2/28)
ZYPREXA RELPREVV, SUSPENSIÓN INTRAMUSCULAR PARA RECONSTITUCIÓN, 210 MG	4	PA; QL (2/28); NDS
ZYPREXA RELPREVV, SUSPENSIÓN INTRAMUSCULAR PARA RECONSTITUCIÓN, 300 MG	5	PA; QL (2/28); NDS
ZYPREXA RELPREVV, SUSPENSIÓN INTRAMUSCULAR PARA RECONSTITUCIÓN, 405 MG	5	PA; QL (1/28); NDS

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

Cursiva minúscula = Medicamento genérico

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 6.

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
CARDIOVASCULARES, HIPERTENSIÓN/LÍPIDOS		
AGENTES ANTIARRÍTMICOS		
<i>amiodarona, solución intravenosa</i>	4	B/D PA
<i>amiodarona oral</i>	2	
<i>dofetilida</i>	3	
<i>flecainida</i>	3	
<i>lidocaína (pf) intravenosa</i>	4	
<i>mexiletina</i>	2	
<i>pacerona, comprimidos orales, 100 mg, 200 mg, 400 mg</i>	2	
<i>propafenona, cápsulas orales, liberación prolongada, 12 horas</i>	4	
<i>propafenona, comprimidos orales</i>	2	
<i>sulfato de quinidina, comprimidos orales</i>	2	
<i>sorine</i>	2	
<i>sotalol af</i>	2	
<i>sotalol oral</i>	2	
SOTYLIZE	4	
TRATAMIENTO ANTIHIPERTENSIVO		
<i>acebutolol</i>	2	
<i>aliskireno</i>	4	
<i>amilorida</i>	2	
<i>amilorida-hidroclorotiazida</i>	2	
<i>amlodipina</i>	1	
<i>amlodipina-atorvastatina</i>	1	
<i>amlodipina-benazepril</i>	1	
<i>amlodipina-olmesartán</i>	1	
<i>amlodipina-valsartán</i>	1	
<i>amlodipina-valsartán-hidroclorotiazida</i>	1	
<i>atenolol</i>	1	
<i>atenolol-clortalidona</i>	1	
<i>benazepril</i>	1	
<i>benazepril-hidroclorotiazida</i>	1	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>betaxolol oral</i>	2	
BIDIL	3	QL (180/30)
<i>fumarato de bisoprolol</i>	2	
<i>bisoprolol-hidroclorotiazida</i>	1	
<i>bumetanida inyectable</i>	4	
<i>bumetanida oral</i>	3	
<i>candesartán, comprimidos orales, 16 mg, 4 mg, 8 mg</i>	1	QL (60/30)
<i>candesartán, comprimidos orales, 32 mg</i>	1	QL (30/30)
<i>candesartán-hidroclorotiazida</i>	1	
<i>captopril</i>	1	
CAROSPIR	3	
<i>cartia xt</i>	2	
<i>carvedilol</i>	1	
<i>fosfato de carvedilol</i>	3	
<i>clorotiazida sódica</i>	4	
<i>clortalidona, comprimidos orales, 25 mg, 50 mg</i>	2	
<i>clonidina</i>	4	QL (4/28)
<i>clorhidrato de clonidina, comprimidos orales, 0.1 mg, 0.2 mg</i>	1	
<i>clorhidrato de clonidina, comprimidos orales, 0.3 mg</i>	2	
<i>clorhidrato de diltiazem intravenoso</i>	4	
<i>clorhidrato de diltiazem, cápsulas orales, liberación prolongada, 24 horas, degradable</i>	2	
<i>clorhidrato de diltiazem, cápsulas orales, liberación prolongada, 12 horas</i>	2	
<i>clorhidrato de diltiazem, cápsulas orales, liberación prolongada, 24 horas, 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg, 420 mg</i>	2	

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

Cursiva minúscula = Medicamento genérico

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 6.

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>clorhidrato de diltiazem, cápsulas orales, liberación prolongada, 24 horas, 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg</i>	2	
<i>clorhidrato de diltiazem, comprimidos orales</i>	2	
<i>clorhidrato de diltiazem, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas</i>	2	
<i>dilt-xr</i>	2	
<i>doxazosina, comprimidos orales, 1 mg, 2 mg, 4 mg</i>	2	QL (30/30)
<i>doxazosina, comprimidos orales, 8 mg</i>	2	QL (60/30)
EDARBI	4	
EDARBYCLOR	4	
<i>maleato de enalapril, comprimidos orales</i>	1	
<i>enalapril-hidroclorotiazida</i>	1	
<i>etacrinato sódico</i>	4	
<i>felodipina</i>	2	
<i>fosinopril</i>	1	
<i>fosinopril-hidroclorotiazida</i>	1	
<i>furosemida inyectable</i>	4	
<i>furosemida, solución oral, 10 mg/ml, 40 mg/5 ml (8 mg/ml)</i>	2	
FUROSEMIDE, SOLUCIÓN ORAL, 40 MG/4 ML	2	
<i>furosemida, comprimidos orales</i>	1	
<i>hidralazina inyectable</i>	4	
<i>hidralazina oral</i>	2	
<i>hidroclorotiazida</i>	1	
<i>indapamida</i>	1	
<i>irbesartán</i>	1	QL (30/30)
<i>irbesartán-hidroclorotiazida</i>	1	QL (30/30)
<i>isradipina</i>	3	
KERENDIA	3	PA; QL (30/30)
<i>labetalol oral</i>	3	

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

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

Cursiva minúscula = Medicamento genérico

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 6.

Medicamentos cubiertos por categoría

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>verapamilo, cápsulas orales, píldoras ct de lib. prol., 24 horas</i>	2	
<i>verapamilo, cápsulas orales, píldoras de lib. prol., 24 horas, 120 mg, 180 mg, 240 mg</i>	2	
VERAPAMIL, CÁPSULAS ORALES, PÍLDORAS DE LIB. PROL., 24 HORAS, 360 MG	3	
<i>verapamilo, comprimidos orales</i>	1	
<i>verapamilo, comprimidos orales, liberación prolongada</i>	2	
TRATAMIENTO DE COAGULACIÓN		
<i>ácido aminocaproico oral</i>	4	
<i>aspirina-dipiridamol</i>	4	
BRILINTA	3	QL (60/30)
<i>cilostazol</i>	2	
<i>clopidogrel, comprimidos orales, 300 mg</i>	4	
<i>clopidogrel, comprimidos orales, 75 mg</i>	1	QL (30/30)
<i>clopidogrel, comprimidos orales, 75 mg</i>	4	
<i>dipiridamol oral</i>	3	
DOPTLET (PAQUETE DE 10 COMPRIMIDOS)	5	PA; NDS
DOPTLET (PAQUETE DE 15 COMPRIMIDOS)	5	PA; LA; NDS
DOPTLET (PAQUETE DE 30 COMPRIMIDOS)	5	PA; LA; NDS
ELIQUIS	3	
ELIQUIS, TRATAMIENTO INICIAL PARA TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA/ EMBOLIA PULMONAR, 30 DÍAS	3	
<i>enoxaparina</i>	3	
<i>fondaparinux, jeringa subcutánea, 10 mg/0.8 ml, 5 mg/0.4 ml, 7.5 mg/0.6 ml</i>	5	NDS

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

Cursiva minúscula = Medicamento genérico

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 6.

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>fondaparinux, jeringa subcutánea, 2.5 mg/0.5 ml</i>	4	
<i>heparina (porcina) en dext. al 5%</i>	4	
<i>heparina (porcina) en nacl (pf)</i>	4	
<i>heparina (porcina), solución inyectable</i>	3	
HEPARIN (PORCINA), JERINGA INYECTABLE, 5,000 UNIDADES/ML	4	
<i>heparina (porcina) en nacl al 0.45%, solución parenteral, intravenosa, 25,000 unidades/250 ml, 25,000 unidades/500 ml</i>	4	
<i>heparina, porcina (pf), jeringa inyectable</i>	4	
<i>jantoven</i>	1	
<i>pentoxifilina</i>	2	
PRADAXA	4	
PRASUGREL	3	
PROMACTA, PAQUETE DE POLVO ORAL, 12.5 MG	5	PA; LA; QL (360/30); NDS
PROMACTA, PAQUETE DE POLVO ORAL, 25 MG	5	PA; LA; QL (180/30); NDS
PROMACTA, COMPRIMIDOS ORALES, 12.5 MG, 25 MG, 50 MG	5	PA; LA; QL (30/30); NDS
PROMACTA, COMPRIMIDOS ORALES, 75 MG	5	PA; LA; QL (60/30); NDS
<i>warfarina</i>	1	
XARELTO	3	
XARELTO, TRATAMIENTO INICIAL PARA TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA/ EMBOLIA PULMONAR, 30 DÍAS	3	
AGENTES PARA REDUCIR LOS LÍPIDOS/EL COLESTEROL		
<i>atorvastatina</i>	1	QL (30/30)
<i>colestiramina (con azúcar)</i>	3	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>colestiramina suave</i>	3	
<i>colestiramina-aspartamo</i>	3	
<i>colesevelam</i>	3	
<i>colestipol, gránulos orales</i>	4	
<i>colestipol, paquete oral</i>	4	
<i>colestipol, comprimidos orales</i>	3	
<i>ezetimiba</i>	2	QL (30/30)
<i>ezetimiba-simvastatina</i>	4	QL (30/30)
<i>fenofibrato, cápsulas orales micronizadas, 134 mg, 200 mg, 67 mg</i>	3	
<i>fenofibrato nanocristalizado</i>	3	
<i>fenofibrato, comprimidos orales, 160 mg, 54 mg</i>	2	
<i>ácido fenofibrico (colina)</i>	4	
<i>fluvastatina, cápsulas orales, 20 mg</i>	1	QL (30/30)
<i>fluvastatina, cápsulas orales, 40 mg</i>	1	QL (60/30)
<i>fluvastatina, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas</i>	1	QL (30/30)
<i>gemfibrozil</i>	1	
LIVALO	3	QL (30/30)
<i>lovastatina, comprimidos orales, 10 mg</i>	1	QL (30/30)
<i>lovastatina, comprimidos orales, 20 mg, 40 mg</i>	1	QL (60/30)
NEXLETOL	3	PA; QL (30/30)
NEXLIZET	3	PA; QL (30/30)
<i>niacina, comprimidos orales, 500 mg</i>	2	
<i>niacina, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas</i>	2	
<i>niacor</i>	2	
<i>ésteres etílicos de los ácidos omega 3</i>	4	
<i>pravastatina</i>	1	QL (30/30)

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 6.

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>prevalite</i>	3	
REPATHA PUSHTRONEX	3	PA; QL (3.5/28)
REPATHA SURECLICK	3	PA; QL (3/28)
REPATHA, JERINGA	3	PA; QL (3/28)
<i>rosuvastatina</i>	1	QL (30/30)
<i>simvastatina, comprimidos orales</i>	1	QL (30/30)
VASCEPA	3	
AGENTES CARDIOVASCULARES VARIOS		
CORLANOR, COMPRIMIDOS ORALES	4	PA; QL (60/30)
<i>digitek</i>	2	
<i>digoxina, solución inyectable</i>	4	
<i>digoxina, solución oral</i>	3	
<i>digoxina, comprimidos orales, 125 mcg (0.125 mg), 250 mcg (0.25 mg)</i>	2	
<i>digoxina, comprimidos orales, 62.5 mcg (0.0625 mg)</i>	4	
ENTRESTO	3	QL (60/30)
LANOXIN, COMPRIMIDOS ORALES, 62.5 MCG (0.0625 MG)	4	
LANOXIN, PEDIÁTRICO	4	
<i>ranolazina</i>	4	QL (60/30)
VYNDAMAX	5	PA; NDS
VYNDAQEL	5	PA; NDS
NITRATOS		
<i>dinitrato de isosorbida, comprimidos orales</i>	3	
<i>mononitrato de isosorbida</i>	2	
<i>isosorbida-hidralazina</i>	3	QL (180/30)
<i>nitroglicerina intravenosa</i>	4	B/D PA
<i>nitroglicerina sublingual</i>	2	
<i>nitroglicerina, parche transdérmico, 24 horas</i>	2	
<i>nitroglicerina, translingual</i>	4	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
PRODUCTOS DERMATOLÓGICOS/TRATAMIENTO TÓPICO		
ANTIPSORIÁSICOS/ANTISEBORREICOS		
<i>acitretina</i>	4	PA
<i>calcipotrieno, cuero cabelludo</i>	3	QL (120/30)
<i>calcipotrieno, crema tópica</i>	4	QL (120/30)
<i>calcipotrieno, pomada tópica</i>	4	QL (120/30)
<i>calcitriol tópico</i>	4	
<i>sulfuro de selenio, loción tópica</i>	2	
SKYRIZI, INTRAVENOSO	5	PA; QL (1/28); NDS
SKYRIZI, LAPICERA PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA	5	PA; QL (1/28); NDS
SKYRIZI, JERINGA SUBCUTÁNEA, 150 MG/ML	5	PA; QL (1/28); NDS
SKYRIZI, KIT DE JERINGA SUBCUTÁNEA	5	PA; QL (2/28); NDS
STELARA, SOLUCIÓN SUBCUTÁNEA	5	PA; QL (0.5/28); NDS
STELARA, JERINGA SUBCUTÁNEA, 45 MG/0.5 ML	5	PA; QL (0.5/28); NDS
STELARA, JERINGA SUBCUTÁNEA, 90 MG/ML	5	PA; QL (1/28); NDS
TALTZ, JERINGA	5	PA; QL (4/28); NDS
PRODUCTOS DERMATOLÓGICOS VARIOS		
<i>lactato de amonio</i>	3	
DUPIXENT, LAPICERA PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA, 200 MG/1.14 ML	5	PA; QL (4.56/28); NDS
DUPIXENT, LAPICERA PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA, 300 MG/2 ML	5	PA; QL (8/28); NDS
DUPIXENT, JERINGA SUBCUTÁNEA, 100 MG/0.67 ML	5	PA; QL (1.34/28); NDS
DUPIXENT, JERINGA SUBCUTÁNEA, 200 MG/1.14 ML	5	PA; QL (4.56/28); NDS
DUPIXENT, JERINGA SUBCUTÁNEA, 300 MG/2 ML	5	PA; QL (8/28); NDS

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 6.

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>fluorouracilo, crema tópica, 0.5%</i>	5	NDS
<i>fluorouracilo, crema tópica, 5%</i>	3	
<i>fluorouracilo, solución tópica</i>	2	
<i>glydo</i>	3	QL (60/30)
<i>imiquimod, crema tópica en bomba con dosis medidas</i>	5	NDS
<i>imiquimod, crema tópica en paquete, 3.75%</i>	5	NDS
<i>imiquimod, crema tópica en paquete, 5%</i>	3	
<i>lidocaína (pf), solución inyectable</i>	4	
<i>clorhidrato de lidocaína, solución inyectable</i>	4	
<i>clorhidrato de lidocaína, laringotraqueal</i>	4	
<i>clorhidrato de lidocaína, gel para membrana mucosa</i>	3	QL (60/30)
<i>clorhidrato de lidocaína, solución para membrana mucosa, 4% (40 mg/ml)</i>	2	
<i>lidocaína, parche adhesivo tópico, medicado, 5%</i>	4	PA; QL (90/30)
<i>lidocaína, pomada tópica</i>	4	QL (50/30)
<i>lidocaína viscosa</i>	1	
<i>lidocaína-prilocaina, crema tópica</i>	4	QL (30/30)
<i>metoxaleno</i>	4	
PANRETIN	5	NDS
<i>pimecrolimus</i>	4	PA; QL (100/30)
<i>podofilox</i>	2	
REGRANEX	5	PA; NDS
SANTYL	4	
<i>sulfadiazina de plata</i>	3	
<i>ssd</i>	3	
<i>tacrolimus tópico</i>	3	PA; QL (100/30)
VALCHLOR	5	PA; NDS

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
ZTLIDO	3	PA; QL (90/30)
TRATAMIENTO DEL ACNÉ		
<i>amnestem</i>	4	
<i>avita</i>	4	PA
<i>claravis</i>	4	
<i>clindacin etz, paño tópico</i>	2	QL (69/30)
<i>clindacin p</i>	2	QL (69/30)
<i>fosfato de clindamicina, gel tópico</i>	3	QL (120/30)
CLINDAMYCIN PHOSPHATE, GEL TÓPICO, UNA VEZ AL DÍA	3	QL (120/30)
<i>fosfato de clindamicina, loción tópica</i>	4	QL (120/30)
<i>fosfato de clindamicina, solución tópica</i>	3	QL (120/30)
<i>fosfato de clindamicina, paño tópico</i>	2	QL (60/30)
<i>eritromicina, paños</i>	3	
ERYTHROMYCIN CON ETANOL, GEL TÓPICO	4	
<i>eritromicina con etanol, solución tópica</i>	2	
<i>eritromicina-peróxido de benzoilo</i>	4	
<i>isotretinoína, cápsulas orales, 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg</i>	4	
<i>metronidazol tópico</i>	4	
<i>myorisan</i>	4	
<i>rosadan, crema tópica</i>	4	
<i>rosadan, gel tópico</i>	4	
<i>tazaroteno, crema tópica</i>	4	PA
<i>tazaroteno, gel tópico</i>	4	PA
TAZORAC, CREMA TÓPICA, 0.05%	4	PA
TAZORAC, GEL TÓPICO	4	PA
<i>tretinoína, microesferas</i>	4	PA
<i>tretinoína, crema tópica</i>	4	PA
<i>tretinoína, gel tópico, 0.01%</i>	3	PA

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

Cursiva minúscula = Medicamento genérico

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 6.

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>tretinoína, gel tópico, 0.025%, 0.05%</i>	4	PA
<i>zenatane</i>	4	
ANESTÉSICOS TÓPICOS		
<i>clorhidrato de lidocaína, gel para membrana mucosa en aplicador</i>	3	QL (60/30)
<i>clorhidrato de lidocaína, solución para membrana mucosa, 2%</i>	1	
ANTIBACTERIANOS TÓPICOS		
<i>gentamicina, crema tópica</i>	3	QL (60/30)
<i>gentamicina, pomada tópica</i>	3	
<i>mupirocina</i>	2	QL (44/30)
<i>mupirocina cálcica</i>	4	QL (30/30)
<i>sulfacetamida sódica (acné)</i>	3	
ANTIMICÓTICOS TÓPICOS		
<i>ciclodan, solución tópica</i>	3	
<i>ciclopirox, crema tópica</i>	3	QL (90/28)
<i>ciclopirox, champú tópico</i>	3	QL (120/28)
<i>ciclopirox, solución tópica</i>	3	
<i>ciclopirox, suspensión tópica</i>	3	QL (60/28)
<i>clotrimazol, crema tópica</i>	3	QL (45/28)
<i>clotrimazol, solución tópica</i>	3	QL (30/28)
<i>clotrimazol-betametasona, crema tópica</i>	2	QL (45/28)
<i>clotrimazol-betametasona, loción tópica</i>	2	QL (60/28)
<i>econazol</i>	3	QL (85/28)
<i>ketconazol, crema tópica</i>	2	QL (60/28)
<i>ketconazol, champú tópico</i>	2	QL (120/28)
<i>naftifina, crema tópica</i>	3	QL (60/28)
NAFTIN, GEL TÓPICO, 2%	3	QL (60/28)
<i>nyamyc</i>	3	QL (180/30)
<i>nistatina, crema tópica</i>	2	QL (30/28)
<i>nistatina, pomada tópica</i>	2	QL (30/28)
<i>nistatina, polvo tópico</i>	3	QL (180/30)
<i>nistatina-triamcinolona</i>	4	QL (60/28)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>nystop</i>	3	QL (180/30)
ANTIVIRALES TÓPICOS		
<i>aciclovir, pomada tópica</i>	4	QL (30/30)
DENAVIR	5	QL (5/30); NDS
CORTICOSTEROIDES TÓPICOS		
<i>ala-cort, crema tópica, 1%</i>	1	
<i>alclometasona</i>	2	
<i>dipropionato de betametasona</i>	3	
<i>valerato de betametasona, crema tópica</i>	2	
<i>valerato de betametasona, espuma tópica</i>	3	
<i>valerato de betametasona, loción tópica</i>	2	
<i>valerato de betametasona, pomada tópica</i>	2	
<i>betametasona, aumentada</i>	3	
<i>clobetasol, cuero cabelludo</i>	2	QL (100/28)
<i>clobetasol, crema tópica</i>	2	QL (120/28)
<i>clobetasol, espuma tópica</i>	4	QL (100/28)
<i>clobetasol, gel tópico</i>	2	QL (120/28)
<i>clobetasol, pomada tópica</i>	2	QL (120/28)
<i>clobetasol, champú tópico</i>	4	QL (236/28)
<i>clobetasol-emoliente, crema tópica</i>	2	QL (120/28)
<i>clobetasol-emoliente, espuma tópica</i>	4	QL (100/28)
CLOCORTOLONE PIVALATE	4	
<i>clodan</i>	4	QL (236/28)
<i>desonida, crema tópica</i>	3	
<i>desonida, loción tópica</i>	3	
<i>desonida, pomada tópica</i>	3	
<i>desoximetasona, crema tópica</i>	4	
<i>desoximetasona, gel tópico</i>	4	
<i>desoximetasona, pomada tópica</i>	4	
<i>fluocinolona y gorra de baño</i>	3	

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 6.

Medicamentos cubiertos por categoría

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>acetónido de triamcinolona, crema tópica, 0.025%, 0.5%</i>	2	
<i>acetónido de triamcinolona, crema tópica, 0.1%</i>	1	
<i>acetónido de triamcinolona, loción tópica</i>	2	
<i>acetónido de triamcinolona, pomada tópica</i>	2	
<i>triderm, crema tópica, 0.1%</i>	1	
ESCABICIDAS/PEDICULICIDAS TÓPICOS		
<i>lindano, champú tópico</i>	3	
<i>malatión</i>	4	
<i>permetrina</i>	3	
PRODUCTOS DE DIAGNÓSTICO/AGENTES VARIOS		
SOLUCIONES DE IRRIGACIÓN		
<i>irrigación de solución de lactato sódico compuesta</i>	4	
<i>neomicina-polimixina b gu</i>	4	
<i>irrigación de solución de lactato sódico compuesta</i>	4	
<i>tis-u-sol pentalito</i>	4	
AGENTES VARIOS		
<i>acamprosato</i>	2	
<i>anagrelida</i>	2	
ARALAST NP, SOL. PARA RECONST. INTRAVENOSA, 1,000 MG	5	PA; LA; NDS
ARALAST NP, SOL. PARA RECONST. INTRAVENOSA, 500 MG	5	PA; NDS
<i>betaína</i>	5	NDS
CARBAGLU	5	PA; LA; NDS
<i>ácido carglúmico</i>	5	PA; NDS
CHEMET	4	PA
CLINIMIX, 4.25%/D5W, SIN SULFITOS	4	B/D PA
<i>d al 10%-cloruro de sodio al 0.45%</i>	4	

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 6.

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>d al 2.5%-cloruro de sodio al 0.45%</i>	4	
<i>d al 5% y cloruro de sodio al 0.9%</i>	4	
<i>d al 5%-cloruro de sodio al 0.45%</i>	4	
<i>deferasirox, paquete de gránulos orales</i>	5	PA; NDS
<i>deferasirox, comprimidos orales</i>	5	PA; NDS
<i>deferiprona</i>	5	PA; NDS
<i>dextrosa al 10% y nacl al 0.2%</i>	4	
DEXTROSE AL 10% EN AGUA (D10W)	4	
<i>dextrosa al 25% en agua (d25w).</i>	4	
<i>dextrosa al 5% en agua (d5w)</i>	4	
<i>dextrosa al 5%-solución de lactato sódico compuesta</i>	4	
<i>dextrosa al 5%-cloruro de sodio al 0.2%</i>	4	
<i>dextrosa al 5%-cloruro de sodio al 0.3%</i>	4	
<i>dextrosa al 50% en agua (d50w)</i>	4	
<i>dextrosa al 70% en agua (d70w)</i>	4	
<i>disulfiram</i>	2	
<i>droxidopa, cápsulas orales, 100 mg</i>	4	PA; QL (90/30)
<i>droxidopa, cápsulas orales, 200 mg, 300 mg</i>	4	PA; QL (180/30)
FERRIPROX	5	PA; NDS
FERRIPROX (2 VECES POR DÍA)	5	PA; NDS
INCRELEX	4	PA; LA
<i>levocarnitina (con azúcar)</i>	4	
<i>levocarnitina, solución oral, 100 mg/ml</i>	4	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>levocarnitina, comprimidos orales</i>	3	
LOKELMA	3	
<i>midodrina</i>	3	
<i>nitisinona</i>	5	NDS
NORTHERA, CÁPSULAS ORALES, 100 MG	5	PA; QL (90/30); NDS
NORTHERA, CÁPSULAS ORALES, 200 MG, 300 MG	5	PA; QL (180/30); NDS
<i>clorhidrato de pilocarpina oral</i>	4	
PROLASTIN-C, SOL. PARA RECONST. INTRAVENOSA	5	PA; LA; NDS
PROLASTIN-C, SOLUCIÓN INTRAVENOSA	5	PA; NDS
<i>riluzol</i>	3	
<i>risedronato, comprimidos orales, 30 mg</i>	3	QL (30/30)
SEVELAMER CARBONATE	4	
<i>cloruro de sodio al 0.9%, intravenoso</i>	4	
<i>cloruro de sodio para irrigación</i>	4	
<i>fenilbutirato sódico</i>	5	PA; NDS
<i>sulfonato de poliestireno sódico, polvo oral</i>	3	
<i>sps (con sorbitol)</i>	3	
<i>trientina</i>	5	PA; QL (240/30); NDS
VELPHORO	5	NDS
VELTASSA	3	
<i>agua para irrigación, estéril</i>	4	
XIAFLEX	5	PA; NDS
ZEMAIRA	5	PA; LA; NDS
ZOLEDRONIC ACID-MANNITOL-WATER, INFUSIÓN SECUNDARIA INTRAVENOSA, 5 MG/100 ML	4	B/D PA
AGENTES PARA DEJAR DE FUMAR		
<i>clorhidrato de bupropión (agente para dejar de fumar)</i>	3	QL (60/30)

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

Cursiva minúscula = Medicamento genérico

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 6.

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
CHANTIX, PAQUETE MENSUAL DE CONTINUACIÓN	4	
CHANTIX, COMPRIMIDOS ORALES, 1 MG	4	
CHANTIX, PAQUETE MENSUAL INICIAL	4	
NICOTROL	4	
NICOTROL NS	4	
<i>vareniclina</i>	4	

MEDICAMENTOS PARA NARIZ, GARGANTA Y OÍDO

AGENTES VARIOS

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

PREPARACIONES ÓTICAS VARIAS

<i>ácido acético ótico (oído)</i>	2	
<i>flac, aceite ótico</i>	4	
<i>acetónido de fluocinolona, aceite</i>	4	
<i>hidrocortisona-ácido acético</i>	2	
<i>ofloxacina ótica (oídos)</i>	2	

ESTEROIDES/ANTIBIÓTICOS ÓTICOS

CIPRO HC	3	
<i>ciprofloxacina-dexametasona</i>	3	
<i>cortisporin-tc</i>	4	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>neomicina-polimixina-hidrocortisona ótica (oído)</i>	3	

SISTEMA ENDOCRINO/DIABETES

HORMONAS SUPRARRENALES

DEPO-MEDROL	4	
<i>dexametasona, intensol</i>	4	
<i>dexametasona, elixir oral</i>	2	
<i>dexametasona, solución oral</i>	2	
<i>dexametasona, comprimidos orales</i>	2	
<i>fosfato sódico de dexametasona (pf), solución inyectable</i>	4	
<i>fosfato sódico de dexametasona, solución inyectable</i>	4	
<i>fludrocortisona</i>	2	
<i>hidrocortisona oral</i>	3	
MEDROL, COMPRIMIDOS ORALES, 2 MG	3	B/D PA
<i>methylpred dp</i>	2	
<i>acetato de metilprednisolona</i>	4	
<i>metilprednisolona, comprimidos orales</i>	2	B/D PA
<i>metilprednisolona, comprimidos orales, paquete dosificado</i>	2	
<i>succinato sódico de metilprednisolona, sol. para reconst. inyect., 125 mg, 40 mg</i>	4	
<i>succinato sódico de metilprednisolona intravenoso</i>	4	
<i>prednisolona, solución oral</i>	3	
<i>fosfato sódico de prednisolona, solución oral, 15 mg/5 ml (3 mg/ml), 15 mg/5 ml (5 ml), 25 mg/5 ml (5 mg/ml), 5 mg base/5 ml (6.7 mg/5 ml)</i>	3	
<i>prednisona, intensol</i>	4	
<i>prednisona, solución oral</i>	2	

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

Cursiva minúscula = Medicamento genérico

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 6.

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>prednisona, comprimidos orales, 1 mg, 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg</i>	1	
<i>prednisona, comprimidos orales, 50 mg</i>	2	
<i>prednisona, comprimidos orales, paquete dosificado</i>	1	
SOLU-CORTEF ACT-O-VIAL (PF)	4	
<i>acetónido de triamcinolona, suspensión inyectable, 40 mg/ml</i>	2	
AGENTES ANTITIROIDEOS		
<i>metimazol, comprimidos orales, 10 mg, 5 mg</i>	2	
<i>propiltiouracilo</i>	3	
TRATAMIENTO DE LA DIABETES		
<i>acarbosea, comprimidos orales, 100 mg</i>	2	QL (90/30)
<i>acarbosea, comprimidos orales, 25 mg</i>	2	QL (360/30)
<i>acarbosea, comprimidos orales, 50 mg</i>	2	QL (180/30)
PAÑOS CON ALCOHOL	6	
ASSURE ID, JERINGA DE SEGURIDAD PARA INSULINA, 1 ML, CALIBRE 29 X 1/2"	6	QL (200/30)
BAQSIMI	3	
BD SAFETYGLIDE, JERINGA PARA INSULINA, 1 ML, CALIBRE 31 X 15/64"	6	QL (200/30)
BD ULTRA-FINE NANO, AGUJA PARA LAPICERA	6	QL (200/30)
BD ULTRA-FINE SHORT, AGUJA PARA LAPICERA	6	QL (200/30)
BYDUREON BCISE	6	QL (4/28)
CYCLOSET	4	QL (180/30)
<i>diazoxida</i>	4	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
DROPSAFE, PAÑOS PREPARADOS CON ALCOHOL	6	
GASA, VENDA PARA APLICACIÓN TÓPICA, 2 X 2"	6	
<i>glimepirida, comprimidos orales, 1 mg</i>	1	QL (240/30)
<i>glimepirida, comprimidos orales, 2 mg</i>	1	QL (120/30)
<i>glimepirida, comprimidos orales, 4 mg</i>	1	QL (60/30)
<i>glipizida, comprimidos orales, 10 mg</i>	1	QL (120/30)
<i>glipizida, comprimidos orales, 5 mg</i>	1	QL (240/30)
<i>glipizida, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas, 10 mg</i>	1	QL (60/30)
<i>glipizida, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas, 2.5 mg</i>	1	QL (240/30)
<i>glipizida, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas, 5 mg</i>	1	QL (120/30)
<i>glipizida-metformina, comprimidos orales, 2.5-250 mg</i>	1	QL (240/30)
<i>glipizida-metformina, comprimidos orales, 2.5-500 mg, 5-500 mg</i>	1	QL (120/30)
GLUCAGEN HYPOKIT	3	
GLUCAGON (HCL), KIT DE EMERGENCIAS	3	
GLUCAGON, KIT DE EMERGENCIAS (HUMANO)	3	
GLYXAMBI	6	QL (30/30)
GVOKE	3	
GVOKE HYPOPEN, PAQUETE DE 1	3	
GVOKE HYPOPEN, PAQUETE DE 2	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 6.

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
GVOKE PFS, PAQUETE CON 1 JERINGA	3	
GVOKE PFS, PAQUETE CON 2 JERINGAS	3	
HUMALOG JUNIOR KWIKPEN U-100	3	
HUMALOG KWIKPEN, INSULINA	3	
HUMALOG MIX 50-50, INSULINA U-100	3	
HUMALOG MIX 50-50 KWIKPEN	3	
HUMALOG MIX 75-25 KWIKPEN	3	
HUMALOG MIX 75-25 (U-100), INSULINA	3	
HUMALOG U-100, INSULINA	3	
HUMULIN 70/30 U-100, INSULINA	6	
HUMULIN 70/30 U-100 KWIKPEN	6	
HUMULIN N NPH, INSULINA KWIKPEN	6	
HUMULIN N NPH U-100, INSULINA	6	
HUMULIN R REGULAR U-100, INSULINA	3	
HUMULIN R U-500 (CONC) INSULINA	5	B/D PA; NDS
HUMULIN R U-500 (CONC) KWIKPEN	5	NDS
INSULIN LISPRO	3	
INSULIN LISPRO PROTAMIN-LISPRO	3	
JERINGA PARA INSULINA CON AGUJA, U-100, 0.3 ML CALIBRE 29, 1 ML CALIBRE 29 X 1/2", 1/2 ML CALIBRE 28	6	QL (200/30)
INVOKAMET	6	QL (60/30)
INVOKAMET XR	6	QL (60/30)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
INVOKANA	6	QL (30/30)
JANUMET	3	QL (60/30)
JANUMET XR, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA, MULTIFÁSICA, 24 HORAS, 100-1,000 MG	3	QL (30/30)
JANUMET XR, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA, MULTIFÁSICA, 24 HORAS, 50-1,000 MG, 50-500 MG	3	QL (60/30)
JANUVIA	3	QL (30/30)
JARDIANCE	6	QL (30/30)
JENTADUETO	3	QL (60/30)
JENTADUETO XR, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN INMEDIATA-LIBERACIÓN PROLONGADA, BIFÁSICA, 24 HORAS, 2.5-1,000 MG	3	QL (60/30)
JENTADUETO XR, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN INMEDIATA-LIBERACIÓN PROLONGADA, BIFÁSICA, 24 HORAS, 5-1,000 MG	3	QL (30/30)
LANTUS SOLOSTAR U-100, INSULINA	6	
LANTUS U-100, INSULINA	6	
LEVEMIR FLEXTOUCH U-100, INSULINA	6	
LEVEMIR U-100, INSULINA	6	
LYUMJEV KWIKPEN U-100, INSULINA	3	
LYUMJEV KWIKPEN U-200, INSULINA	3	
LYUMJEV U-100, INSULINA	3	
METFORMIN, SOLUCIÓN ORAL	6	QL (765/30)

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

Cursiva minúscula = Medicamento genérico

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 6.

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>metformina, comprimidos orales, 1,000 mg</i>	1	QL (75/30)
<i>metformina, comprimidos orales, 500 mg</i>	1	QL (150/30)
<i>metformina, comprimidos orales, 850 mg</i>	1	QL (90/30)
<i>metformina, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas, 500 mg</i>	1	QL (120/30)
<i>metformina, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas, 750 mg</i>	1	QL (60/30)
<i>metformina, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas, 1,000 mg</i>	1	QL (60/30)
<i>metformina, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas, 500 mg</i>	1	QL (150/30)
<i>miglitol, comprimidos orales, 100 mg</i>	4	QL (90/30)
<i>miglitol, comprimidos orales, 25 mg</i>	4	QL (360/30)
<i>miglitol, comprimidos orales, 50 mg</i>	4	QL (180/30)
MOUNJARO	6	QL (2/28)
<i>nateglinida, comprimidos orales, 120 mg</i>	1	QL (90/30)
<i>nateglinida, comprimidos orales, 60 mg</i>	1	QL (180/30)
OMNIPOD 5 G6 INTRO KIT (GEN 5)	3	QL (1/365)
OMNIPOD 5 G6 PODS (GEN 5)	3	QL (30/30)
OMNIPOD CLASSIC PDM KIT (GEN 3)	3	QL (1/365)
OMNIPOD CLASSIC PODS (GEN 3)	3	QL (30/30)
OMNIPOD DASH INTRO KIT (GEN 4)	3	QL (1/365)
OMNIPOD DASH PDM KIT (GEN 4)	3	QL (30/30)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
OMNIPOD DASH PODS (GEN 4)	3	QL (30/30)
OZEMPIC, LAPICERA PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA, 0.25 MG O 0.5 MG (2 MG/1.5 ML)	6	QL (1.5/28)
OZEMPIC, LAPICERA PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA, 1 MG/DOSIS (4 MG/3 ML, 2 MG/DOSIS (8 MG/3 ML)	6	QL (3/28)
AGUJA PARA LAPICERA, AGUJA PARA DIABETES, CALIBRE 29 X 1/2"	6	QL (200/30)
<i>pioglitazona</i>	1	QL (30/30)
<i>pioglitazona-metformina</i>	1	QL (90/30)
<i>repaglinida, comprimidos orales, 0.5 mg</i>	1	QL (960/30)
<i>repaglinida, comprimidos orales, 1 mg</i>	1	QL (480/30)
<i>repaglinida, comprimidos orales, 2 mg</i>	1	QL (240/30)
RYBELSUS	6	QL (30/30)
SOLQUA 100/33	3	QL (15/25)
SYMLINPEN 120	5	PA; QL (10.8/30); NDS
SYMLINPEN 60	5	PA; QL (6/30); NDS
SYNJARDY	6	QL (60/30)
SYNJARDY XR, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN INMEDIATA-LIBERACIÓN PROLONGADA, BIFÁSICA, 24 HORAS, 10-1,000 MG, 12.5-1,000 MG, 5-1,000 MG	6	QL (60/30)
SYNJARDY XR, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN INMEDIATA-LIBERACIÓN PROLONGADA, BIFÁSICA, 24 HORAS, 25-1,000 MG	6	QL (30/30)

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

Cursiva minúscula = Medicamento genérico

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 6.

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
TECHLITE, JERINGA PARA INSULINA, 1 ML CALIBRE 29 X 1/2", 1 ML CALIBRE 30 X 1/2", 1 ML CALIBRE 31 X 15/64", 1 ML CALIBRE 31 X 5/16	6	QL (200/30)
TECHLITE, JERINGA PARA INSULINA (MEDIA UNIDAD), 0.3 ML CALIBRE 29 X 1/2", 0.3 ML CALIBRE 30 X 5/16", 0.3 ML CALIBRE 31 X 15/64", 0.3 ML CALIBRE 31 X 5/16", 0.5 ML CALIBRE 30 X 1/2", 0.5 ML CALIBRE 30 X 5/16", 0.5 ML CALIBRE 31 X 15/64", 0.5 ML CALIBRE 31 X 5/16"	6	QL (200/30)
TECHLITE, AGUJA PARA LAPICERA	6	QL (200/30)
TOUJEO MAX U-300 SOLOSTAR	6	
TOUJEO SOLOSTAR U-300, INSULINA	6	
TRADJENTA	3	QL (30/30)
TRESIBA FLEXTOUCH U-100	6	
TRESIBA FLEXTOUCH U-200	6	
TRESIBA U-100, INSULINA	6	
TRIJARDY XR, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN INMEDIATA-LIBERACIÓN PROLONGADA, BIFÁSICA, 24 HORAS, 10-5-1,000 MG, 25-5-1,000 MG	6	QL (30/30)
TRIJARDY XR, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN INMEDIATA-LIBERACIÓN PROLONGADA, BIFÁSICA, 24 HORAS, 12.5-2.5-1,000 MG, 5-2.5-1,000 MG	6	QL (60/30)
TRULICITY	6	QL (2/28)
V-GO 20	3	
V-GO 30	3	
V-GO 40	3	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
VICTOZA 2-PAK	6	QL (9/30)
VICTOZA 3-PAK	6	QL (9/30)
XULTOPHY 100/3.6	3	QL (15/30)
HORMONAS VARIAS		
ALDURAZYME	5	PA; NDS
<i>cabergolina</i>	3	
<i>calcitonina (salmón), inyección</i>	5	NDS
<i>calcitonina (salmón), nasal</i>	3	
<i>calcitriol, solución intravenosa, 1 mcg/ml</i>	4	
<i>calcitriol, cápsulas orales</i>	3	
<i>calcitriol, solución oral</i>	4	
CEREZYME, SOL. PARA RECONST. INTRAVENOSA, 400 UNIDADES	5	PA; NDS
CHORIONIC GONADOTROPIN, HUMANA INTRAMUSCULAR	4	PA
<i>cinacalcet, comprimidos orales, 30 mg, 60 mg</i>	4	QL (60/30)
<i>cinacalcet, comprimidos orales, 90 mg</i>	4	QL (120/30)
<i>danazol</i>	4	
<i>desmopresina inyectable</i>	5	NDS
<i>desmopresina, rociador nasal con bomba</i>	4	
<i>desmopresina, rociador nasal no aerosol, 10 mcg/aplicación (0.1 ml)</i>	4	
<i>desmopresina oral</i>	3	
<i>doxercalciferol</i>	4	
ELAPRASE	5	PA; NDS
FABRAZYME	5	NDS
KORLYM	5	PA; QL (120/30); NDS
KUVAN	5	PA; NDS
LUMIZYME	5	PA; NDS
MIACALCIN INYECTABLE	5	NDS

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 6.

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>miglustato</i>	5	LA; NDS
NAGLAZYME	5	PA; NDS
NATPARA	5	PA; LA; QL (2/28); NDS
<i>oxandrolona, comprimidos orales, 10 mg</i>	4	PA; QL (60/30)
<i>oxandrolona, comprimidos orales, 2.5 mg</i>	3	PA; QL (120/30)
<i>pamidronato</i>	4	
<i>paricalcitol oral</i>	4	
SAMSCA, COMPRIMIDOS ORALES, 15 MG	5	PA; QL (120/30); NDS
<i>sapropterina</i>	5	PA; NDS
SOMAVERT	5	PA; QL (30/30); NDS
SYNAREL	5	NDS
<i>cipionato de testosterona, aceite intramuscular, 100 mg/ml, 200 mg/ml (1 ml)</i>	3	
TESTOSTERONE CYPIONATE, ACEITE INTRAMUSCULAR, 200 MG/ML	3	
<i>enantato de testosterona</i>	4	
<i>testosterona, gel transdérmico</i>	4	PA; QL (300/30)
<i>testosterona, gel transdérmico en bomba con dosis medidas, 12.5 mg/1.25 gramos (1%)</i>	4	PA; QL (300/30)
<i>testosterona, gel transdérmico en paquete, 1% (25 mg/2.5 gramos), 1% (50 mg/5 gramos)</i>	4	PA; QL (300/30)
TOLVAPTAN, COMPRIMIDOS ORALES, 15 MG	5	PA; QL (120/30); NDS
<i>tolvaptán, comprimidos orales, 30 mg</i>	5	PA; QL (60/30); NDS
<i>ácido zoledrónico, solución intravenosa</i>	4	B/D PA
<i>ácido zoledrónico-manitol-agua, infusión secundaria intravenosa, 4 mg/100 ml</i>	4	B/D PA

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>ácido zoledrónico-manitol-nacl al 0.9%</i>	4	B/D PA
HORMONAS TIROIDEAS		
EUTHYROX	3	
LEVO-T	3	
<i>levotiroxina, comprimidos orales</i>	1	
<i>levoxyl, comprimidos orales, 100 mcg, 112 mcg, 175 mcg</i>	3	
LEVOXYL, COMPRIMIDOS ORALES, 125 MCG, 137 MCG, 150 MCG, 200 MCG, 25 MCG, 50 MCG, 75 MCG, 88 MCG	3	
<i>liotironina oral</i>	2	
SYNTHROID	3	
UNITHROID, COMPRIMIDOS ORALES, 100 MCG, 112 MCG, 125 MCG, 150 MCG, 175 MCG, 200 MCG, 25 MCG, 300 MCG, 50 MCG, 75 MCG, 88 MCG	3	
<i>unithroid, comprimidos orales, 137 mcg</i>	3	
GASTROENTEROLOGÍA		
ANTIDIARREICOS/ANTIESPASMÓDICOS		
<i>atropina, solución inyectable, 0.4 mg/ml</i>	4	
<i>atropina, jeringa inyectable, 0.05 mg/ml, 0.1 mg/ml</i>	4	
<i>diciclomina, cápsulas orales</i>	1	
<i>diciclomina, solución oral</i>	3	
<i>diciclomina, comprimidos orales</i>	1	
<i>difenoxilato-atropina</i>	3	
<i>glicopirronio (pf)</i>	4	
<i>glicopirronio (pf) en agua, inyectable</i>	4	
<i>glicopirronio (pf) en agua, jeringa intravenosa, 0.4 mg/2 ml (0.2 mg/ml)</i>	4	

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

Cursiva minúscula = Medicamento genérico

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 6.

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>glicopirronio inyectable</i>	4	
<i>glicopirronio, comprimidos orales</i>	2	
<i>loperamida, cápsulas orales</i>	2	
AGENTES GASTROINTESTINALES VARIOS		
<i>alosetrón, comprimidos orales, 0.5 mg</i>	4	PA
<i>alosetrón, comprimidos orales, 1 mg</i>	5	PA; NDS
<i>aprepitant</i>	4	B/D PA
<i>balsalazida</i>	4	
<i>budesonida, cápsulas orales, liberación retardada y prolongada</i>	4	
<i>budesonida, comprimidos orales, liberación retardada y prolongada</i>	5	NDS
<i>compro</i>	2	
<i>constulosa</i>	2	
CORTIFOAM	4	
CREON	3	
<i>cromoglicato oral</i>	3	
CYSTADANE	5	NDS
<i>dronabinol</i>	4	B/D PA; QL (60/30)
EMEND, SUSPENSIÓN ORAL PARA RECONSTITUCIÓN	4	B/D PA
<i>enulosa</i>	2	
GATTEX, VIAL DE 30	5	PA; NDS
GATTEX, VIAL DE UNO	5	PA; NDS
<i>gavilyte-c</i>	2	
<i>generlac</i>	2	
<i>granisetron (pf), solución intravenosa, 1 mg/ml (1 ml)</i>	4	B/D PA; HI
<i>clorhidrato de granisetron intravenoso</i>	4	HI
<i>clorhidrato de granisetron oral</i>	4	B/D PA
<i>hidrocortisona rectal</i>	3	
<i>hidrocortisona, crema tópica con aplicador perineal, 2.5%</i>	1	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
INFLECTRA	5	PA; QL (20/30); NDS
<i>lactulosa, solución oral</i>	2	
LINZESS	3	QL (30/30)
<i>meclizina, comprimidos orales, 12.5 mg, 25 mg</i>	2	
<i>mesalamina, cápsulas orales, liberación prolongada, 24 horas</i>	3	
<i>mesalamina, enema rectal</i>	4	
<i>mesalamina con pañuelo limpiador</i>	4	
<i>clorhidrato de metoclopramida, solución oral</i>	2	
<i>clorhidrato de metoclopramida, comprimidos orales</i>	2	
MOVANTIK	4	QL (30/30)
OALIVA	5	PA; LA; QL (30/30); NDS
<i>ondansetrón</i>	3	B/D PA
<i>clorhidrato de ondansetrón (pf)</i>	4	
<i>clorhidrato de ondansetrón intravenoso</i>	4	
<i>clorhidrato de ondansetrón, solución oral</i>	4	B/D PA
<i>clorhidrato de ondansetrón, comprimidos orales, 4 mg, 8 mg</i>	2	B/D PA
<i>palonosetrón, solución intravenosa, 0.25 mg/5 ml</i>	4	
<i>peg 3350-electrolitos, sol. para reconst. oral, 236-22.74-6.74-5.86 gramos</i>	2	
<i>peg-electrolitos, solución</i>	2	
PENTASA	4	
<i>proclorperazina</i>	2	
<i>edisilato de proclorperazina, solución inyectable, 10 mg/2 ml (5 mg/ml)</i>	4	
<i>maleato de proclorperazina</i>	2	
<i>procto-med hc</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 6.

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>procto-pak</i>	2	
<i>proctosol hc tópico</i>	2	
<i>proctozona-hc</i>	2	
RECTIV	4	
SANCUSO	5	NDS
<i>escopolamina base</i>	4	QL (10/30)
SKYRIZI, INYECTOR PONIBLE SUBCUTÁNEO	5	PA; QL (2.4/28); NDS
SUCRAID	5	PA; NDS
<i>sulfasalazina</i>	2	
SUPREP, KIT DE PREPARACIÓN INTESTINAL	3	
SUTAB	4	
<i>ursodiol, cápsulas orales, 300 mg</i>	3	
<i>ursodiol, comprimidos orales</i>	4	
VIOKACE	4	
ZENPEP, CÁPSULAS ORALES, LIBERACIÓN RETARDADA (DR/EC) 10,000-32,000-42,000 UNIDADES, 15,000-47,000-63,000 UNIDADES, 20,000-63,000-84,000 UNIDADES, 25,000-79,000-105,000 UNIDADES, 3,000-10,000-14,000-UNIDADES, 40,000-126,000-168,000 UNIDADES, 5,000-17,000-24,000 UNIDADES	3	
TRATAMIENTO DE ÚLCERAS		
<i>esomeprazol magnésico, cápsulas orales, liberación retardada (dr/ec)</i>	3	QL (60/30)
<i>famotidina, suspensión oral</i>	4	
<i>famotidina, comprimidos orales, 20 mg, 40 mg</i>	2	
<i>lansoprazol, cápsulas orales, liberación retardada (dr/ec)</i>	3	QL (60/30)
<i>misoprostol</i>	3	
<i>nizatidina, cápsulas orales</i>	3	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>omeprazol, cápsulas orales, liberación retardada (dr/ec)</i>	2	QL (60/30)
<i>pantoprazol, comprimidos orales, liberación retardada (dr/ec)</i>	1	QL (60/30)
<i>sucralfato, suspensión oral</i>	4	
<i>sucralfato, comprimidos orales</i>	2	
TALICIA	4	QL (168/28)
INMUNOLOGÍA, VACUNAS/BIOTECNOLOGÍA		
MEDICAMENTOS BIOTECNOLÓGICOS		
ACTIMMUNE	5	PA; NDS
ARCALYST	5	PA; NDS
AVONEX, KIT DE LAPICERA PARA INYECCIÓN INTRAMUSCULAR	5	PA; QL (1/28); NDS
AVONEX, JERINGA INTRAMUSCULAR	5	PA; QL (1/28); NDS
AVONEX, KIT DE JERINGA INTRAMUSCULAR	5	PA; QL (1/28); NDS
BESREMI	5	PA; LA; QL (2/28); NDS
BETASERON, KIT PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA	5	PA; QL (14/28); NDS
GENOTROPIN	5	PA; NDS
GENOTROPIN MINISQUICK	5	PA; NDS
INTRON A, SOL. PARA RECONST. INYECT., 10 MILLONES DE UNIDADES (1 ML), 50 MILLONES DE UNIDADES (1 ML)	5	B/D PA; NDS
LEUKINE, SOL. PARA RECONST. INYECTABLE	5	PA; NDS
MOZOBIL	5	B/D PA; NDS
NIVESTYM	5	PA; NDS
NYVEPRIA	5	PA; NDS
PEGASYS, SOLUCIÓN SUBCUTÁNEA	5	PA; QL (4/28); NDS
PEGASYS, JERINGA SUBCUTÁNEA	5	PA; QL (2/28); NDS

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

Cursiva minúscula = Medicamento genérico

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 6.

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
PROCRIT	3	PA
PROLEUKIN	4	B/D PA
REBIF (CON ALBÚMINA)	5	PA; QL (6/28); NDS
REBIF REBIDOSE, LAPICERA PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA, 22 MCG/0.5 ML, 44 MCG/0.5 ML	5	PA; QL (6/28); NDS
REBIF REBIDOSE, LAPICERA PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA, 8.8 MCG/0.2 ML, 22 MCG/0.5 ML (6)	5	PA; QL (8.4/365); NDS
REBIF, PAQUETE DE AJUSTE DE DOSIS	5	PA; QL (8.4/365); NDS
RETACRIT	3	PA
VACUNAS/AGENTES INMUNOLÓGICOS VARIOS		
ACTHIB (PF)	3	
ADACEL (TDAP ADOLESC./ ADULTOS) (PF)	3	
ATGAM	4	B/D PA
BCG (PF), VACUNA CON VIRUS VIVOS	3	
BEXSERO	3	
BOOSTRIX TDAP	3	
BOTOX	4	PA
DAPTACEL (DTAP PEDIÁTRICA) (PF)	3	
DENG VAXIA (PF)	3	
ENGERIX-B (PF)	3	B/D PA
ENGERIX-B (PF), USO PEDIÁTRICO	3	B/D PA
<i>fomepizol</i>	5	NDS
GAMMAGARD, LÍQUIDO	5	B/D PA; NDS
GAMMAGARD S-D (IGA < 1 MCG/ML)	5	B/D PA; NDS
GAMMAKED	5	B/D PA; NDS
GAMMAPLEX	5	B/D PA; NDS
GAMMAPLEX (CON SORBITOL)	5	B/D PA; NDS

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
GAMUNEX-C	5	B/D PA; NDS
GARDASIL 9 (PF)	3	
HAVRIX (PF)	3	
HIBERIX (PF)	3	
HIZENTRA	5	B/D PA; NDS
IMOVAX (PF), VACUNA ANTIRRÁBICA	3	
INFANRIX (DTAP) (PF), JERINGA INTRAMUSCULAR	3	
IPOLE	3	
IXIARO (PF)	3	
KINRIX (PF), JERINGA INTRAMUSCULAR	3	
MENACTRA (PF), SOLUCIÓN INTRAMUSCULAR	3	
MENQUADFI (PF)	3	
MENVEO A-C-Y-W-135-DIP (PF)	3	
M-M-R II (PF)	3	
PEDIARIX (PF)	3	
PEDVAX HIB (PF)	3	
PENTACEL (PF)	3	
PREHEVBRIQ (PF)	3	B/D PA
PROQUAD (PF)	3	
QUADRACEL (PF)	3	
RABAVERT (PF)	3	
RECOMBIVAX HB (PF)	3	B/D PA
ROTARIX	3	
ROTATEQ, VACUNA	3	
SHINGRIX (PF)	3	QL (2/999)
STAMARIL (PF)	3	
TDVAX	3	
TENIVAC (PF)	3	
TETANUS, DIPHTHERIA TOX PEDIÁTRICA (PF)	3	
TICE BCG	4	B/D PA
TICOVAC	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 6.

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
TRUMENBA	3	
TWINRIX (PF)	3	
TYPHIM VI	3	
VAQTA (PF)	3	
VARIVAX (PF)	3	
VARIZIG	4	
YF-VAX (PF), SUSPENSIÓN SUBCUTÁNEA PARA RECONSTITUCIÓN, 10 EXP 4.74 UNIDADES/0.5 ML	3	

SISTEMA LOCOMOTOR/REUMATOLOGÍA

TRATAMIENTO DE LA GOTA

<i>alopurinol, comprimidos orales, 100 mg, 300 mg</i>	1	
<i>colchicina, comprimidos orales</i>	4	QL (120/30)
FEBUXOSTAT	3	ST
MITIGARE	3	
<i>probenecid</i>	2	
<i>probenecid/colchicina</i>	2	

TRATAMIENTO DE LA OSTEOPOROSIS

<i>alendronato, comprimidos orales, 10 mg, 5 mg</i>	1	QL (30/30)
<i>alendronato, comprimidos orales, 35 mg, 70 mg</i>	1	QL (4/28)
BINOSTO	4	QL (4/28)
<i>ibandronato oral</i>	2	QL (1/28)
PROLIA	4	QL (1/168)
<i>raloxifeno</i>	2	QL (30/30)
<i>risedronato, comprimidos orales, 150 mg</i>	3	QL (1/28)
<i>risedronato, comprimidos orales, 35 mg, 35 mg (paquete de 12), 35 mg (paquete de 4)</i>	3	QL (4/28)
<i>risedronato, comprimidos orales, 5 mg</i>	3	QL (30/30)
TERIPARATIDE	5	PA; QL (2.48/28); NDS

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
TYMLOS	5	PA; QL (1.56/30); NDS

OTROS AGENTES REUMATOLÓGICOS

BENLYSTA	5	PA; NDS
ENBREL MINI	5	PA; QL (8/28); NDS
ENBREL, SOL. PARA RECONST. SUBCUTÁNEA	5	PA; QL (16/28); NDS
ENBREL, SOLUCIÓN SUBCUTÁNEA	5	PA; QL (8/28); NDS
ENBREL, JERINGA SUBCUTÁNEA	5	PA; QL (8/28); NDS
ENBREL SURECLICK	5	PA; QL (8/28); NDS
HUMIRA PEN	5	PA; QL (4/28); NDS
HUMIRA PEN CROHNS-UC-HS, PAQUETE INICIAL	5	PA; QL (12/365); NDS
HUMIRA PEN PSOR-UEITS-ADOL HS	5	PA; QL (8/365); NDS
HUMIRA, KIT DE JERINGA SUBCUTÁNEA, 40 MG/0.8 ML	5	PA; QL (4/28); NDS
HUMIRA (CF) PEDI CROHNS, PAQUETE INICIAL, KIT DE JERINGA SUBCUTÁNEA, 80 MG/0.8 ML	5	PA; QL (6/365); NDS
HUMIRA (CF) PEDI CROHNS, PAQUETE INICIAL, KIT DE JERINGA SUBCUTÁNEA, 80 MG/0.8 ML-40 MG/0.4 ML	5	PA; QL (4/365); NDS
HUMIRA (CF) PEN CROHNS-UC-HS	5	PA; QL (6/365); NDS
HUMIRA (CF) PEN PEDIATRIC UC	5	PA; QL (4/180); NDS
HUMIRA (CF) PEN PSOR-UV-ADOL HS	5	PA; QL (6/365); NDS
HUMIRA (CF) PEN, KIT DE LAPICERA PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA, 40 MG/0.4 ML	5	PA; QL (4/28); NDS
HUMIRA (CF) PEN, KIT DE LAPICERA PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA, 80 MG/0.8 ML	5	PA; QL (2/28); NDS

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

Cursiva minúscula = Medicamento genérico

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 6.

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
HUMIRA (CF), KIT DE JERINGA SUBCUTÁNEA, 10 MG/0.1 ML, 20 MG/0.2 ML	5	PA; QL (2/28); NDS
HUMIRA (CF), KIT DE JERINGA SUBCUTÁNEA, 40 MG/0.4 ML	5	PA; QL (4/28); NDS
<i>leflunomida</i>	2	QL (30/30)
ORENCIA CLICKJECT	5	PA; QL (4/28); NDS
ORENCIA, JERINGA SUBCUTÁNEA, 125 MG/ML	5	PA; QL (4/28); NDS
ORENCIA, JERINGA SUBCUTÁNEA, 50 MG/0.4 ML	5	PA; QL (1.6/28); NDS
ORENCIA, JERINGA SUBCUTÁNEA, 87.5 MG/0.7 ML	5	PA; QL (2.8/28); NDS
<i>penicilamina</i>	5	NDS
RIDAURA	5	NDS
RINVOQ, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA, 24 HORAS, 15 MG, 30 MG	5	PA; QL (30/30); NDS
RINVOQ, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA, 24 HORAS, 45 MG	5	PA; QL (30/30)
XELJANZ, SOLUCIÓN ORAL	5	PA; QL (300/30); NDS
XELJANZ, COMPRIMIDOS ORALES	5	PA; QL (60/30); NDS
XELJANZ XR	5	PA; QL (30/30); NDS
OBSTETRICIA/GINECOLOGÍA		
ESTRÓGENOS/PROGESTINAS		
<i>camila</i>	3	
<i>deblitane</i>	3	
DELESTROGEN, ACEITE INTRAMUSCULAR, 10 MG/ML	4	
DEPO-ESTRADIOL	4	
<i>dotti</i>	2	QL (8/28)
DUAVEE	4	PA

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>errin</i>	3	
<i>estradiol oral</i>	2	
<i>estradiol, parche transdérmico quincenal</i>	2	QL (8/28)
<i>estradiol, parche transdérmico semanal</i>	2	QL (4/28)
<i>estradiol vaginal</i>	4	
<i>valerato de estradiol, aceite intramuscular, 20 mg/ml, 40 mg/ml</i>	4	
ESTRING	4	
<i>fyavolv</i>	3	
<i>heather</i>	3	
<i>caproato de hidroxiprogesterona</i>	5	NDS
<i>incassia</i>	3	
JENCYCLA	3	
<i>lyza</i>	3	
<i>medroxiprogesterona intramuscular</i>	4	
<i>medroxiprogesterona oral</i>	2	
MENOSTAR	3	QL (4/28)
<i>nora-be</i>	3	
<i>noretisterona (anticonceptivo)</i>	3	
<i>acetato de noretisterona</i>	3	
<i>acetato de noretisterona-etinilestradiol, comprimidos orales, 0.5-2.5 mg-mcg</i>	3	
PREMARIN INYECTABLE	4	
PREMARIN ORAL	3	
PREMARIN VAGINAL	3	
<i>progesterona micronizada</i>	3	
<i>sharobel</i>	3	
<i>yuvaferm</i>	4	
PRODUCTOS OBSTÉTRICOS/GINECOLÓGICOS VARIOS		
<i>fosfato de clindamicina vaginal</i>	3	
<i>metronidazol vaginal</i>	3	

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

Cursiva minúscula = Medicamento genérico

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 6.

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>terconazol</i>	3	
<i>ácido tranexámico oral</i>	3	
<i>vandazol</i>	3	
ANTICONCEPTIVOS ORALES/AGENTES RELACIONADOS		
<i>afirmelle</i>	3	
<i>altavera (28)</i>	3	
<i>alyacen 1/35 (28)</i>	3	
<i>alyacen 7/7/7 (28)</i>	3	
<i>amethia</i>	3	
<i>amethyst (28)</i>	3	
<i>apri</i>	3	
<i>aranelle (28)</i>	3	
<i>ashlyna</i>	3	
<i>aubra</i>	3	
<i>aubra eq</i>	3	
<i>aurovela 1.5/30 (21)</i>	3	
<i>aurovela 1/20 (21)</i>	3	
<i>aurovela 24 fe</i>	3	
<i>aurovela fe 1.5/30 (28)</i>	3	
<i>aurovela fe 1-20 (28)</i>	3	
<i>aviane</i>	3	
<i>ayuna</i>	3	
<i>azurette (28)</i>	3	
<i>balziva (28)</i>	3	
<i>blisovi 24 fe</i>	3	
<i>blisovi fe 1.5/30 (28)</i>	3	
<i>blisovi fe 1/20 (28)</i>	3	
<i>briellyn</i>	3	
<i>camrese</i>	3	
<i>camrese lo</i>	3	
<i>charlotte 24 fe</i>	3	
<i>chateal (28)</i>	3	
<i>chateal eq (28)</i>	3	
<i>cryselle (28)</i>	3	
<i>cyred</i>	3	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>cyred eq</i>	3	
<i>dasetta 1/35 (28)</i>	3	
<i>dasetta 7/7/7 (28)</i>	3	
<i>daysee</i>	3	
<i>desog-e.estradiol/e.estradiol</i>	3	
<i>desogestrel-etinilestradiol</i>	3	
<i>dolishale</i>	3	
<i>drospirenona-e.estradiol-lm.fa</i>	3	
<i>drospirenona-etinilestradiol</i>	3	
<i>elinest</i>	3	
<i>ELLA</i>	3	
<i>emoquette</i>	3	
<i>enpresse</i>	3	
<i>enskyce</i>	3	
<i>estarylla</i>	3	
<i>etiodiol diac-etinilestradiol</i>	3	
<i>falmina (28)</i>	3	
<i>feminor</i>	3	
<i>finzala</i>	3	
<i>gemmily</i>	3	
<i>hailey</i>	3	
<i>hailey 24 fe</i>	3	
<i>hailey fe 1.5/30 (28)</i>	3	
<i>hailey fe 1/20 (28)</i>	3	
<i>ICLEVIA</i>	3	
<i>introvale</i>	3	
<i>isibloom</i>	3	
<i>jaimiess</i>	3	
<i>jasmiel (28)</i>	3	
<i>jolessa</i>	3	
<i>juleber</i>	3	
<i>junel 1.5/30 (21)</i>	3	
<i>junel 1/20 (21)</i>	3	
<i>junel fe 1.5/30 (28)</i>	3	
<i>junel fe 1/20 (28)</i>	3	
<i>junel fe 24</i>	3	

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

Cursiva minúscula = Medicamento genérico

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 6.

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>kaitlib fe</i>	3	
<i>kalliga</i>	3	
<i>kariva (28)</i>	3	
<i>kelnor 1/35 (28)</i>	3	
<i>kelnor 1-50 (28)</i>	3	
<i>kurvelo (28)</i>	3	
<i>l norgest/e.estradiol-e.estradiol</i>	3	
<i>larin 1.5/30 (21)</i>	3	
<i>larin 1/20 (21)</i>	3	
<i>larin 24 fe</i>	3	
<i>larin fe 1.5/30 (28)</i>	3	
<i>larin fe 1/20 (28)</i>	3	
<i>layolis fe</i>	3	
<i>leena 28</i>	3	
<i>lessina</i>	3	
<i>levonest (28)</i>	3	
<i>levonorgestrel-etinilestradiol</i>	3	
<i>levonorg-etinilestradiol trifásico</i>	3	
<i>levora-28</i>	3	
<i>lojaimiess</i>	3	
<i>loryna (28)</i>	3	
<i>low-ogestrel (28)</i>	3	
<i>lo-zumandimine (28)</i>	3	
<i>luter (28)</i>	3	
<i>marlissa (28)</i>	3	
<i>merzee</i>	3	
<i>microgestin 1.5/30 (21)</i>	3	
<i>microgestin 1/20 (21)</i>	3	
<i>microgestin fe 1.5/30 (28)</i>	3	
<i>microgestin fe 1/20 (28)</i>	3	
<i>mili</i>	3	
<i>mono-linyah</i>	3	
<i>necon 0.5/35 (28)</i>	3	
<i>nikki (28)</i>	3	
<i>noret.-etinilestradiol/hierro</i>	3	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>noretisterona ac-etinilestradiol, comprimidos orales, 1-20 mg-mcg, 1.5-30 mg-mcg</i>	3	
<i>noretisterona-etinilestradiol-hierro</i>	3	
<i>norgestimato-etinilestradiol</i>	3	
<i>nortrel 0.5/35 (28)</i>	3	
<i>nortrel 1/35 (21)</i>	3	
<i>nortrel 1/35 (28)</i>	3	
<i>nortrel 7/7/7 (28)</i>	3	
<i>nylia 1/35 (28)</i>	3	
<i>nylia 7/7/7 (28)</i>	3	
<i>nymyo</i>	3	
<i>ocella</i>	3	
<i>philith</i>	3	
<i>pimtrea (28)</i>	3	
PIRMELLA, COMPRIMIDOS ORALES, 0.5/0.75/1 MG-35 MCG	3	
<i>pirmella, comprimidos orales, 1-35 mg-mcg</i>	3	
<i>portia 28</i>	3	
<i>reclipsen (28)</i>	3	
<i>rivelsa</i>	3	
<i>setlakin</i>	3	
<i>simliya (28)</i>	3	
<i>simpesse</i>	3	
<i>sprintec (28)</i>	3	
<i>sronyx</i>	3	
<i>syeda</i>	3	
<i>tarina 24 fe</i>	3	
<i>tarina fe 1/20 (28)</i>	3	
<i>tarina fe 1-20 eq (28)</i>	3	
TAYSOFY	3	
<i>tilia fe</i>	3	
<i>tri femynor</i>	3	
<i>tri-estarylla</i>	3	

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

Cursiva minúscula = Medicamento genérico

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 6.

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>tri-legest fe</i>	3	
<i>tri-lynyah</i>	3	
<i>tri-lo-estarylla</i>	3	
<i>tri-lo-marzia</i>	3	
<i>tri-lo-mili</i>	3	
<i>tri-lo-sprintec</i>	3	
<i>tri-mili</i>	3	
<i>tri-nymyo</i>	3	
<i>tri-sprintec (28)</i>	3	
<i>trivora (28)</i>	3	
<i>tri-vylibra</i>	3	
<i>tri-vylibra lo</i>	3	
<i>tyblume</i>	3	
<i>tydemy</i>	3	
<i>velivet, régimen trifásico (28)</i>	3	
<i>vestura (28)</i>	3	
<i>vienva</i>	3	
<i>violele (28)</i>	3	
<i>volnea (28)</i>	3	
<i>vyfemla (28)</i>	3	
<i>vylibra</i>	3	
<i>wera (28)</i>	3	
<i>wymzya fe</i>	3	
<i>zovia 1-35 (28)</i>	3	
<i>zumandimine (28)</i>	3	
OFTALMOLOGÍA		
ANTIBIÓTICOS		
<i>ak-poly-bac</i>	2	
AZASITE	3	
<i>bacitracina oftálmica (ojos)</i>	2	
<i>bacitracina-polimixina b</i>	2	
BESIVANCE	4	
CILOXAN, POMADA OFTÁLMICA (OJOS)	3	
<i>clorhidrato de ciprofloxacina oftálmico (ojos)</i>	2	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>eritromicina oftálmica (ojos)</i>	2	
<i>gentak, pomada oftálmica (ojos)</i>	2	
<i>gentamicina, gotas oftálmicas (ojos)</i>	2	
<i>moxifloxacina oftálmica (ojos)</i>	3	
NATACYN	3	
<i>neomicina-bacitracina-polimixina</i>	2	
<i>neomicina-polimixina-gramicidina</i>	2	
<i>neo-polycin</i>	2	
<i>ofloxacina oftálmica (ojos)</i>	2	
<i>polycin</i>	2	
<i>polimixina b sulfato de trimetoprima</i>	2	
<i>tobramicina oftálmica (ojos)</i>	2	
TOBREX, POMADA OFTÁLMICA (OJOS)	4	
ANTIVÍRICOS		
<i>trifluridina</i>	3	
ZIRGAN	3	
BETABLOQUEANTES		
<i>carteolol</i>	2	
<i>levobunolol, gotas oftálmicas (ojos), 0.5%</i>	1	
<i>maleato de timolol, gotas oftálmicas (ojos)</i>	1	
TIMOLOL MALEATE, SOLUCIÓN GELIFICANTE OFTÁLMICA (OJOS)	4	
PRODUCTOS OFTALMOLÓGICOS VARIOS		
<i>atropina, gotas oftálmicas (ojos)</i>	3	
<i>azelastina oftálmica (ojos)</i>	2	
<i>cromoglicato oftálmico (ojos)</i>	2	
CYSTARAN	5	PA; NDS
<i>epinastina</i>	3	

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

Cursiva minúscula = Medicamento genérico

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 6.

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
EYLEA	5	PA; NDS
LACRISERT	4	
<i>olopatadina oftálmica (ojos)</i>	3	
OXERVATE	5	PA; QL (112/56); NDS
PHOSPHOLINE IODIDE	4	
<i>clorhidrato de pilocarpina, gotas oftálmicas (ojos), 1%, 2%, 4%</i>	3	
RESTASIS	3	QL (60/30)
RESTASIS MULTIDOSIS	3	QL (11/30)
<i>sulfacetamida sódica, gotas oftálmicas (ojos)</i>	2	
<i>sulfacetamida-prednisolona</i>	2	
XIIDRA	3	QL (60/30)
AGENTES ANTIINFLAMATORIOS NO ESTEROIDEOS		
<i>bromfenaco</i>	4	
<i>diclofenaco sódico oftálmico (ojos)</i>	2	
<i>flurbiprofeno sódico</i>	2	
<i>ketorolaco oftálmico (ojos)</i>	2	
PROLENSA	3	
MEDICAMENTOS ORALES PARA EL GLAUCOMA		
<i>acetazolamida</i>	3	
<i>acetazolamida sódica</i>	4	
<i>metazolamida</i>	4	
OTROS MEDICAMENTOS PARA EL GLAUCOMA		
<i>bimatoprost oftálmico (ojos)</i>	2	
<i>brinzolamida</i>	4	
COMBIGAN	3	
<i>dorzolamida</i>	2	
<i>dorzolamida-timolol</i>	2	
<i>latanoprost</i>	1	
LUMIGAN, GOTAS OFTÁLMICAS (OJOS), 0.01%	3	
RHOPRESSA	4	ST
ROCKLATAN	4	ST

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
SIMBRINZA	4	
<i>travoprost</i>	3	
COMBINACIONES DE ESTEROIDES-ANTIBIÓTICOS		
<i>neomicina-bacitracina-polimixina-hc</i>	3	
<i>neomicina-polimixina b-dexametasona</i>	2	
<i>neomicina-polimixina-hc oftálmica (ojos)</i>	2	
<i>neo-polycin hc</i>	3	
TOBRADEX ST	3	
<i>tobramicina-dexametasona</i>	3	
ZYLET	3	
ESTEROIDES		
<i>fosfato sódico de dexametasona oftálmico (ojos)</i>	2	
<i>difluprednato</i>	3	
DUREZOL	3	
EYSUVIS	3	QL (20/30)
<i>fluorometolona</i>	3	
INVELTYS	3	
LOTEMAX	4	
LOTEMAX SM	4	
<i>etabonato de loteprednol, gotas oftálmicas (ojos), suspensión</i>	4	
<i>acetato de prednisolona</i>	3	
<i>fosfato sódico de prednisolona oftálmico (ojos)</i>	2	
AGENTES SIMPATICOMIMÉTICOS		
ALPHAGAN P, GOTAS OFTÁLMICAS (OJOS), 0.1%	3	
<i>apraclonidina</i>	3	
<i>brimonidina, gotas oftálmicas (ojos), 0.15%</i>	3	
<i>brimonidina, gotas oftálmicas (ojos), 0.2%</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 6.

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
SISTEMA RESPIRATORIO Y ALERGIA		
AGENTES ANTIHISTAMÍNICOS/ANTIALÉRGICOS		
<i>desloratadina, comprimidos orales</i>	2	QL (30/30)
<i>clorhidrato de difenhidramina, solución inyectable, 50 mg/ml</i>	4	
<i>epinefrina, autoinyector para inyección</i>	2	QL (2/30)
<i>epinefrina, solución inyectable, 1 mg/ml</i>	4	
<i>clorhidrato de hidroxizina, comprimidos orales</i>	3	PA
<i>levocetirizina, solución oral</i>	4	
<i>levocetirizina, comprimidos orales</i>	2	QL (30/30)
<i>prometazina oral</i>	2	PA
<i>prometazina, supositorio rectal, 12.5 mg, 25 mg</i>	4	
<i>promethegan, supositorio rectal, 25 mg, 50 mg</i>	4	
AGENTES PULMONARES		
<i>acetilcisteína</i>	3	B/D PA
ADEMPAS	5	PA; LA; QL (90/30); NDS
ADVAIR HFA	3	QL (12/30)
<i>sulfato de albuterol para inhalar, inhalador en aerosol de hfa, 90 mcg/activación</i>	4	QL (17/30)
ALBUTEROL SULFATE INHALATION, INHALADOR EN AEROSOL DE HFA, 90 MCG/ ACTIVACIÓN (NDA020503)	4	QL (13.4/30)
<i>sulfato de albuterol para inhalar, inhalador en aerosol de hfa, 90 mcg/activación (NDA020983)</i>	4	QL (36/30)
<i>sulfato de albuterol para inhalar, solución para nebulización</i>	2	B/D PA
<i>sulfato de albuterol, jarabe oral</i>	2	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>sulfato de albuterol, comprimidos orales</i>	4	
<i>sulfato de albuterol, comprimidos orales, liberación prolongada, 12 horas</i>	4	
<i>alyq</i>	4	PA; QL (60/30)
<i>ambrisentán</i>	5	PA; LA; QL (30/30); NDS
ANORO ELLIPTA	3	QL (60/30)
<i>arformoterol</i>	4	B/D PA
ARNUIITY ELLIPTA	3	QL (30/30)
ATROVENT HFA	4	QL (25.8/30)
<i>bosentán</i>	5	PA; LA; NDS
BREO ELLIPTA	3	QL (60/30)
BROVANA	4	B/D PA
<i>budesonida, suspensión para inhalación para nebulización, 0.25 mg/2 ml, 0.5 mg/2 ml</i>	4	B/D PA; QL (120/30)
<i>budesonida, suspensión para inhalación para nebulización, 1 mg/2 ml</i>	4	B/D PA; QL (60/30)
COMBIVENT RESPIMAT	3	QL (8/30)
<i>cromoglicato para inhalar</i>	2	B/D PA
DALIRESP	4	PA; QL (30/30)
ESBRIET, CÁPSULAS ORALES	5	PA; QL (270/30); NDS
ESBRIET, COMPRIMIDOS ORALES, 267 MG	5	PA; QL (270/30); NDS
ESBRIET, COMPRIMIDOS ORALES, 801 MG	5	PA; QL (90/30); NDS
FLOVENT DISKUS PARA INHALAR, BLÍSTER CON DISPOSITIVO, 100 MCG/ ACTIVACIÓN, 50 MCG/ ACTIVACIÓN	3	QL (60/30)
FLOVENT DISKUS PARA INHALAR, BLÍSTER CON DISPOSITIVO, 250 MCG/ ACTIVACIÓN	3	QL (240/30)

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 6.

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
FLOVENT HFA INHALATION, INHALADOR EN AEROSOL DE HFA, 110 MCG/ ACTIVACIÓN	3	QL (12/30)
FLOVENT HFA INHALATION, INHALADOR EN AEROSOL DE HFA, 220 MCG/ ACTIVACIÓN	3	QL (24/30)
FLOVENT HFA INHALATION, INHALADOR EN AEROSOL DE HFA, 44 MCG/ ACTIVACIÓN	3	QL (10.6/30)
<i>flunisolida</i>	3	QL (50/30)
<i>propionato de fluticasona nasal</i>	2	QL (16/30)
<i>propionato de fluticasona-salmeterol para inhalación, blister con dispositivo</i>	2	QL (60/30)
<i>fumarato de formoterol</i>	3	B/D PA; QL (120/30)
HAEGARDA	5	PA; LA; NDS
<i>icatibanto</i>	5	PA; QL (18/30); NDS
INCRUSE ELLIPTA	3	QL (30/30)
<i>bromuro de ipratropio para inhalar</i>	2	B/D PA
<i>ipratropio-albuterol</i>	2	B/D PA
KALYDECO, PAQUETE DE GRÁNULOS ORALES	5	PA; QL (56/28); NDS
KALYDECO, COMPRIMIDOS ORALES	5	PA; QL (60/30); NDS
<i>clorhidrato de levalbuterol</i>	4	B/D PA
<i>metaproterenol, jarabe oral</i>	3	
<i>mometasona nasal</i>	3	QL (34/30)
<i>montelukast, paquete de gránulos orales</i>	3	QL (30/30)
<i>montelukast, comprimidos orales</i>	2	QL (30/30)
<i>montelukast, comprimidos orales masticables</i>	2	QL (30/30)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
NUCALA, AUTOINYECTOR, VÍA SUBCUTÁNEA	5	PA; QL (3/28); NDS
NUCALA, JERINGA SUBCUTÁNEA, 100 MG/ML	5	PA; QL (3/28); NDS
NUCALA, JERINGA SUBCUTÁNEA, 40 MG/0.4 ML	5	PA; LA; QL (0.4/28); NDS
OFEV	5	PA; QL (60/30); NDS
OPSUMIT	5	PA; LA; NDS
ORKAMBI, PAQUETE DE GRÁNULOS ORALES	5	PA; QL (56/28); NDS
ORKAMBI, COMPRIMIDOS ORALES	5	PA; QL (112/28); NDS
PERFOROMIST	3	B/D PA; QL (120/30)
<i>pirfenidona, comprimidos orales, 267 mg</i>	5	PA; QL (270/30); NDS
PIRFENIDONE, COMPRIMIDOS ORALES, 534 MG	5	PA; QL (90/30); NDS
<i>pirfenidona, comprimidos orales, 801 mg</i>	5	PA; QL (90/30); NDS
PULMICORT, SUSPENSIÓN PARA INHALACIÓN PARA NEBULIZACIÓN, 0.25 MG/2 ML, 0.5 MG/2 ML	4	B/D PA; QL (120/30)
PULMICORT, SUSPENSIÓN PARA INHALACIÓN PARA NEBULIZACIÓN, 1 MG/2 ML	4	B/D PA; QL (60/30)
PULMOZYME	5	B/D PA; QL (150/30); NDS
<i>sajazir</i>	5	PA; QL (18/30); NDS
SEREVENT DISKUS	3	QL (60/30)
<i>sildenafil (hipertensión pulmonar), comprimidos orales</i>	3	PA; QL (90/30)
SYMDEKO	5	PA; QL (56/28); NDS
<i>tadalafil (hipertensión pulmonar)</i>	4	PA; QL (60/30)

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

Cursiva minúscula = Medicamento genérico

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 6.

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
TADLIQ	5	PA; QL (300/30); NDS
<i>terbutalina</i>	4	
THEO-24	4	
<i>teofilina, comprimidos orales, liberación prolongada, 12 horas, 300 mg, 450 mg</i>	3	
<i>teofilina, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas</i>	3	
TRELEGY ELLIPTA	3	QL (60/30)
TRIKAFTA, COMPRIMIDOS ORALES, TERAPIA SECUENCIAL, 100-50-75 MG (D)/150 MG (N)	5	PA; QL (84/28); NDS
TRIKAFTA, COMPRIMIDOS ORALES, TERAPIA SECUENCIAL, 50-25-37.5 MG (D)/75 MG (N)	5	PA; NDS
VENTAVIS	5	PA; NDS
VENTOLIN HFA	3	QL (36/30)
<i>wixela inhub</i>	2	QL (60/30)
XHANCE	4	ST; QL (32/30)
XOLAIR, SOL. PARA RECONST. SUBCUTÁNEA	5	PA; LA; QL (8/28); NDS
XOLAIR, JERINGA SUBCUTÁNEA, 150 MG/ML	5	PA; LA; QL (8/28); NDS
XOLAIR, JERINGA SUBCUTÁNEA, 75 MG/0.5 ML	5	PA; LA; QL (1/28); NDS
XOPENEX	4	B/D PA
XOPENEX CONCENTRADO	4	B/D PA
YUPELRI	4	B/D PA; QL (90/30)
<i>zafirlukast</i>	3	QL (60/30)

UROLÓGICOS

ANTICOLINÉRGICOS/ANTIESPASMÓDICOS

<i>darifenacina</i>	4	
<i>flavoxato</i>	2	
GEMTESA	4	QL (30/30)

MYRBETRIQ, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA, 24 HORAS	3	
<i>cloruro de oxibutinina, jarabe oral</i>	2	
<i>cloruro de oxibutinina, comprimidos orales</i>	2	
<i>cloruro de oxibutinina, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas</i>	3	QL (60/30)
<i>solifenacina</i>	2	
<i>tolterodina</i>	4	
TOVIAZ	3	QL (30/30)

ANTICOLINÉRGICOS/ANTIESPASMÓDICOS

<i>fesoterodina</i>	3	QL (30/30)
---------------------	---	------------

TRATAMIENTO DE LA HIPERPLASIA PROSTÁTICA BENIGNA (HPB)

<i>alfuzosina</i>	2	
<i>dutasterida</i>	2	
<i>dutasterida-tamsulosina</i>	4	
<i>finasterida, comprimidos orales, 5 mg</i>	2	QL (30/30)
<i>tamsulosina</i>	2	QL (60/30)

AGENTES UROLÓGICOS VARIOS

<i>cloruro de betanecol</i>	2	
CYSTAGON	4	LA
ELMIRON	4	
K-PHOS ORIGINAL	4	
<i>citrato de potasio, comprimidos orales, liberación prolongada</i>	4	
RENACIDIN	4	

VITAMINAS, HEMATÍNICOS/ELECTROLITOS

ELECTROLITOS

<i>acetato de calcio (aglutinante de fosfato)</i>	3	
<i>klor-con</i>	2	
KLOR-CON 10	3	

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 6.

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
KLOR-CON 8	3	
<i>klor-con m10</i>	2	
<i>klor-con m15</i>	2	
<i>klor-con m20</i>	2	
<i>solución de lactato sódico compuesta intravenosa</i>	4	
<i>sulfato de magnesio en d5w, infusión secundaria intravenosa, 1 gramo/100 ml</i>	4	
<i>sulfato de magnesio en agua</i>	4	
<i>sulfato de magnesio inyectable</i>	4	
POTASSIUM CHLORID-D5-0.45% NACL, SOLUCIÓN PARENTERAL INTRAVENOSA, 10 MEQ/L, 20 MEQ/L, 40 MEQ/L	4	
<i>cloruro de potasio en d5-nacl al 0.45%, solución parenteral intravenosa, 30 meq/l</i>	4	
<i>cloruro de potasio en nacl al 0.9%, solución parenteral intravenosa, 20 meq/l, 40 meq/l</i>	4	
<i>cloruro de potasio en dext. al 5%, solución parenteral intravenosa, 20 meq/l</i>	4	
<i>cloruro de potasio en lr-d5, solución parenteral intravenosa, 20 meq/l</i>	4	
<i>cloruro de potasio en agua, infusión secundaria intravenosa, 10 meq/100 ml, 10 meq/50 ml, 20 meq/100 ml, 20 meq/50 ml, 40 meq/100 ml</i>	4	
<i>cloruro de potasio intravenoso</i>	4	
<i>cloruro de potasio, cápsulas orales, liberación prolongada</i>	2	
<i>cloruro de potasio, líquido oral</i>	4	
<i>cloruro de potasio, paquete oral</i>	2	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>cloruro de potasio, comprimidos orales, liberación prolongada</i>	2	
<i>cloruro de potasio, comprimidos orales, liberación prolongada, partículas/cristales</i>	2	
<i>cloruro de potasio-nacl al 0.45%</i>	4	
POTASSIUM CHLORIDE-D5-0.2% NACL, SOLUCIÓN PARENTERAL INTRAVENOSA, 20 MEQ/L	4	
POTASSIUM CHLORIDE-D5-0.9% NACL	4	
<i>solución de lactato sódico compuesta intravenosa</i>	4	
<i>bicarbonato de sodio, jeringa intravenosa</i>	4	
<i>cloruro de sodio al 0.45%, solución parenteral intravenosa</i>	4	
<i>cloruro de sodio hipertónico al 3%</i>	4	
<i>cloruro de sodio hipertónico al 5%</i>	4	
<i>cloruro de sodio intravenoso</i>	4	
TPN ELECTROLYTES	4	B/D PA
PRODUCTOS NUTRICIONALES VARIOS		
AMINOSYN II 15%	4	B/D PA
AMINOSYN-PF 7% (SIN SULFITOS)	4	B/D PA
CLINIMIX 5%/D15W, SIN SULFITOS	4	B/D PA
CLINIMIX 4.25%/D10W, SIN SULFITOS	4	B/D PA
CLINIMIX 5%-D20W (SIN SULFITOS)	4	B/D PA
CLINIMIX 6%-D5W (SIN SULFITOS)	4	B/D PA
CLINIMIX 8%-D10W (SIN SULFITOS)	4	B/D PA

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 6.

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
CLINIMIX 8%-D14W (SIN SULFITOS)	4	B/D PA
CLINIMIX E 4.25%/D10W, SIN SULFITOS	4	B/D PA
CLINISOL SF 15%	4	B/D PA
<i>electrolitos-48 en d5w</i>	4	
INTRALIPID, EMULSIÓN INTRAVENOSA, 20%, 30%	4	B/D PA
KABIVEN	4	B/D PA
NUTRILIPID	4	B/D PA
PERIKABIVEN	4	B/D PA
PLENAMINE	4	B/D PA
PREMASOL 10%	4	B/D PA
PROCALAMINE 3%	4	B/D PA
PROSOL 20%	4	B/D PA
TRAVASOL 10%	4	B/D PA
TROPHAMINE 10%	4	B/D PA
VITAMINAS/HEMATÍNICOS		
BAL-CARE DHA	3	
C-NATE DHA	3	
COMPLETE NATAL DHA	3	
ELITE-OB	3	
<i>fluoruro (de sodio), comprimidos orales</i>	1	
<i>fluoruro (de sodio), comprimidos orales masticables, 1 mg (2.2 mg de fluoruro de sodio)</i>	1	
FOLIVANE-OB	3	
<i>fluoruro Ludent, comprimidos orales masticables, 1 mg (2.2 mg de fluoruro de sodio)</i>	1	
M-NATAL PLUS	3	
PNV-DHA	3	
PNV-OMEGA	3	
PNV-SELECT	3	
PR NATAL 400	3	
PR NATAL 400 EC	3	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	DRUG TIER	REQUIREMENTS/ LIMITS
PR NATAL 430	3	
PR NATAL 430 EC	3	
<i>prenatal plus (carbonato de calcio)</i>	3	
PRENATAL VITAMIN PLUS LOW IRON	3	
SE-NATAL 19, MASTICABLE	3	
SE-NATAL-19	3	
TARON-C DHA	3	
TRINATAL RX 1	3	
VIRT-NATE DHA	3	
VIRT-PN DHA	3	
<i>westab plus</i>	2	
<i>westgel dha</i>	2	
ZATEAN-PN DHA	3	
ZATEAN-PN PLUS	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 6.

Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
A			
ABACAVIR, COMPRIMIDOS ORALES	8	ACETÓNIDO DE TRIAMCINOLONA, POMADA TÓPICA	42
ABACAVIR-LAMIVUDINA	8	ACETÓNIDO DE TRIAMCINOLONA, SUSPENSIÓN INYECTABLE, 40 MG/ML	45
ABACAVIR, SOLUCIÓN ORAL	8	ACICLOVIR, CÁPSULAS ORALES	8
ABELCET	8	ACICLOVIR, COMPRIMIDOS ORALES	8
ABILIFY MAINTENA	29	ACICLOVIR, POMADA TÓPICA	41
ABIRATERONA, COMPRIMIDOS ORALES, 250 MG	15	ACICLOVIR SÓDICO, SOLUCIÓN INTRAVENOSA	8
ABIRATERONE, COMPRIMIDOS ORALES, 500 MG	15	ACICLOVIR, SUSPENSIÓN ORAL, 200 MG/5 ML	8
ABRAXANE	15	ÁCIDO ACÉTICO ÓTICO (OÍDO)	44
ACAMPROSATO	42	ÁCIDO AMINOCAPROICO ORAL	37
ACARBOSA, COMPRIMIDOS ORALES, 25 MG	45	ÁCIDO CARGLÚMICO	42
ACARBOSA, COMPRIMIDOS ORALES, 50 MG	45	ÁCIDO FENOFÍBRICO (COLINA)	38
ACARBOSA, COMPRIMIDOS ORALES, 100 MG	45	ÁCIDO TRANEXÁMICO ORAL	55
ACEBUTOLOL	35	ÁCIDO VALPROICO	24
ACETAMINOFENO-CODEÍNA, COMPRIMIDOS ORALES, 300-15 MG, 300-30 MG	27	ÁCIDO VALPROICO (COMO SAL SÓDICA)	25
ACETAMINOFENO-CODEÍNA, COMPRIMIDOS ORALES, 300-60 MG	27	ÁCIDO ZOLEDRÓNICO-MANITOL-AGUA, INFUSIÓN SECUNDARIA INTRAVENOSA, 4 MG/100 ML	49
ACETAMINOFENO-CODEÍNA, SOLUCIÓN ORAL	27	ÁCIDO ZOLEDRÓNICO-MANITOL-NACL AL 0.9%	49
ACETATO DE CALCIO (AGLUTINANTE DE FOSFATO) ..	61	ÁCIDO ZOLEDRÓNICO, SOLUCIÓN INTRAVENOSA ..	49
ACETATO DE METILPREDNISOLONA	44	ACITRETINA	39
ACETATO DE NORETISTERONA	54	ACTHIB (PF)	52
ACETATO DE NORETISTERONA-ETINILESTRADIOL, COMPRIMIDOS ORALES, 0.5-2.5 MG-MCG	54	ACTIMMUNE	51
ACETATO DE OCTREOTIDA, JERINGA INYECTABLE ..	20	ADACEL (TDAP ADOLESC./ADULTOS) (PF)	52
ACETATO DE OCTREOTIDA, SOLUCIÓN INYECTABLE, 1,000 MCG/ML, 100 MCG/ML, 200 MCG/ML, 50 MCG/ML	20	ADCETRIS	15
ACETATO DE OCTREOTIDA, SOLUCIÓN I NYECTABLE, 500 MCG/ML	20	ADEFOVIR	8
ACETATO DE PREDNISOLONA	58	ADEMPAS	59
ACETAZOLAMIDA	58	ADLARITY	26
ACETAZOLAMIDA SÓDICA	58	ADVAIR HFA	59
ACETILCISTEÍNA	59	AFINITOR, COMPRIMIDOS ORALES, 10 MG	16
ACETÓNIDO DE FLUOCINOLONA, ACEITE	44	AFINITOR DISPERZ, COMPRIMIDOS ORALES PARA SUSPENSIÓN, 2 MG	15
ACETÓNIDO DE TRIAMCINOLONA, CREMA TÓPICA, 0.1%	42	AFINITOR DISPERZ, COMPRIMIDOS ORALES PARA SUSPENSIÓN, 3 MG, 5 MG	15
ACETÓNIDO DE TRIAMCINOLONA, CREMA TÓPICA, 0.025%, 0.5%	42	AFIRMELLE	55
ACETÓNIDO DE TRIAMCINOLONA, LOCIÓN TÓPICA ..	42	AGUA PARA IRRIGACIÓN, ESTÉRIL	43
ACETÓNIDO DE TRIAMCINOLONA, PASTA DENTAL ..	44	AGUJA PARA LAPICERA, AGUJA PARA DIABETES, CALIBRE 29 X 1/2"	47
		AIMOVIG, AUTOINYECTOR	26
		AJOVY, AUTOINYECTOR	26
		AJOVY, JERINGA	26

Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
AK-POLY-BAC	57	AMIKACINA, SOLUCIÓN INYECTABLE, 1,000 MG/4 ML, 500 MG/2 ML	12
ALA-CORT, CREMA TÓPICA, 1%	41	AMILORIDA.....	35
ALBENDAZOL	12	AMILORIDA-HIDROCLOROTIAZIDA	35
ALBUTEROL SULFATE INHALATION, INHALADOR EN AEROSOL DE HFA, 90 MCG/ACTIVACIÓN (NDA020503)	59	AMINOSYN II 15%	62
ALCLOMETASONA	41	AMINOSYN-PF 7% (SIN SULFITOS)	62
ALDURAZYME.....	48	AMIODARONA ORAL	35
ALECENSA	16	AMIODARONA, SOLUCIÓN INTRAVENOSA	35
ALENDRONATO, COMPRIMIDOS ORALES, 10 MG, 5 MG.....	53	AMITRIPTILINA	29
ALENDRONATO, COMPRIMIDOS ORALES, 35 MG, 70 MG	53	AMLODIPINA	35
ALFUZOSINA	61	AMLODIPINA-ATORVASTATINA	35
ALIMTA	16	AMLODIPINA-BENAZEPRIL	35
ALIQOPA	16	AMLODIPINA-OLMESARTÁN.....	35
ALISKIRENO.....	35	AMLODIPINA-VALSARTÁN	35
ALOPURINOL, COMPRIMIDOS ORALES, 100 MG, 300 MG	53	AMLODIPINA-VALSARTÁN-HIDROCLOROTIAZIDA	35
ALOSETRÓN, COMPRIMIDOS ORALES, 0.5 MG.....	50	AMNESTEEM	40
ALOSETRÓN, COMPRIMIDOS ORALES, 1 MG	50	AMOXAPINA.....	29
ALPHAGAN P, GOTAS OFTÁLMICAS (OJOS), 0.1%.....	58	AMOXICILINA, CÁPSULAS ORALES.....	14
ALPRAZOLAM, COMPRIMIDOS DE DESINTEGRACIÓN ORAL, 0.25 MG, 0.5 MG, 1 MG	29	AMOXICILINA-CLAVULANATO DE POT., COMPRIMIDOS ORALES	14
ALPRAZOLAM, COMPRIMIDOS DE DESINTEGRACIÓN ORAL, 2 MG	29	AMOXICILINA-CLAVULANATO DE POT., COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA, 12 HORAS	14
ALPRAZOLAM, COMPRIMIDOS ORALES, 0.25 MG, 0.5 MG, 1 MG	29	AMOXICILINA-CLAVULANATO DE POT., COMPRIMIDOS ORALES MASTICABLES.....	14
ALPRAZOLAM, COMPRIMIDOS ORALES, 2 MG	29	AMOXICILINA-CLAVULANATO DE POT., SUSPENSIÓN ORAL PARA RECONSTITUCIÓN.....	14
ALTAVERA (28)	55	AMOXICILINA, COMPRIMIDOS ORALES	14
ALUNBRIG, COMPRIMIDOS ORALES, 30 MG.....	16	AMOXICILINA, COMPRIMIDOS ORALES MASTICABLES, 125 MG, 250 MG.....	14
ALUNBRIG, COMPRIMIDOS ORALES, 180 MG, 90 MG ..	16	AMOXICILINA, SUSPENSIÓN ORAL PARA RECONSTITUCIÓN	14
ALUNBRIG, COMPRIMIDOS ORALES, PAQUETE DOSIFICADO	16	AMPICILINA, CÁPSULAS ORALES, 500 MG	14
ALYACEN 1/35 (28).....	55	AMPICILINA SÓDICA INTRAVENOSA.....	14
ALYACEN 7/7/7 (28).....	55	AMPICILINA SÓDICA, SOL. PARA RECONST. INYECT., 1 GRAMO, 10 GRAMOS, 2 GRAMOS, 250 MG, 500 MG	14
ALYQ.....	59	AMPICILINA SÓDICA, SOL. PARA RECONST. INYECT., 125 MG	14
AMBISOME	8	AMPICILINA-SULBACTAM.....	14
AMBRISENTÁN	59	ANAGRELIDA.....	42
AMETHIA.....	55	ANASTROZOL.....	16
AMETHYST (28)	55		

Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
ANFOTERICINA B.....	8	ASHLYNA.....	55
ANFOTERICINA B LIPOSOMAL	8	ASPIRINA-DIPIRIDAMOL.....	37
ANORO ELLIPTA.....	59	ASSURE ID, JERINGA DE SEGURIDAD PARA INSULINA, 1 ML, CALIBRE 29 X 1/2".....	45
APRACLONIDINA.....	58	ATAZANAVIR, CÁPSULAS ORALES, 150 MG, 300 MG....	8
APREPITANT	50	ATAZANAVIR, CÁPSULAS ORALES, 200 MG.....	8
APRETUDE.....	8	ATENOLOL	35
APRI	55	ATENOLOL-CLORTALIDONA.....	35
APTOM, COMPRIMIDOS ORALES, 200 MG	23	ATGAM	52
APTOM, COMPRIMIDOS ORALES, 400 MG	23	ATOMOXETINA, CÁPSULAS ORALES, 10 MG, 18 MG, 25 MG, 40 MG	29
APTOM, COMPRIMIDOS ORALES, 600 MG, 800 MG ...	23	ATOMOXETINA, CÁPSULAS ORALES, 100 MG, 60 MG, 80 MG	29
APTIVUS	8	ATORVASTATINA	38
ARALAST NP, SOL. PARA RECONST. INTRAVENOSA, 1,000 MG	42	ATOVACUONA.....	12
ARALAST NP, SOL. PARA RECONST. INTRAVENOSA, 500 MG	42	ATOVACUONA-PROGUANIL	12
ARANELLE (28).....	55	ATROPINA, GOTAS OFTÁLMICAS (OJOS).....	57
ARCALYST	51	ATROPINA, JERINGA INYECTABLE, 0.05 MG/ML, 0.1 MG/ML.....	49
ARFORMOTEROL	59	ATROPINA, SOLUCIÓN INYECTABLE, 0.4 MG/ML	49
ARIKAYCE.....	12	ATROVENT HFA	59
ARIPIRAZOL, COMPRIMIDOS DE DESINTEGRACIÓN ORAL.....	29	AUBRA	55
ARIPIRAZOL, COMPRIMIDOS ORALES, 10 MG, 15 MG, 2 MG, 5 MG	29	AUBRA EQ	55
ARIPIRAZOL, COMPRIMIDOS ORALES, 20 MG, 30 MG	29	AUGMENTIN, SUSPENSIÓN ORAL PARA RECONSTITUCIÓN, 125-31.25 MG/5 ML.....	14
ARIPIRAZOL, SOLUCIÓN ORAL	29	AUROVELA 1.5/30 (21).....	55
ARISTADA INITIO	29	AUROVELA 1/20 (21).....	55
ARISTADA, SUSPENSIÓN INTRAMUSCULAR, LIBERACIÓN PROLONGADA, JERINGA, 1,064 MG/3.9 ML.....	29	AUROVELA 24 FE.....	55
ARISTADA, SUSPENSIÓN INTRAMUSCULAR, LIBERACIÓN PROLONGADA, JERINGA, 441 MG/1.6 ML.....	29	AUROVELA FE 1.5/30 (28)	55
ARISTADA, SUSPENSIÓN INTRAMUSCULAR, LIBERACIÓN PROLONGADA, JERINGA, 662 MG/2.4 ML.....	29	AUROVELA FE 1-20 (28)	55
ARISTADA, SUSPENSIÓN INTRAMUSCULAR, LIBERACIÓN PROLONGADA, JERINGA, 882 MG/3.2 ML.....	29	AUSTEDO, COMPRIMIDOS ORALES, 6 MG	26
ARMODAFINIL.....	29	AUSTEDO, COMPRIMIDOS ORALES, 12 MG, 9 MG....	26
ARNUITY ELLIPTA.....	59	AVIANE.....	55
ARRANON.....	16	AVITA.....	40
ARZERRA	16	AVONEX, JERINGA INTRAMUSCULAR	51
		AVONEX, KIT DE JERINGA INTRAMUSCULAR.....	51
		AVONEX, KIT DE LAPICERA PARA INYECCIÓN INTRAMUSCULAR.....	51
		AYUNA	55
		AYVAKIT.....	16
		AZACITIDINA	16

Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
AZASAN.....	16	BENAZEPRIL-HIDROCLOROTIAZIDA	35
AZASITE.....	57	BENDEKA	16
AZATIOPRINA, COMPRIMIDOS ORALES, 50 MG	16	BENLYSTA.....	53
AZATIOPRINA, COMPRIMIDOS ORALES, 100 MG, 75 MG	16	BENZATROPINA INYECTABLE	25
AZATIOPRINA SÓDICA.....	16	BENZATROPINA ORAL.....	25
AZELASTINA NASAL.....	44	BESIVANCE	57
AZELASTINA OFTÁLMICA (OJOS).....	57	BESPONSA.....	16
AZITROMICINA, COMPRIMIDOS ORALES.....	11	BESREMI.....	51
AZITROMICINA INTRAVENOSA	11	BETAÍNA	42
AZITROMICINA, PAQUETE ORAL	11	BETAMETASONA, AUMENTADA.....	41
AZITROMICINA, SUSPENSIÓN ORAL PARA RECONSTITUCIÓN	11	BETASERON, KIT PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA... ..	51
AZTREONAM, SOL. PARA RECONST. INYECT., 1 GRAMO.....	12	BETAXOLOL ORAL	35
AZTREONAM, SOL. PARA RECONST. INYECT., 2 GRAMOS	12	BEXAROTENO.....	16
AZURETTE (28).....	55	BEXSERO	52
B		BICALUTAMIDA.....	16
BACITRACINA INTRAMUSCULAR.....	12	BICARBONATO DE SODIO, JERINGA INTRAVENOSA... ..	62
BACITRACINA OFTÁLMICA (OJOS)	57	BICILLIN L-A.....	14
BACITRACINA-POLIMIXINA B	57	BIDIL	35
BACLOFENO, COMPRIMIDOS ORALES, 10 MG, 5 MG ..	27	BIKTARVY	8
BACLOFENO, COMPRIMIDOS ORALES, 20 MG	27	BIMATOPROST OFTÁLMICO (OJOS).....	58
BAL-CARE DHA.....	63	BINOSTO	53
BALSALAZIDA.....	50	BISOPROLOL-HIDROCLOROTIAZIDA.....	35
BALVERSA	16	BLENREP	16
BALZIVA (28)	55	BLEOMICINA	16
BANZEL, SUSPENSIÓN ORAL	23	BLINCYTO, KIT INTRAVENOSO	16
BAQSIMI.....	45	BLISOVI 24 FE.....	55
BARACLUDE, SOLUCIÓN ORAL	8	BLISOVI FE 1.5/30 (28).....	55
BAVENCIO.....	16	BLISOVI FE 1/20 (28).....	55
BCG (PF), VACUNA CON VIRUS VIVOS	52	BOOSTRIX TDAP	52
BD SAFETYGLIDE, JERINGA PARA INSULINA, 1 ML, CALIBRE 31 X 15/64"	45	BORTEZOMIB, INYECTABLE.....	16
BD ULTRA-FINE NANO, AGUJA PARA LAPICERA.....	45	BORTEZOMIB, SOL. PARA RECONST. INTRAVENOSA	16
BD ULTRA-FINE SHORT, AGUJA PARA LAPICERA.....	45	BOSENTÁN.....	59
BELEODAQ.....	16	BOSULIF, COMPRIMIDOS ORALES, 100 MG	16
BELSOMRA.....	29	BOSULIF, COMPRIMIDOS ORALES, 400 MG, 500 MG	16
BENAZEPRIL	35	BOTOX.....	52
		BRAFTOVI, CÁPSULAS ORALES, 75 MG	16
		BREO ELLIPTA	59
		BRIELLYN	55

Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
BRILINTA.....	37	BUSPIRONA.....	30
BRIMONIDINA, GOTAS OFTÁLMICAS (OJOS), 0.2% ...	58	BUSULFAN	16
BRIMONIDINA, GOTAS OFTÁLMICAS (OJOS), 0.15% ...	58	BUTIRATO DE HIDROCORTISONA, CREMA TÓPICA ...	42
BRINZOLAMIDA	58	BUTIRATO DE HIDROCORTISONA-EMOLIENTE.....	42
BRIVIACT, COMPRIMIDOS ORALES.....	23	BUTIRATO DE HIDROCORTISONA, POMADA TÓPICA..	42
BRIVIACT INTRAVENOSO	23	BUTIRATO DE HIDROCORTISONA, SOLUCIÓN	
BRIVIACT, SOLUCIÓN ORAL.....	23	TÓPICA	42
BROMFENACO	58	BUTORFANOL NASAL	28
BROMOCRIPTINA	25	BYDUREON BCISE	45
BROMURO DE IPRATROPIO NASAL	44		
BROMURO DE IPRATROPIO PARA INHALAR.....	60	C	
BROMURO DE PIRIDOSTIGMINA, COMPRIMIDOS		CABENUVA.....	8
ORALES, 60 MG	27	CABERGOLINA.....	48
BROMURO DE PIRIDOSTIGMINA, COMPRIMIDOS		CABOMETYX	16
ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA.....	27	CALCIPOTRIENO, CREMA TÓPICA	39
BROMURO DE PIRIDOSTIGMINA, JARABE ORAL	27	CALCIPOTRIENO, CUERO CABELLUDO	39
BROVANA	59	CALCIPOTRIENO, POMADA TÓPICA.....	39
BRUKINSA	16	CALCITONINA (SALMÓN), INYECCIÓN.....	48
BUDESONIDA, CÁPSULAS ORALES, LIBERACIÓN		CALCITONINA (SALMÓN), NASAL.....	48
RETARDADA Y PROLONGADA.....	50	CALCITRIOL, CÁPSULAS ORALES.....	48
BUDESONIDA, COMPRIMIDOS ORALES,		CALCITRIOL, SOLUCIÓN INTRAVENOSA, 1 MCG/ML... 48	
LIBERACIÓN RETARDADA Y PROLONGADA	50	CALCITRIOL, SOLUCIÓN ORAL.....	48
BUDESONIDA, SUSPENSIÓN PARA INHALACIÓN		CALCITRIOL TÓPICO	39
PARA NEBULIZACIÓN, 0.25 MG/2 ML, 0.5 MG/2 ML....	59	CALQUENCE	16
BUDESONIDA, SUSPENSIÓN PARA INHALACIÓN		CALQUENCE (ACALABRUTINIB MAL).....	16
PARA NEBULIZACIÓN, 1 MG/2 ML.....	59	CAMILA	54
BUMETANIDA INYECTABLE.....	35	CAMRESE.....	55
BUMETANIDA ORAL	35	CAMRESE LO	55
BUPRENORFINA-NALOXONA, COMPRIMIDOS		CANDESARTÁN, COMPRIMIDOS ORALES,	
SUBLINGUALES, 2-0.5 MG.....	28	16 MG, 4 MG, 8 MG	35
BUPRENORFINA-NALOXONA, COMPRIMIDOS		CANDESARTÁN, COMPRIMIDOS ORALES, 32 MG	35
SUBLINGUALES, 8-2 MG.....	28	CANDESARTÁN-HIDROCLOROTIAZIDA.....	35
BUPRENORFINA-NALOXONA, PELÍCULA		CAPASTAT.....	12
SUBLINGUAL, 2-0.5 MG.....	28	CAPLYTA	30
BUPRENORFINA-NALOXONA, PELÍCULA		CAPRELSA, COMPRIMIDOS ORALES, 100 MG	16
SUBLINGUAL, 4-1 MG, 8-2 MG	28	CAPRELSA, COMPRIMIDOS ORALES, 300 MG	16
BUPRENORFINA-NALOXONA, PELÍCULA		CAPROATO DE HIDROXIPROGESTERONA	54
SUBLINGUAL, 12-3 MG	28	CAPTOPRIL	35
BUPRENORFINA, PARCHE TRANSDÉRMICO		CARBAGLU.....	42
SEMANTAL, 7.5 MCG/HORA.....	27	CARBAMAZEPINA	23
BUPRENORPHINE, PARCHE TRANSDÉRMICO			
SEMANTAL, 10 MCG/HORA, 15 MCG/HORA,			
20 MCG/HORA, 5 MCG/HORA.....	27		

Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
CARBIDOPA.....	25	CEFDINIR, SUSPENSIÓN ORAL PARA RECONSTITUCIÓN.....	11
CARBIDOPA-LEVODOPA, COMPRIMIDOS DE DESINTEGRACIÓN ORAL.....	25	CEFEPIMA EN DEXTROSA AL 5%.....	11
CARBIDOPA-LEVODOPA, COMPRIMIDOS ORALES.....	25	CEFEPIMA EN DEXTROSA, ISO-OSM.....	11
CARBIDOPA-LEVODOPA, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA.....	25	CEFEPIMA INTRAVENOSA.....	11
CARBIDOPA-LEVODOPA-ENTACAPONA.....	25	CEFEPIMA INYECTABLE.....	11
CARBONATO DE LITIO.....	32	CEFIXIMA.....	11
CARBOPLATINO, SOLUCIÓN INTRAVENOSA.....	16	CEFLACLOR, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA, 12 HORAS.....	11
CARMUSTINA, SOL. PARA RECONST. INTRAVENOSA, 100 MG.....	16	CEFOTETAN EN DEXTROSA, ISO-OSM.....	11
CAROSPIR.....	35	CEFOTETAN INYECTABLE.....	11
CARTEOLOL.....	57	CEFOXITINA.....	11
CARTIA XT.....	35	CEFOXITINA EN DEXTROSA, ISO-OSM.....	11
CARVEDILOL.....	35	CEFPODOXIMA.....	11
CASPOFUNGINA, SOL. PARA RECONST. INTRAVENOSA, 50 MG.....	8	CEFPROZILLO.....	11
CASPOFUNGINA, SOL. PARA RECONST. INTRAVENOSA, 70 MG.....	8	CEFTAZIDIMA.....	11
CAYSTON.....	12	CEFTAZIDIMA EN D5W.....	11
CEFACLOR, CÁPSULAS ORALES.....	11	CEFTRIAXONA.....	11
CEFACLOR, SUSPENSIÓN ORAL PARA RECONSTITUCIÓN, 125 MG/5 ML, 250 MG/5 ML, 375 MG/5 ML.....	11	CEFTRIAXONA EN DEXTROSA, ISO-OSM.....	11
CEFADROXILO, CÁPSULAS ORALES.....	11	CEFUROXIMA AXETILO, COMPRIMIDOS ORALES.....	11
CEFADROXILO, COMPRIMIDOS ORALES.....	11	CEFUROXIMA SÓDICA INTRAVENOSA.....	11
CEFADROXILO, SUSPENSIÓN ORAL PARA RECONSTITUCIÓN, 250 MG/5 ML, 500 MG/5 ML.....	11	CEFUROXIMA SÓDICA, SOL. PARA RECONST. INYECT., 750 MG.....	11
CEFALEXINA, CÁPSULAS ORALES, 250 MG, 500 MG.....	11	CELECOXIB.....	28
CEFALEXINA, SUSPENSIÓN ORAL PARA RECONSTITUCIÓN.....	11	CELONTIN, CÁPSULAS ORALES, 300 MG.....	23
CEFAZOLINA EN DEXTROSA (ISO-OSM.), INFUSIÓN SECUNDARIA INTRAVENOSA, 1 GRAMO/50 ML, 2 GRAMOS/100 ML, 2 GRAMOS/50 ML.....	11	CEREZYME, SOL. PARA RECONST. I NTRAVENOSA, 400 UNIDADES.....	48
CEFAZOLINA INTRAVENOSA.....	11	CHANTIX, COMPRIMIDOS ORALES, 1 MG.....	44
CEFAZOLINA, SOL. PARA RECONST. INYECT., 1 GRAMO, 10 GRAMOS, 100 GRAMOS, 300 GRAMOS, 500 MG.....	11	CHANTIX, PAQUETE MENSUAL DE CONTINUACIÓN.....	44
CEFAZOLINA, SOL. PARA RECONST. INYECT., 2 GRAMOS.....	11	CHANTIX, PAQUETE MENSUAL INICIAL.....	44
CEFDINIR, CÁPSULAS ORALES.....	11	CHARLOTTE 24 FE.....	55
		CHATEAL (28).....	55
		CHATEAL EQ (28).....	55
		CHEMET.....	42
		CHORIONIC GONADOTROPIN, HUMANA INTRAMUSCULAR.....	48
		CICLOBENZAPRINA, COMPRIMIDOS ORALES, 10 MG, 5 MG.....	27
		CICLODAN, SOLUCIÓN TÓPICA.....	41
		CICLOFOSFAMIDA INTRAVENOSA.....	17
		CICLOFOSFAMIDA ORAL.....	17

Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
CICLOPIROX, CHAMPÚ TÓPICO	41	CLARITROMICINA, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA, 24 HORAS	12
CICLOPIROX, CREMA TÓPICA	41	CLARITROMICINA, SUSPENSIÓN ORAL PARA RECONSTITUCIÓN	11
CICLOPIROX, SOLUCIÓN TÓPICA	41	CLINDACIN ETZ, PAÑO TÓPICO	40
CICLOPIROX, SUSPENSIÓN TÓPICA	41	CLINDACIN P	40
CICLOSERINA	12	CLINDAMICINA EN CLORURO DE SODIO AL 0.9%	12
CICLOSPORINA, CÁPSULAS ORALES	17	CLINDAMICINA EN DEXTROSA AL 5%	12
CICLOSPORINA INTRAVENOSA	17	CLINDAMICINA PEDIÁTRICA	12
CICLOSPORINA MODIFICADA	17	CLINDAMYCIN PHOSPHATE, GEL TÓPICO, UNA VEZ AL DÍA	40
CILOSTAZOL	37	CLINIMIX, 4.25%/D5W, SIN SULFITOS	42
CILOXAN, POMADA OFTÁLMICA (OJOS)	57	CLINIMIX 4.25%/D10W, SIN SULFITOS	62
CIMDUO	8	CLINIMIX 5%/D15W, SIN SULFITOS	62
CINACALCET, COMPRIMIDOS ORALES, 30 MG, 60 MG	48	CLINIMIX 5%-D20W (SIN SULFITOS)	62
CINACALCET, COMPRIMIDOS ORALES, 90 MG	48	CLINIMIX 6%-D5W (SIN SULFITOS)	62
CIPIONATO DE TESTOSTERONA, ACEITE INTRAMUSCULAR, 100 MG/ML, 200 MG/ML (1 ML)	49	CLINIMIX 8%-D10W (SIN SULFITOS)	62
CIPROFLOXACINA-DEXAMETASONA	44	CLINIMIX 8%-D14W (SIN SULFITOS)	63
CIPROFLOXACINA EN DEXTROSA AL 5%	14	CLINIMIX E 4.25%/D10W, SIN SULFITOS	63
CIPRO HC	44	CLINISOL SF 15%	63
CIPRO, RECONST. DE MICROCÁPSULAS PARA SUSPENSIÓN ORAL	14	CLOBAZAM, COMPRIMIDOS ORALES, 10 MG	23
CISPLATINO, SOLUCIÓN INTRAVENOSA	16	CLOBAZAM, COMPRIMIDOS ORALES, 20 MG	23
CITALOPRAM, COMPRIMIDOS ORALES, 10 MG, 20 MG	30	CLOBAZAM, SUSPENSIÓN ORAL	23
CITALOPRAM, COMPRIMIDOS ORALES, 40 MG	30	CLOBETASOL, CHAMPÚ TÓPICO	41
CITALOPRAM, SOLUCIÓN ORAL	30	CLOBETASOL, CREMA TÓPICA	41
CITARABINA	17	CLOBETASOL, CUERO CABELLUDO	41
CITARABINA (PF)	17	CLOBETASOL-EMOLIENTE, CREMA TÓPICA	41
CITRATO DE FENTANILO, PASTILLA BUCAL CON APLICADOR, 1,200 MCG, 1,600 MCG, 400 MCG, 600 MCG, 800 MCG	27	CLOBETASOL-EMOLIENTE, ESPUMA TÓPICA	41
CITRATO DE FENTANILO, PASTILLA BUCAL CON APLICADOR, 200 MCG	27	CLOBETASOL, ESPUMA TÓPICA	41
CITRATO DE FENTANILO (PF), JERINGA INTRAVENOSA, 100 MCG/2 ML (50 MCG/ML)	27	CLOBETASOL, GEL TÓPICO	41
CITRATO DE FENTANILO (PF), SOLUCIÓN INYECTABLE	27	CLOBETASOL, POMADA TÓPICA	41
CITRATO DE POTASIO, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA	61	CLOCORTOLONE PIVALATE	41
CLADTRIBINA	16	CLODAN	41
CLARAVIS	40	CLOFARABINA	16
CLARITROMICINA, COMPRIMIDOS ORALES	11	CLOMIPRAMINA	30
		CLONAZEPAM, COMPRIMIDOS DE DESINTEGRACIÓN ORAL, 0.5 MG, 1 MG	23
		CLONAZEPAM, COMPRIMIDOS DE DESINTEGRACIÓN ORAL, 0.125 MG, 0.25 MG	23
		CLONAZEPAM, COMPRIMIDOS DE DESINTEGRACIÓN ORAL, 2 MG	23

Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
CLONAZEPAM, COMPRIMIDOS ORALES, 0.5 MG, 1 MG	23	CLORHIDRATO DE CLONIDINA, COMPRIMIDOS ORALES, 0.3 MG	35
CLONAZEPAM, COMPRIMIDOS ORALES, 2 MG	23	CLORHIDRATO DE DIFENHIDRAMINA, SOLUCIÓN INYECTABLE, 50 MG/ML	59
CLONIDINA	35	CLORHIDRATO DE DILTIAZEM, CÁPSULAS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA, 12 HORAS	35
CLOPIDOGREL, COMPRIMIDOS ORALES, 75 MG	37	CLORHIDRATO DE DILTIAZEM, CÁPSULAS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA, 24 HORAS, 120 MG, 180 MG, 240 MG, 300 MG	36
CLOPIDOGREL, COMPRIMIDOS ORALES, 75 MG	37	CLORHIDRATO DE DILTIAZEM, CÁPSULAS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA, 24 HORAS, 120 MG, 180 MG, 240 MG, 300 MG, 420 MG	35
CLOPIDOGREL, COMPRIMIDOS ORALES, 300 MG	37	CLORHIDRATO DE DILTIAZEM, CÁPSULAS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA, 24 HORAS, DEGRADABLE	35
CLORAZEPATO DIPOTÁSICO, COMPRIMIDOS ORALES, 3.75 MG	30	CLORHIDRATO DE DILTIAZEM, COMPRIMIDOS ORALES	36
CLORAZEPATO DIPOTÁSICO, COMPRIMIDOS ORALES, 7.5 MG	30	CLORHIDRATO DE DILTIAZEM, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA, 24 HORAS	36
CLORAZEPATO DIPOTÁSICO, COMPRIMIDOS ORALES, 15 MG	30	CLORHIDRATO DE DILTIAZEM INTRAVENOSO	35
CLORHIDRATO DE AMANTADINA	8	CLORHIDRATO DE FLUFENAZINA, COMPRIMIDOS ORALES	31
CLORHIDRATO DE BUPRENORFINA, INYECTABLE	27	CLORHIDRATO DE FLUFENAZINA, CONCENTRADO ORAL	31
CLORHIDRATO DE BUPRENORFINA SUBLINGUAL	27	CLORHIDRATO DE FLUFENAZINA, ELIXIR ORAL	31
CLORHIDRATO DE BUPROPIÓN (AGENTE PARA DEJAR DE FUMAR)	43	CLORHIDRATO DE FLUFENAZINA INYECTABLE	31
CLORHIDRATO DE BUPROPIÓN, COMPRIMIDOS ORALES, 75 MG	30	CLORHIDRATO DE GRANISETRÓN INTRAVENOSO	50
CLORHIDRATO DE BUPROPIÓN, COMPRIMIDOS ORALES, 100 MG	30	CLORHIDRATO DE GRANISETRÓN ORAL	50
CLORHIDRATO DE BUPROPIÓN, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA, 24 HORAS, 150 MG	30	CLORHIDRATO DE HIDROXIZINA, COMPRIMIDOS ORALES	59
CLORHIDRATO DE BUPROPIÓN, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA, 24 HORAS, 300 MG	30	CLORHIDRATO DE IMIPRAMINA	32
CLORHIDRATO DE BUPROPIÓN, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN SOSTENIDA, 12 HORAS, 100 MG	30	CLORHIDRATO DE LEVALBUTEROL	60
CLORHIDRATO DE BUPROPIÓN, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN SOSTENIDA, 12 HORAS, 150 MG, 200 MG	30	CLORHIDRATO DE LIDOCAÍNA, GEL PARA MEMBRANA MUCOSA	40
CLORHIDRATO DE CIPROFLOXACINA, COMPRIMIDOS ORALES, 100 MG	14	CLORHIDRATO DE LIDOCAÍNA, GEL PARA MEMBRANA MUCOSA EN APLICADOR	41
CLORHIDRATO DE CIPROFLOXACINA, COMPRIMIDOS ORALES, 250 MG, 500 MG, 750 MG	14	CLORHIDRATO DE LIDOCAÍNA, LARINGOTRAQUEAL	40
CLORHIDRATO DE CIPROFLOXACINA OFTÁLMICO (OJOS)	57	CLORHIDRATO DE LIDOCAÍNA, SOLUCIÓN INYECTABLE	40
CLORHIDRATO DE CLINDAMICINA	12	CLORHIDRATO DE LIDOCAÍNA, SOLUCIÓN PARA MEMBRANA MUCOSA, 2%	41
CLORHIDRATO DE CLONIDINA, COMPRIMIDOS ORALES, 0.1 MG, 0.2 MG	35		

Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
CLORHIDRATO DE LIDOCAÍNA, SOLUCIÓN PARA MEMBRANA MUCOSA, 4% (40 MG/ML).....	40	CLORHIDRATO DE ZIPRASIDONA, CÁPSULAS ORALES, 60 MG, 80 MG	34
CLORHIDRATO DE MELFALÁN.....	19	CLORHIRATO DE PALMITATO DE CLINDAMICINA	12
CLORHIDRATO DE METILFENIDATO, COMPRIMIDOS ORALES	32	CLOROTIAZIDA SÓDICA.....	35
CLORHIDRATO DE METILFENIDATO, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA.....	32	CLORPROMAZINA INYECTABLE	30
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)	32	CLORPROMAZINA ORAL	30
CLORHIDRATO DE METOCLOPRAMIDA, COMPRIMIDOS ORALES	50	CLORTALIDONA, COMPRIMIDOS ORALES, 25 MG, 50 MG	35
CLORHIDRATO DE METOCLOPRAMIDA, SOLUCIÓN ORAL.....	50	CLORURO DE BETANECOL.....	61
CLORHIDRATO DE ONDANSETRÓN, COMPRIMIDOS ORALES, 4 MG, 8 MG.....	50	CLORURO DE OXIBUTININA, COMPRIMIDOS ORALES	61
CLORHIDRATO DE ONDANSETRÓN INTRAVENOSO ...	50	CLORURO DE OXIBUTININA, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA, 24 HORAS	61
CLORHIDRATO DE ONDANSETRÓN (PF)	50	CLORURO DE OXIBUTININA, JARABE ORAL.....	61
CLORHIDRATO DE ONDANSETRÓN, SOLUCIÓN ORAL.....	50	CLORURO DE POTASIO, CÁPSULAS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA.....	62
CLORHIDRATO DE PAROXETINA, COMPRIMIDOS ORALES, 10 MG.....	33	CLORURO DE POTASIO, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA.....	62
CLORHIDRATO DE PAROXETINA, COMPRIMIDOS ORALES, 20 MG, 40 MG	33	CLORURO DE POTASIO, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA, PARTÍCULAS/CRISTALES.....	62
CLORHIDRATO DE PAROXETINA, COMPRIMIDOS ORALES, 30 MG.....	33	CLORURO DE POTASIO EN AGUA, INFUSIÓN SECUNDARIA INTRAVENOSA, 10 MEQ/100 ML, 10 MEQ/50 ML, 20 MEQ/100 ML, 20 MEQ/50 ML, 40 MEQ/100 ML.....	62
CLORHIDRATO DE PAROXETINA, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA, 24 HORAS	33	CLORURO DE POTASIO EN D5-NACL AL 0.45%, SOLUCIÓN PARENTERAL INTRAVENOSA, 30 MEQ/L... 62	
CLORHIDRATO DE PAROXETINA, SUSPENSIÓN ORAL, 10 MG/5 ML.....	33	CLORURO DE POTASIO EN DEXT. AL 5%, SOLUCIÓN PARENTERAL INTRAVENOSA, 20 MEQ/L... 62	
CLORHIDRATO DE PILOCARPINA, GOTAS OFTÁLMICAS (OJOS), 1%, 2%, 4%.....	58	CLORURO DE POTASIO EN LR-D5, SOLUCIÓN PARENTERAL INTRAVENOSA, 20 MEQ/L.....	62
CLORHIDRATO DE PILOCARPINA ORAL	43	CLORURO DE POTASIO EN NACL AL 0.9%, SOLUCIÓN PARENTERAL INTRAVENOSA, 20 MEQ/L, 40 MEQ/L.....	62
CLORHIDRATO DE SELEGILINA	25	CLORURO DE POTASIO INTRAVENOSO	62
CLORHIDRATO DE TERBINAFINA ORAL	8	CLORURO DE POTASIO, LÍQUIDO ORAL.....	62
CLORHIDRATO DE ZIPRASIDONA, CÁPSULAS ORALES, 20 MG	34	CLORURO DE POTASIO-NACL AL 0.45%.....	62
CLORHIDRATO DE ZIPRASIDONA, CÁPSULAS ORALES, 40 MG	34	CLORURO DE POTASIO, PAQUETE ORAL	62
		CLORURO DE SODIO AL 0.9%, INTRAVENOSO	43
		CLORURO DE SODIO AL 0.45%, SOLUCIÓN PARENTERAL INTRAVENOSA	62
		CLORURO DE SODIO HIPERTÓNICO AL 3%	62
		CLORURO DE SODIO HIPERTÓNICO AL 5%	62

Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
CLORURO DE SODIO INTRAVENOSO	62	CREON.....	50
CLORURO DE SODIO PARA IRRIGACIÓN	43	CRESEMBA ORAL	8
CLOTRIMAZOL-BETAMETASONA, CREMA TÓPICA.....	41	CROMOGLICATO OFTÁLMICO (OJOS).....	57
CLOTRIMAZOL-BETAMETASONA, LOCIÓN TÓPICA.....	41	CROMOGLICATO ORAL	50
CLOTRIMAZOL, CREMA TÓPICA.....	41	CROMOGLICATO PARA INHALAR.....	59
CLOTRIMAZOL, MEMBRANA MUCOSA.....	8	CRYSSELLE (28).....	55
CLOTRIMAZOL, SOLUCIÓN TÓPICA	41	CYCLOSET.....	45
CLOZAPINA, COMPRIMIDOS DE DESINTEGRACIÓN		CYRAMZA.....	17
ORAL.....	30	CYRED.....	55
CLOZAPINA, COMPRIMIDOS ORALES	30	CYRED EQ	55
C-NATE DHA	63	CYSTADANE	50
COARTEM.....	12	CYSTAGON.....	61
COLCHICINA, COMPRIMIDOS ORALES	53	CYSTARAN.....	57
COLESEVELAM	38		
COLESTIPOL, COMPRIMIDOS ORALES.....	38	D	
COLESTIPOL, GRÁNULOS ORALES	38	DACARBAZINA	17
COLESTIPOL, PAQUETE ORAL	38	DACTINOMICINA	17
COLESTIRAMINA-ASPARTAMO	38	D AL 2.5%-CLORURO DE SODIO AL 0.45%	43
COLESTIRAMINA (CON AZÚCAR).....	38	D AL 5%-CLORURO DE SODIO AL 0.45%.....	43
COLESTIRAMINA SUAVE	38	D AL 5% Y CLORURO DE SODIO AL 0.9%	43
COLISTINA (COLISTIMETATO SÓDICO)	12	D AL 10%-CLORURO DE SODIO AL 0.45%.....	42
COMBIGAN.....	58	DALFAMPRIDINA	26
COMBIVENT RESPIMAT	59	DALIRESP	59
COMETRIQ, CÁPSULAS ORALES, 60 MG/DÍA		DANAZOL	48
(20 MG X 3/DÍA).....	16	DANTROLENO ORAL	27
COMETRIQ, CÁPSULAS ORALES, 100 MG/DÍA		DANYELZA	17
(80 MG X 1-20 MG X 1).....	16	DAPSONA ORAL.....	12
COMETRIQ, CÁPSULAS ORALES, 140 MG/DÍA		DAPTACEL (DTAP PEDIÁTRICA) (PF)	52
(80 MG X 1-20 MG X 3).....	16	DAPTOMICINA, SOL. PARA RECONST. I	
COMPLERA	8	NTRAVENOSA, 500 MG.....	12
COMPLETE NATAL DHA	63	DAPTOMYCIN, SOL. PARA RECONST.	
COMPRO.....	50	INTRAVENOSA, 350 MG	12
CONSTULOSA.....	50	DARIFENACINA	61
COPAXONE, JERINGA SUBCUTÁNEA, 20 MG/ML	26	DARZALEX	17
COPAXONE, JERINGA SUBCUTÁNEA, 40 MG/ML	26	DARZALEX FASPRO.....	17
COPIKTRA	16	DASETTA 1/35 (28).....	55
CORLANOR, COMPRIMIDOS ORALES	39	DASETTA 7/7/7 (28).....	55
CORTIFOAM.....	50	DAUNORRUBICINA, SOLUCIÓN INTRAVENOSA	17
CORTISPORIN-TC	44	DAURISMO, COMPRIMIDOS ORALES, 25 MG.....	17
COSMEGEN	16	DAURISMO, COMPRIMIDOS ORALES, 100 MG.....	17
COTELLIC.....	17		

Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
DAYSEE.....	55	DEXTROANFETAMINA-ANFETAMINA, COMPRIMIDOS ORALES, 5 MG.....	30
DAYVIGO.....	30	DEXTROANFETAMINA-ANFETAMINA, COMPRIMIDOS ORALES, 10 MG.....	30
DEBLITANE.....	54	DEXTROANFETAMINA-ANFETAMINA, COMPRIMIDOS ORALES, 12.5 MG, 30 MG, 7.5 MG.....	30
DECANOATO DE FLUFENAZINA.....	31	DEXTROANFETAMINA-ANFETAMINA, COMPRIMIDOS ORALES, 15 MG.....	30
DECANOATO DE HALOPERIDOL.....	31	DEXTROANFETAMINA-ANFETAMINA, COMPRIMIDOS ORALES, 20 MG.....	30
DECITABINA.....	17	DEXTROSA AL 5%-CLORURO DE SODIO AL 0.2%.....	43
DEFERASIROX, COMPRIMIDOS ORALES.....	43	DEXTROSA AL 5%-CLORURO DE SODIO AL 0.3%.....	43
DEFERASIROX, PAQUETE DE GRÁNULOS ORALES.....	43	DEXTROSA AL 5% EN AGUA (D5W).....	43
DEFERIPRONA.....	43	DEXTROSA AL 5%-SOLUCIÓN DE LACTATO SÓDICO COMPUESTA.....	43
DELESTROGEN, ACEITE INTRAMUSCULAR, 10 MG/ML.....	54	DEXTROSA AL 10% Y NA CL AL 0.2%.....	43
DELSTRIGO.....	8	DEXTROSA AL 25% EN AGUA (D25W).....	43
DEMECLOCICLINA.....	15	DEXTROSA AL 50% EN AGUA (D50W).....	43
DENAVIR.....	41	DEXTROSA AL 70% EN AGUA (D70W).....	43
DENG VAXIA (PF).....	52	DEXTROSE AL 10% EN AGUA (D10W).....	43
DEPO-ESTRADIOL.....	54	DHIVY.....	25
DEPO-MEDROL.....	44	DIACOMIT.....	23
DESCOVY.....	8	DIAZEPAM, COMPRIMIDOS ORALES.....	30
DESIPRAMINA.....	30	DIAZEPAM, CONCENTRADO ORAL.....	30
DES Loratadina, COMPRIMIDOS ORALES.....	59	DIAZEPAM, CONCENTRADO ORAL.....	30
DESMOPRESINA INYECTABLE.....	48	DIAZEPAM, INTENSOL.....	30
DESMOPRESINA ORAL.....	48	DIAZEPAM INYECTABLE.....	30
DESMOPRESINA, ROCIADOR NASAL CON BOMBA.....	48	DIAZEPAM RECTAL.....	23
DESMOPRESINA, ROCIADOR NASAL NO AEROSOL, 10 MCG/APLICACIÓN (0.1 ML).....	48	DIAZEPAM, SOLUCIÓN ORAL.....	30
DESOG-E. ESTRADIOL/E. ESTRADIOL.....	55	DIAZEPAM, SOLUCIÓN ORAL, 5 MG/5 ML (1 MG/ML).....	30
DESOGESTREL-ETINILESTRADIOL.....	55	DIAZOXIDA.....	45
DESONIDA, CREMA TÓPICA.....	41	DICICLOMINA, CÁPSULAS ORALES.....	49
DESONIDA, LOCIÓN TÓPICA.....	41	DICICLOMINA, COMPRIMIDOS ORALES.....	49
DESONIDA, POMADA TÓPICA.....	41	DICICLOMINA, SOLUCIÓN ORAL.....	49
DESOXIMETASONA, CREMA TÓPICA.....	41	DICLOFENACO POTÁSICO, COMPRIMIDOS ORALES, 50 MG.....	28
DESOXIMETASONA, GEL TÓPICO.....	41	DICLOFENACO SÓDICO, GEL TÓPICO AL 1%.....	28
DESOXIMETASONA, POMADA TÓPICA.....	41	DICLOFENACO SÓDICO, GOTAS TÓPICAS.....	28
DEXAMETASONA, COMPRIMIDOS ORALES.....	44	DICLOFENACO SÓDICO OFTÁLMICO (OJOS).....	58
DEXAMETASONA, ELIXIR ORAL.....	44	DICLOFENACO SÓDICO ORAL.....	28
DEXAMETASONA, INTENSOL.....	44	DICLOXACILINA.....	14
DEXAMETASONA, SOLUCIÓN ORAL.....	44		
DEXMETILFENIDATO, COMPRIMIDOS ORALES.....	30		
DEXTROANFETAMINA-ANFETAMINA, CÁPSULAS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA, 24 HORAS.....	30		

Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
DIFENOXILATO-ATROPINA	49	DONEPEZILO, COMPRIMIDOS ORALES, 5 MG	26
DIFICID, COMPRIMIDOS ORALES	12	DONEPEZILO, COMPRIMIDOS ORALES, 10 MG	26
DIFICID, SUSPENSIÓN ORAL PARA RECONSTITUCIÓN	12	DORZOLAMIDA.....	58
DIFLUNISAL	28	DORZOLAMIDA-TIMOLOL.....	58
DIFLUPREDNATO	58	DOTTI	54
DIGITEK.....	39	DOVATO.....	8
DIGOXINA, COMPRIMIDOS ORALES, 62.5 MCG (0.0625 MG).....	39	DOXAZOSINA, COMPRIMIDOS ORALES, 1 MG, 2 MG, 4 MG	36
DIGOXINA, COMPRIMIDOS ORALES, 125 MCG (0.125 MG), 250 MCG (0.25 MG)	39	DOXAZOSINA, COMPRIMIDOS ORALES, 8 MG.....	36
DIGOXINA, SOLUCIÓN INYECTABLE.....	39	DOXEPINA, CÁPSULAS ORALES	30
DIGOXINA, SOLUCIÓN ORAL	39	DOXEPINA, CONCENTRADO ORAL.....	31
DIHIDROERGOTAMINA NASAL.....	26	DOXERCALCIFEROL	48
DILANTIN.....	23	DOXICICLINA-100	15
DILT-XR	36	DOXORRUBICINA, LIPOSOMAL PEGILADA	17
DIMETILFUMARATO, CÁPSULAS ORALES, LIBERACIÓN RETARDADA (DR/EC), 120 MG (14)-240 MG (46).....	26	DOXORRUBICINA, SOL. PARA RECONST. INTRAVENOSA, 50 MG.....	17
DIMETILFUMARATO, CÁPSULAS ORALES, LIBERACIÓN RETARDADA (DR/EC), 120 MG, 240 MG	26	DOXORRUBICINA, SOLUCIÓN INTRAVENOSA.....	17
DINITRATO DE ISOSORBIDA, COMPRIMIDOS ORALES	39	DRIZALMA, CÁPSULAS ORALES CON GRÁNULOS, LIB. RETARDADA, 20 MG, 60 MG	31
DIPIRIDAMOL ORAL	37	DRIZALMA, CÁPSULAS ORALES CON GRÁNULOS, LIB. RETARDADA, 30 MG	31
DIPROPIONATO DE BETAMETASONA.....	41	DRIZALMA, CÁPSULAS ORALES CON GRÁNULOS, LIB. RETARDADA, 40 MG	31
DISOPROXILO DE EFAVIRENZ-LAMIVUDINA- TENOFIVIR, COMPRIMIDOS ORALES, 400-300-300 MG	8	DRONABINOL	50
DISOPROXILO DE EFAVIRENZ-LAMIVUDINA- TENOFIVIR, COMPRIMIDOS ORALES, 600-300-300 MG	9	DROPSAFE, PAÑOS PREPARADOS CON ALCOHOL ...	45
DISULFIRAM	43	DROSPIRENONA-E.ESTRADIOL-LM.FA	55
DIVALPROEX.....	23	DROSPIRENONA-ETINILESTRADIOL	55
DOCETAXEL, SOLUCIÓN INTRAVENOSA, 160 MG/16 ML (10 MG/ML), 160 MG/8 ML (20 MG/ML), 20 MG/2 ML (10 MG/ML), 20 MG/ML (1 ML), 80 MG/4 ML (20 MG/ML), 80 MG/8 ML (10 MG/ML).....	17	DROXIA	17
DOFETILIDA.....	35	DROXIDOPA, CÁPSULAS ORALES, 100 MG.....	43
DOLISHALE	55	DROXIDOPA, CÁPSULAS ORALES, 200 MG, 300 MG...	43
DONEPEZILO, COMPRIMIDOS DE DESINTEGRACIÓN ORAL, 5 MG	26	DUAVEE.....	54
DONEPEZILO, COMPRIMIDOS DE DESINTEGRACIÓN ORAL, 10 MG	26	DULOXETINA, CÁPSULAS ORALES, LIBERACIÓN RETARDADA (DR/EC), 20 MG, 60 MG	31
		DULOXETINA, CÁPSULAS ORALES, LIBERACIÓN RETARDADA (DR/EC), 30 MG	31
		DUPIXENT, JERINGA SUBCUTÁNEA, 100 MG/0.67 ML	39
		DUPIXENT, JERINGA SUBCUTÁNEA, 200 MG/1.14 ML	39
		DUPIXENT, JERINGA SUBCUTÁNEA, 300 MG/2 ML	39

Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
DUPIXENT, LAPICERA PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA, 200 MG/1.14 ML	39	EMTRICITABINA-TENOFOVIR (TDF), COMPRIMIDOS ORALES, 200-300 MG	9
DUPIXENT, LAPICERA PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA, 300 MG/2 ML	39	EMTRICITABINE-TENOFOVIR (TDF), COMPRIMIDOS ORALES, 100-150 MG, 133-200 MG, 167-250 MG	9
DUREZOL	58	EMTRIVA, SOLUCIÓN ORAL	9
DUTASTERIDA	61	EMVERM	12
DUTASTERIDA-TAMSULOSINA	61	ENALAPRIL-HIDROCLOROTIAZIDA	36
E		ENANTATO DE TESTOSTERONA	49
EC-NAPROXENO	28	ENBREL, JERINGA SUBCUTÁNEA	53
ECONAZOL	41	ENBREL MINI	53
EDARBI	36	ENBREL, SOL. PARA RECONST. SUBCUTÁNEA	53
EDARBYCLOR	36	ENBREL, SOLUCIÓN SUBCUTÁNEA	53
EDISILATO DE PROCLORPERAZINA, SOLUCIÓN INYECTABLE, 10 MG/2 ML (5 MG/ML)	50	ENBREL SURECLICK	53
EDURANT	8	ENDOCET	27
EFAVIRENZ, CÁPSULAS ORALES, 50 MG	8	ENERGIX-B (PF)	52
EFAVIRENZ, CÁPSULAS ORALES, 200 MG	8	ENERGIX-B (PF), USO PEDIÁTRICO	52
EFAVIRENZ, COMPRIMIDOS ORALES	8	ENHERTU	17
EFAVIRENZ-EMTRICITABINA-TENOFOVIR	8	ENOXAPARINA	37
ELAPRASE	48	ENPRESSE	55
ELECTROLITOS-48 EN D5W	63	ENSKYCE	55
ELIGARD	17	ENTACAPONA	25
ELIGARD (3 MESES)	17	ENTECAVIR	9
ELIGARD (4 MESES)	17	ENTRESTO	39
ELIGARD (6 MESES)	17	ENULOSA	50
ELINEST	55	ENVARUS XR	17
ELIQUIS	37	EPCLUSA, COMPRIMIDOS ORALES, 200-50 MG	9
ELIQUIS, TRATAMIENTO INICIAL PARA TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA/EMBOLIA PULMONAR, 30 DÍAS	37	EPCLUSA, COMPRIMIDOS ORALES, 400-100 MG	9
ELITE-OB	63	EPCLUSA, PÍLDORAS DE ADMINISTRACIÓN ORAL EN PAQUETES, 150-37.5 MG	9
ELLA	55	EPCLUSA, PÍLDORAS DE ADMINISTRACIÓN ORAL EN PAQUETES, 200-50 MG	9
ELMIRON	61	EPIDIOLEX	23
ELZONRIS	17	EPINASTINA	57
EMCYT	17	EPINEFRINA, AUTOINYECTOR PARA INYECCIÓN	59
EMEND, SUSPENSIÓN ORAL PARA RECONSTITUCIÓN	50	EPINEFRINA, SOLUCIÓN INYECTABLE, 1 MG/ML	59
EMOQUETTE	55	EPIRUBICINA, SOLUCIÓN INTRAVENOSA	17
EMPLICITI	17	EPITOL	23
EMSAM	31	EPIVIR HBV, SOLUCIÓN ORAL	9
EMTRICITABINA	9	ERBITUX	17
		ERGOTAMINA-CAFEÍNA	26

Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
ERITROCINA (COMO ESTEARATO), COMPRIMIDOS ORALES, 250 MG.....	12	ETACRINATO SÓDICO.....	36
ERITROMICINA, COMPRIMIDOS ORALES.....	12	ETAMBUTOL.....	12
ERITROMICINA, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN RETARDADA (DR/EC).....	12	ETILSUCCINATO DE ERITROMICINA, COMPRIMIDOS ORALES.....	12
ERITROMICINA CON ETANOL, SOLUCIÓN TÓPICA....	40	ETILSUCCINATO DE ERITROMICINA, SUSPENSIÓN ORAL PARA RECONSTITUCIÓN, 200 MG/5 ML.....	12
ERITROMICINA OFTÁLMICA (OJOS).....	57	ETILSUCCINATO DE ERITROMICINA, SUSPENSIÓN ORAL PARA RECONSTITUCIÓN, 400 MG/5 ML.....	12
ERITROMICINA, PAÑOS.....	40	ETIODIOL DIAC-ETINILESTRADIOL.....	55
ERITROMICINA-PERÓXIDO DE BENZOÍLO.....	40	ETODOLACO.....	28
ERIVEDGE.....	17	ETOPOPHOS.....	17
ERLEADA.....	17	ETOPÓSIDO INTRAVENOSO.....	17
ERLOTINIB, COMPRIMIDOS ORALES, 25 MG.....	17	ETOSUXIMIDA.....	23
ERLOTINIB, COMPRIMIDOS ORALES, 100 MG, 150 MG.....	17	ETRAVIRINA.....	9
ERRIN.....	54	EUTHYROX.....	49
ERTAPENEM.....	12	EVEROLIMUS (ANTINEOPLÁSICO), COMPRIMIDOS ORALES.....	17
ERY-TAB, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN RETARDADA (DR/EC), 250 MG.....	12	EVEROLIMUS (ANTINEOPLÁSICO), COMPRIMIDOS ORALES PARA SUSPENSIÓN, 2 MG.....	17
ERY-TAB, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN RETARDADA (DR/EC), 333 MG.....	12	EVEROLIMUS (ANTINEOPLÁSICO), COMPRIMIDOS ORALES PARA SUSPENSIÓN, 3 MG, 5 MG.....	17
ERYTHROCIN, SOL. PARA RECONST. INTRAVENOSA, 500 MG.....	12	EVEROLIMUS (INMUNODEPRESOR).....	17
ERYTHROMYCIN CON ETANOL, GEL TÓPICO.....	40	EVOMELA.....	17
ESBRIET, CÁPSULAS ORALES.....	59	EVOTAZ.....	9
ESBRIET, COMPRIMIDOS ORALES, 267 MG.....	59	EXEMESTANO.....	17
ESBRIET, COMPRIMIDOS ORALES, 801 MG.....	59	EXKIVITY.....	17
ESCOPOLAMINA BASE.....	51	EYLEA.....	58
ESOMEPRAZOL MAGNÉSICO, CÁPSULAS ORALES, LIBERACIÓN RETARDADA (DR/EC).....	51	EYSUVIS.....	58
ESPIRONOLACTONA.....	37	EZETIMIBA.....	38
ESPIRONOLACTONA-HIDROCLOROTIAZIDA.....	37	EZETIMIBA-SIMVASTATINA.....	38
ESTARYLLA.....	55		
ESTAVUDINA, CÁPSULAS ORALES.....	10	F	
ÉSTERES ETÍLICOS DE LOS ÁCIDOS OMEGA 3.....	38	FABRAZYME.....	48
ESTRADIOL ORAL.....	54	FALMINA (28).....	55
ESTRADIOL, PARCHE TRANSDÉRMICO QUINCENAL..	54	FAMCICLOVIR.....	9
ESTRADIOL, PARCHE TRANSDÉRMICO SEMANAL....	54	FAMOTIDINA, COMPRIMIDOS ORALES, 20 MG, 40 MG.....	51
ESTRADIOL VAGINAL.....	54	FAMOTIDINA, SUSPENSIÓN ORAL.....	51
ESTREPTOMICINA.....	13	FANAPT, COMPRIMIDOS ORALES, 1 MG, 2 MG, 4 MG.....	31
ESTRING.....	54	FANAPT, COMPRIMIDOS ORALES, 8 MG.....	31
ETABONATO DE LOTEPREDNOL, GOTAS OFTÁLMICAS (OJOS), SUSPENSIÓN.....	58		

Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
FANAPT, COMPRIMIDOS ORALES, 10 MG, 12 MG, 6 MG	31	FIRVANQ, SOL. PARA RECONST. INTRAVENOSA, 25 MG/ML	12
FANAPT, COMPRIMIDOS ORALES, PAQUETE DOSIFICADO	31	FIRVANQ, SOL. PARA RECONST. INTRAVENOSA, 50 MG/ML	12
FARYDAK	17	FLAC, ACEITE ÓTICO	44
FEBUXOSTAT	53	FLAVOXATO	61
FELBAMATO	23	FLECAINIDA	35
FELODIPINA	36	FLOVENT DISKUS PARA INHALAR, BLÍSTER CON DISPOSITIVO, 100 MCG/ACTIVACIÓN, 50 MCG/ ACTIVACIÓN	59
FEMINOR	55	FLOVENT DISKUS PARA INHALAR, BLÍSTER CON DISPOSITIVO, 250 MCG/ACTIVACIÓN	59
FENELZINA	33	FLOVENT HFA INHALATION, INHALADOR EN AEROSOL DE HFA, 44 MCG/ACTIVACIÓN	60
FENILBUTIRATO SÓDICO	43	FLOVENT HFA INHALATION, INHALADOR EN AEROSOL DE HFA, 110 MCG/ACTIVACIÓN	60
FENITOÍNA, COMPRIMIDOS ORALES MASTICABLES ..	24	FLOVENT HFA INHALATION, INHALADOR EN AEROSOL DE HFA, 220 MCG/ACTIVACIÓN	60
FENITOÍNA SÓDICA, LIBERACIÓN PROLONGADA	24	FLOXURIDINA	17
FENITOÍNA SÓDICA, SOLUCIÓN INTRAVENOSA	24	FLUCITOSINA	8
FENITOÍNA, SUSPENSIÓN ORAL	24	FLUCONAZOL	8
FENOBARBITAL, COMPRIMIDOS ORALES	24	FLUCONAZOL EN NACL (ISO-OSM.), INFUSIÓN SECUNDARIA INTRAVENOSA, 100 MG/50 ML	8
FENOBARBITAL, ELIXIR ORAL	24	FLUCONAZOL EN NACL (ISO-OSM.), INFUSIÓN SECUNDARIA INTRAVENOSA, 200 MG/100 ML, 400 MG/200 ML	8
FENOBARBITAL SÓDICO, SOLUCIÓN INYECTABLE	24	FLUDARABINA	18
FENOFIBRATO, CÁPSULAS ORALES MICRONIZADAS, 134 MG, 200 MG, 67 MG	38	FLUDROCORTISONA	44
FENOFIBRATO, COMPRIMIDOS ORALES, 160 MG, 54 MG	38	FLUNISOLIDA	60
FENOFIBRATO NANOCRISTALIZADO	38	FLUOCINOLONA, ACEITE TÓPICO	42
FENOXIBENZAMINA	36	FLUOCINOLONA, CREMA TÓPICA	42
FENTANILO	27	FLUOCINOLONA, POMADA TÓPICA	42
FENTANYL CITRATE (PF), JERINGA INYECTABLE, 50 MCG/ML	27	FLUOCINOLONA, SOLUCIÓN TÓPICA	42
FERRIPROX	43	FLUOCINOLONA Y GORRA DE BAÑO	41
FERRIPROX (2 VECES POR DÍA)	43	FLUOCINONIDA, CREMA TÓPICA, 0.1%	42
FESOTERODINA	61	FLUOCINONIDA, CREMA TÓPICA, 0.05%	42
FETZIMA, CÁPSULAS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA, 24 HORAS	31	FLUOCINONIDA, GEL TÓPICO	42
FETZIMA, CÁPSULAS ORALES, LIB. PROL., 24 HORAS, PAQUETE DOSIFICADO	31	FLUOCINONIDA, POMADA TÓPICA	42
FINASTERIDA, COMPRIMIDOS ORALES, 5 MG	61	FLUOCINONIDA, SOLUCIÓN TÓPICA	42
FINTEPLA	23	FLUOROMETOLONA	58
FINZALA	55	FLUOROURACILO, CREMA TÓPICA, 0.5%	40
FIRDAPSE	26	FLUOROURACILO, CREMA TÓPICA, 5%	40
FIRMAGON, KIT CON JERINGA DILUYENTE, SOL. PARA RECONST. SUBCUTÁNEA, 80 MG	17		
FIRMAGON, KIT CON JERINGA DILUYENTE, SOL. PARA RECONST. SUBCUTÁNEA, 120 MG	17		

Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
FLUOROURACILO INTRAVENOSO.....	18	FOSAMPRENAVIR.....	9
FLUOROURACILO, SOLUCIÓN TÓPICA.....	40	FOSFATO DE CARVEDILOL.....	35
FLUORURO DE SODIO 5000 PARA SEQUEDAD EN LA BOCA.....	44	FOSFATO DE CLINDAMICINA, GEL TÓPICO.....	40
FLUORURO (DE SODIO), COMPRIMIDOS ORALES.....	63	FOSFATO DE CLINDAMICINA INTRAVENOSO.....	12
FLUORURO (DE SODIO), COMPRIMIDOS ORALES MASTICABLES, 1 MG (2.2 MG DE FLUORURO DE SODIO).....	63	FOSFATO DE CLINDAMICINA INYECTABLE.....	12
FLUORURO DE SODIO-NITRATO POTÁSICO.....	44	FOSFATO DE CLINDAMICINA, LOCIÓN TÓPICA.....	40
FLUORURO (DE SODIO), PASTA DENTAL.....	44	FOSFATO DE CLINDAMICINA, PAÑO TÓPICO.....	40
FLUORURO LUDENT, COMPRIMIDOS ORALES MASTICABLES, 1 MG (2.2 MG DE FLUORURO DE SODIO).....	63	FOSFATO DE CLINDAMICINA, SOLUCIÓN TÓPICA.....	40
FLUOXETINA, CÁPSULAS ORALES, 10 MG.....	31	FOSFATO DE CLINDAMICINA VAGINAL.....	54
FLUOXETINA, CÁPSULAS ORALES, 20 MG.....	31	FOSFATO DE CLOROQUINA.....	12
FLUOXETINA, CÁPSULAS ORALES, 40 MG.....	31	FOSFATO SÓDICO DE DEXAMETASONA OFTÁLMICO (OJOS).....	58
FLUOXETINA, CÁPSULAS ORALES, LIBERACIÓN RETARDADA (DR/EC).....	31	FOSFATO SÓDICO DE DEXAMETASONA (PF), SOLUCIÓN INYECTABLE.....	44
FLUOXETINA, COMPRIMIDOS ORALES, 10 MG.....	31	FOSFATO SÓDICO DE DEXAMETASONA, SOLUCIÓN INYECTABLE.....	44
FLUOXETINA, COMPRIMIDOS ORALES, 20 MG.....	31	FOSFATO SÓDICO DE PREDNISOLONA OFTÁLMICO (OJOS).....	58
FLUOXETINA, SOLUCIÓN ORAL.....	31	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).....	44
FLUOXETINA (TRASTORNO DISFÓRICO PREMENSTRUAL), COMPRIMIDOS ORALES, 10 MG... 31	31	FOSFENITOÍNA.....	23
FLUOXETINA (TRASTORNO DISFÓRICO PREMENSTRUAL), COMPRIMIDOS ORALES, 20 MG... 31	31	FOSFOMICINA TROMETAMINA.....	15
FLURBIPROFENO, COMPRIMIDOS ORALES, 100 MG... 28	28	FOSINOPRIL.....	36
FLURBIPROFENO SÓDICO.....	58	FOSINOPRIL-HIDROCLOROTIAZIDA.....	36
FLUTAMIDA.....	18	FOTIVDA.....	18
FLUVASTATINA, CÁPSULAS ORALES, 20 MG.....	38	FULVESTRANT.....	18
FLUVASTATINA, CÁPSULAS ORALES, 40 MG.....	38	FUMARATO DE BISOPROLOL.....	35
FLUVASTATINA, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA, 24 HORAS.....	38	FUMARATO DE DISOPROXILO DE TENOFOVIR.....	10
FLUVOXAMINA, COMPRIMIDOS ORALES, 50 MG.....	31	FUMARATO DE FORMOTEROL.....	60
FLUVOXAMINA, COMPRIMIDOS ORALES, 100 MG, 25 MG.....	31	FUROSEMIDA, COMPRIMIDOS ORALES.....	36
FOLIVANE-OB.....	63	FUROSEMIDA INYECTABLE.....	36
FOLOTYN.....	18	FUROSEMIDA, SOLUCIÓN ORAL, 10 MG/ML, 40 MG/5 ML (8 MG/ML).....	36
FOMEPIZOL.....	52	FUROSEMIDE, SOLUCIÓN ORAL, 40 MG/4 ML.....	36
FONDAPARINUX, JERINGA SUBCUTÁNEA, 2.5 MG/0.5 ML.....	38	FUZEON, SOL. PARA RECONST. SUBCUTÁNEA.....	9
FONDAPARINUX, JERINGA SUBCUTÁNEA, 10 MG/0.8 ML, 5 MG/0.4 ML, 7.5 MG/0.6 ML.....	37	FYAVOLV.....	54
		FYCOMPA, COMPRIMIDOS ORALES, 2 MG.....	23
		FYCOMPA, COMPRIMIDOS ORALES, 4 MG, 6 MG.....	23
		FYCOMPA, COMPRIMIDOS ORALES, 10 MG, 12 MG, 8 MG.....	23

Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
FYCOMPA, SUSPENSIÓN ORAL	23	GENTAMICINA, CREMA TÓPICA	41
G		GENTAMICINA EN NA CL (ISO-OSM.), INFUSIÓN SECUNDARIA INTRAVENOSA, 100 MG/100 ML, 100 MG/50 ML, 120 MG/100 ML, 60 MG/50 ML, 80 MG/100 ML, 80 MG/50 ML	13
GABAPENTINA, CÁPSULAS ORALES, 100 MG, 300 MG	23	GENTAMICINA, GOTAS OFTÁLMICAS (OJOS)	57
GABAPENTINA, CÁPSULAS ORALES, 400 MG	23	GENTAMICINA, POMADA TÓPICA	41
GABAPENTINA, COMPRIMIDOS ORALES, 600 MG	23	GENTAMICINA, SOLUCIÓN INYECTABLE, 40 MG/ML ...	13
GABAPENTINA, COMPRIMIDOS ORALES, 800 MG	23	GENVOYA	9
GABAPENTINA, SOLUCIÓN ORAL	23	GILENYA, CÁPSULAS ORALES, 0.5 MG	26
GALANTAMINA, CÁPSULAS ORALES, PÍLDORAS DE LIB. PROL., 24 HORAS	26	GILOTRIF	18
GALANTAMINA, COMPRIMIDOS ORALES	26	GLICOPIRRONIO, COMPRIMIDOS ORALES	50
GALANTAMINA, SOLUCIÓN ORAL	26	GLICOPIRRONIO INYECTABLE	50
GAMMAGARD, LÍQUIDO	52	GLICOPIRRONIO (PF)	49
GAMMAGARD S-D (IGA < 1 MCG/ML)	52	GLICOPIRRONIO (PF) EN AGUA, INYECTABLE	49
GAMMAKED	52	GLICOPIRRONIO (PF) EN AGUA, JERINGA INTRAVENOSA, 0.4 MG/2 ML (0.2 MG/ML)	49
GAMMAPLEX	52	GLIMEPIRIDA, COMPRIMIDOS ORALES, 1 MG	45
GAMMAPLEX (CON SORBITOL)	52	GLIMEPIRIDA, COMPRIMIDOS ORALES, 2 MG	45
GAMUNEX-C	52	GLIMEPIRIDA, COMPRIMIDOS ORALES, 4 MG	45
GARDASIL 9 (PF)	52	GLIPIZIDA, COMPRIMIDOS ORALES, 5 MG	45
GASA, VENDA PARA APLICACIÓN TÓPICA, 2 X 2"	45	GLIPIZIDA, COMPRIMIDOS ORALES, 10 MG	45
GATTEX, VIAL DE 30	50	GLIPIZIDA, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA, 24 HORAS, 2.5 MG	45
GATTEX, VIAL DE UNO	50	GLIPIZIDA, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA, 24 HORAS, 5 MG	45
GAVILYTE-C	50	GLIPIZIDA, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA, 24 HORAS, 10 MG	45
GAVRETO	18	GLIPIZIDA-METFORMINA, COMPRIMIDOS ORALES, 2.5-250 MG	45
GAZYVA	18	GLIPIZIDA-METFORMINA, COMPRIMIDOS ORALES, 2.5-500 MG, 5-500 MG	45
GEMCITABINA, SOL. PARA RECONST. INTRAVENOSA	18	GLUCAGEN HYPOKIT	45
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)	18	GLUCAGON (HCL), KIT DE EMERGENCIAS	45
GEMCITABINA, SOLUCIÓN INTRAVENOSA, 100 MG/ML	18	GLUCAGON, KIT DE EMERGENCIAS (HUMANO)	45
GEMFIBROZIL	38	GLUCONATO DE CLORHEXIDINA, MEMBRANA MUCOSA	44
GEMMILY	55	GLYDO	40
GEMTESA	61	GLYXAMBI	45
GENERLAC	50	GRANISETRÓN (PF), SOLUCIÓN INTRAVENOSA, 1 MG/ML (1 ML)	50
GENGRAF	18	GRISEOFULVINA MICRONIZADA	8
GENOTROPIN	51		
GENOTROPIN MINISQUICK	51		
GENTAK, POMADA OFTÁLMICA (OJOS)	57		

Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
GRISEOFULVINA ULTRAMICRONIZADA.....	8	HICLATO DE DOXICICLINA, COMPRIMIDOS ORALES, 20 MG.....	15
GUANFACINA, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA, 24 HORAS.....	31	HICLATO DE DOXICICLINA, COMPRIMIDOS ORALES, 100 MG.....	15
GVOKE.....	45	HICLATO DE DOXICICLINA INTRAVENOSO.....	15
GVOKE HYPOPEN, PAQUETE DE 1.....	45	HIDRALAZINA INYECTABLE.....	36
GVOKE HYPOPEN, PAQUETE DE 2.....	45	HIDRALAZINA ORAL.....	36
GVOKE PFS, PAQUETE CON 1 JERINGA.....	46	HIDROCLOROTIAZIDA.....	36
GVOKE PFS, PAQUETE CON 2 JERINGAS.....	46	HIDROCODONA-ACETAMINOFENO, COMPRIMIDOS ORALES, 10-325 MG, 5-325 MG, 7.5-325 MG.....	27
H		HIDROCODONA-ACETAMINOFENO, SOLUCIÓN ORAL, 7.5-325 MG/15 ML.....	27
HAEGARDA.....	60	HIDROCODONA-IBUPROFENO.....	27
HAILEY.....	55	HIDROCORTISONA-ÁCIDO ACÉTICO.....	44
HAILEY 24 FE.....	55	HIDROCORTISONA, CREMA TÓPICA, 1%, 2.5%.....	42
HAILEY FE 1.5/30 (28).....	55	HIDROCORTISONA, CREMA TÓPICA CON APLICADOR PERINEAL, 1%.....	42
HAILEY FE 1/20 (28).....	55	HIDROCORTISONA, CREMA TÓPICA CON APLICADOR PERINEAL, 2.5%.....	50
HALAVEN.....	18	HIDROCORTISONA, LOCIÓN TÓPICA, 2.5%.....	42
HALOPERIDOL, COMPRIMIDOS ORALES, 0.5 MG, 1 MG, 2 MG, 5 MG.....	32	HIDROCORTISONA ORAL.....	44
HALOPERIDOL, COMPRIMIDOS ORALES, 10 MG, 20 MG.....	32	HIDROCORTISONA, POMADA TÓPICA, 1%, 2.5%.....	42
HARVONI, COMPRIMIDOS ORALES, 45-200 MG.....	9	HIDROCORTISONA RECTAL.....	50
HARVONI, COMPRIMIDOS ORALES, 90-400 MG.....	9	HIDROMORFONA, COMPRIMIDOS ORALES.....	27
HARVONI, PÍLDORAS DE ADMINISTRACIÓN ORAL EN PAQUETES, 33.75-150 MG.....	9	HIDROMORFONA, LÍQUIDO ORAL.....	27
HARVONI, PÍLDORAS DE ADMINISTRACIÓN ORAL EN PAQUETES, 45-200 MG.....	9	HIDROXICLOROQUINA.....	13
HAVRIX (PF).....	52	HIDROXIUREA.....	18
HEATHER.....	54	HIPURATO DE METENAMINA.....	15
HEPARINA (PORCINA) EN DEXT. AL 5%.....	38	HIZENTRA.....	52
HEPARINA (PORCINA) EN NACL AL 0.45%, SOLUCIÓN PARENTERAL, INTRAVENOSA, 25,000 UNIDADES/250 ML, 25,000 UNIDADES/500 ML.....	38	HUMALOG JUNIOR KWIKPEN U-100.....	46
HEPARINA (PORCINA) EN NACL (PF).....	38	HUMALOG KWIKPEN, INSULINA.....	46
HEPARINA, PORCINA (PF), JERINGA INYECTABLE.....	38	HUMALOG MIX 50-50, INSULINA U-100.....	46
HEPARINA (PORCINA), SOLUCIÓN INYECTABLE.....	38	HUMALOG MIX 50-50 KWIKPEN.....	46
HEPARIN (PORCINA), JERINGA INYECTABLE, 5,000 UNIDADES/ML.....	38	HUMALOG MIX 75-25 KWIKPEN.....	46
HETLIOZ.....	32	HUMALOG MIX 75-25 (U-100), INSULINA.....	46
HIBERIX (PF).....	52	HUMALOG U-100, INSULINA.....	46
HICLATO DE DOXICICLINA, CÁPSULAS ORALES.....	15	HUMIRA (CF), KIT DE JERINGA SUBCUTÁNEA, 10 MG/0.1 ML, 20 MG/0.2 ML.....	54
		HUMIRA (CF), KIT DE JERINGA SUBCUTÁNEA, 40 MG/0.4 ML.....	54
		HUMIRA (CF) PEDI CROHNS, PAQUETE INICIAL, KIT DE JERINGA SUBCUTÁNEA, 80 MG/0.8 ML.....	53

Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
HUMIRA (CF) PEDI CROHNS, PAQUETE INICIAL, KIT DE JERINGA SUBCUTÁNEA, 80 MG/0.8 ML-40 MG/0.4 ML.....	53	IMBRUVICA, CÁPSULAS ORALES, 140 MG.....	18
HUMIRA (CF) PEN CROHNS-UC-HS.....	53	IMBRUVICA, COMPRIMIDOS ORALES.....	18
HUMIRA (CF) PEN, KIT DE LAPICERA PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA, 40 MG/0.4 ML.....	53	IMBRUVICA, SUSPENSIÓN ORAL.....	18
HUMIRA (CF) PEN, KIT DE LAPICERA PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA, 80 MG/0.8 ML.....	53	IMFINZI.....	18
HUMIRA (CF) PEN PEDIATRIC UC.....	53	IMIPENEM-CILASTATINA.....	13
HUMIRA (CF) PEN PSOR-UV-ADOL HS.....	53	IMIQUIMOD, CREMA TÓPICA EN BOMBA CON DOSIS MEDIDAS.....	40
HUMIRA, KIT DE JERINGA SUBCUTÁNEA, 40 MG/0.8 ML.....	53	IMIQUIMOD, CREMA TÓPICA EN PAQUETE, 3.75%.....	40
HUMIRA PEN.....	53	IMIQUIMOD, CREMA TÓPICA EN PAQUETE, 5%.....	40
HUMIRA PEN CROHNS-UC-HS, PAQUETE INICIAL.....	53	IMOVAX (PF), VACUNA ANTIRRÁBICA.....	52
HUMIRA PEN PSOR-UEITS-ADOL HS.....	53	INCASSIA.....	54
HUMULIN 70/30 U-100, INSULINA.....	46	INCRELEX.....	43
HUMULIN 70/30 U-100 KWIKPEN.....	46	INCRUSE ELLIPTA.....	60
HUMULIN N NPH, INSULINA KWIKPEN.....	46	INDAPAMIDA.....	36
HUMULIN N NPH U-100, INSULINA.....	46	INFANRIX (DTAP) (PF), JERINGA INTRAMUSCULAR.....	52
HUMULIN R REGULAR U-100, INSULINA.....	46	INFLECTRA.....	50
HUMULIN R U-500 (CONC) INSULINA.....	46	INFUGEM.....	18
HUMULIN R U-500 (CONC) KWIKPEN.....	46	INFUMORPH P/F.....	27
HYDROCODONE-ACETAMINOPHEN, COMPRIMIDOS ORALES, 10-300 MG, 7.5-300 MG.....	27	INGREZZA.....	26
		INGREZZA, PAQUETE DE INICIACIÓN.....	26
		INLYTA, COMPRIMIDOS ORALES, 1 MG.....	18
		INLYTA, COMPRIMIDOS ORALES, 5 MG.....	18
		INQOVI.....	18
		INREBIC.....	18
		INSULIN LISPRO.....	46
		INSULIN LISPRO PROTAMIN-LISPRO.....	46
		INTELENCE, COMPRIMIDOS ORALES, 25 MG.....	9
		INTELENCE, COMPRIMIDOS ORALES, 100 MG, 200 MG.....	9
		INTRALIPID, EMULSIÓN INTRAVENOSA, 20%, 30%.....	63
		INTRON A, SOL. PARA RECONST. INYECT., 10 MILLONES DE UNIDADES (1 ML), 50 MILLONES DE UNIDADES (1 ML).....	51
		INTROVALE.....	55
		INVEGA HAFYERA, JERINGA INTRAMUSCULAR, 1,092 MG/3.5 ML.....	32
		INVEGA HAFYERA, JERINGA INTRAMUSCULAR, 1,560 MG/5 ML.....	32
		INVEGA SUSTENNA, JERINGA INTRAMUSCULAR, 39 MG/0.25 ML.....	32
		INVEGA SUSTENNA, JERINGA INTRAMUSCULAR, 78 MG/0.5 ML.....	32
IBANDRONATO ORAL.....	53		
IBRANCE.....	18		
IBU.....	28		
IBUPROFENO, COMPRIMIDOS ORALES, 400 MG, 600 MG, 800 MG.....	28		
IBUPROFENO, SUSPENSIÓN ORAL.....	28		
ICATIBANTO.....	60		
ICLEVIA.....	55		
ICLUSIG.....	18		
IDARRUBICINA.....	18		
IDHIFA.....	18		
IFOSFAMIDA.....	18		
IMATINIB, COMPRIMIDOS ORALES, 100 MG.....	18		
IMATINIB, COMPRIMIDOS ORALES, 400 MG.....	18		
IMBRUVICA, CÁPSULAS ORALES, 70 MG.....	18		

Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
INVEGA SUSTENNA, JERINGA INTRAMUSCULAR, 117 MG/0.75 ML	32	ISRADIPINA	36
INVEGA SUSTENNA, JERINGA INTRAMUSCULAR, 156 MG/ML	32	ITRACONAZOL, CÁPSULAS ORALES	8
INVEGA SUSTENNA, JERINGA INTRAMUSCULAR, 234 MG/1.5 ML	32	ITRACONAZOL, SOLUCIÓN ORAL	8
INVEGA TRINZA, JERINGA INTRAMUSCULAR, 273 MG/0.88 ML	32	IVERMECTINA ORAL	13
INVEGA TRINZA, JERINGA INTRAMUSCULAR, 410 MG/1.32 ML	32	IXEMPRA	18
INVEGA TRINZA, JERINGA INTRAMUSCULAR, 546 MG/1.75 ML	32	IXIARO (PF)	52
INVEGA TRINZA, JERINGA INTRAMUSCULAR, 819 MG/2.63 ML	32		
INVELTYS	58	J	
INVIRASE, COMPRIMIDOS ORALES	9	JAIMESS	55
INVOKAMET	46	JAKAFI	18
INVOKAMET XR	46	JANTOVEN	38
INVOKANA	46	JANUMET	46
IPOL	52	JANUMET XR, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA, MULTIFÁSICA, 24 HORAS, 50-1,000 MG, 50-500 MG	46
IPRATROPIO-ALBUTEROL	60	JANUMET XR, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA, MULTIFÁSICA, 24 HORAS, 100-1,000 MG	46
IRBESARTÁN	36	JANUVIA	46
IRBESARTÁN-HIDROCLOROTIAZIDA	36	JARDIANCE	46
IRESSA	18	JASMIEL (28)	55
IRINOTECÁN	18	JEMPERLI	18
IRRIGACIÓN DE SOLUCIÓN DE LACTATO SÓDICO COMPUESTA	42	JENCYCLA	54
IRRIGACIÓN DE SOLUCIÓN DE LACTATO SÓDICO COMPUESTA	42	JENTADUETO	46
ISENTRESS, COMPRIMIDOS ORALES	9	JENTADUETO XR, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN INMEDIATA-LIBERACIÓN PROLONGADA, BIFÁSICA, 24 HORAS, 2.5-1,000 MG	46
ISENTRESS, COMPRIMIDOS ORALES MASTICABLES, 25 MG	9	JENTADUETO XR, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN INMEDIATA-LIBERACIÓN PROLONGADA, BIFÁSICA, 24 HORAS, 5-1,000 MG	46
ISENTRESS, COMPRIMIDOS ORALES MASTICABLES, 100 MG	9	JERINGA PARA INSULINA CON AGUJA, U-100, 0.3 ML CALIBRE 29, 1 ML CALIBRE 29 X 1/2", 1/2 ML CALIBRE 28	46
ISENTRESS, DE DOSIS ALTA	9	JEVTANA	18
ISENTRESS, PAQUETE DE POLVO ORAL	9	JOLESSA	55
ISIBLOOM	55	JULEBER	55
ISONIAZIDA, COMPRIMIDOS ORALES	13	JULUCA	9
ISONIAZIDA, SOLUCIÓN ORAL	13	JUNEL 1.5/30 (21)	55
ISOSORBIDA-HIDRALAZINA	39	JUNEL 1/20 (21)	55
ISOTRETINOÍNA, CÁPSULAS ORALES, 10 MG, 20 MG, 30 MG, 40 MG	40	JUNEL FE 1.5/30 (28)	55
		JUNEL FE 1/20 (28)	55
		JUNEL FE 24	55

Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
K			
KABIVEN	63	KYNMOBI, PELÍCULA SUBLINGUAL, 10 MG, 15 MG, 20 MG, 25 MG, 30 MG	25
KADCYLA	18	KYPROLIS	18
KAITLIB FE	56	L	
KALETRA, COMPRIMIDOS ORALES, 100-25 MG	9	LABETALOL ORAL	36
KALETRA, COMPRIMIDOS ORALES, 200-50 MG	9	LACOSAMIDA, COMPRIMIDOS ORALES, 50 MG	24
KALLIGA	56	LACOSAMIDA, COMPRIMIDOS ORALES, 100 MG, 150 MG, 200 MG	24
KALYDECO, COMPRIMIDOS ORALES	60	LACOSAMIDA INTRAVENOSA	24
KALYDECO, PAQUETE DE GRÁNULOS ORALES	60	LACOSAMIDA, SOLUCIÓN ORAL	24
KARIVA (28)	56	LACRISERT	58
KELNOR 1/35 (28)	56	LACTATO DE AMONIO	39
KELNOR 1-50 (28)	56	LACTATO DE HALOPERIDOL INYECTABLE	31
KERENDIA	36	LACTATO DE HALOPERIDOL ORAL	31
KETOCONAZOL, CHAMPÚ TÓPICO	41	LACTULOSA, SOLUCIÓN ORAL	50
KETOCONAZOL, CREMA TÓPICA	41	LAMIVUDINA, COMPRIMIDOS ORALES, 100 MG, 300 MG	9
KETOCONAZOL ORAL	8	LAMIVUDINA, COMPRIMIDOS ORALES, 150 MG	9
KETOROLACO OFTÁLMICO (OJOS)	58	LAMIVUDINA, SOLUCIÓN ORAL	9
KEYTRUDA	18	LAMIVUDINA-ZIDOVUDINA	9
KIMMTRAK	18	LAMOTRIGINA, COMPRIMIDOS DE DESINTEGRACIÓN ORAL	24
KINRIX (PF), JERINGA INTRAMUSCULAR	52	LAMOTRIGINA, COMPRIMIDOS ORALES	24
KISQALI	18	LAMOTRIGINA, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA, 24 HORAS	24
KISQALI FEMARA CO-PACK, COMPRIMIDOS ORALES, 200 MG/DÍA (200 MG X 1), 2.5 MG	18	LAMOTRIGINA, COMPRIMIDOS ORALES MASTICABLES DISPERSABLES	24
KISQALI FEMARA CO-PACK, COMPRIMIDOS ORALES, 400 MG/DÍA (200 MG X 2), 2.5 MG	18	LANOXIN, COMPRIMIDOS ORALES, 62.5 MCG (0.0625 MG)	39
KISQALI FEMARA CO-PACK, COMPRIMIDOS ORALES, 600 MG/DÍA (200 MG X 3), 2.5 MG	18	LANOXIN, PEDIÁTRICO	39
KLISYRI	18	LANSOPRAZOL, CÁPSULAS ORALES, LIBERACIÓN RETARDADA (DR/EC)	51
KLOR-CON	61	LANTUS SOLOSTAR U-100, INSULINA	46
KLOR-CON 8	62	LANTUS U-100, INSULINA	46
KLOR-CON 10	61	LAPATINIB	18
KLOR-CON M10	62	LARIN 1.5/30 (21)	56
KLOR-CON M15	62	LARIN 1/20 (21)	56
KLOR-CON M20	62	LARIN 24 FE	56
KLOXXADO	28	LARIN FE 1.5/30 (28)	56
KORLYM	48	LARIN FE 1/20 (28)	56
K-PHOS ORIGINAL	61		
KURVELO (28)	56		
KUVAN	48		

Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
LATANOPROST	58	LEVOFLOXACINA, SOLUCIÓN ORAL	14
LATUDA, COMPRIMIDOS ORALES, 80 MG	32	LEVONEST (28)	56
LATUDA, COMPRIMIDOS ORALES, 120 MG, 20 MG, 40 MG, 60 MG	32	LEVONORGESTREL-ETINILESTRADIOL	56
LAYOLIS FE	56	LEVONORG-ETETINILESTRADIOL TRIFÁSICO	56
LEENA 28	56	LEVORA-28	56
LEFLUNOMIDA	54	LEVO-T	49
LENALIDOMIDA, CÁPSULAS ORALES, 2.5 MG	19	LEVOTIROXINA, COMPRIMIDOS ORALES	49
LENALIDOMIDA, CÁPSULAS ORALES, 10 MG, 15 MG, 25 MG, 5 MG	19	LEVOXYL, COMPRIMIDOS ORALES, 100 MCG, 112 MCG, 175 MCG	49
LENALIDOMIDA, CÁPSULAS ORALES, 20 MG	19	LEVOXYL, COMPRIMIDOS ORALES, 125 MCG, 137 MCG, 150 MCG, 200 MCG, 25 MCG, 50 MCG, 75 MCG, 88 MCG	49
LENVIMA, CÁPSULAS ORALES, 10 MG/DÍA (10 MG X 1), 4 MG	19	LEXIVA, SUSPENSIÓN ORAL	9
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)	19	LIBTAYO	19
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)	19	LIDOCAÍNA, PARCHE ADHESIVO TÓPICO, MEDICADO, 5%	40
LESSINA	56	LIDOCAÍNA (PF) INTRAVENOSA	35
LETROZOL	19	LIDOCAÍNA (PF), SOLUCIÓN INYECTABLE	40
LEUCOVORINA CÁLCICA, INYECTABLE	15	LIDOCAÍNA, POMADA TÓPICA	40
LEUCOVORINA CÁLCICA ORAL	15	LIDOCAÍNA-PRILOCAÍNA, CREMA TÓPICA	40
LEUKERAN	19	LIDOCAÍNA VISCOSA	40
LEUKINE, SOL. PARA RECONST. INYECTABLE	51	LINCOMICINA	13
LEUPROLIDA SUBCUTÁNEA, KIT	19	LINDANO, CHAMPÚ TÓPICO	42
LEVEMIR FLEXTOUCH U-100, INSULINA	46	LINEZOLIDA-CLORURO DE SODIO AL 0.9%	13
LEVEMIR U-100, INSULINA	46	LINEZOLIDA, COMPRIMIDOS ORALES	13
LEVETIRACETAM EN NACL (ISO-OSM.), INFUSIÓN SECUNDARIA INTRAVENOSA, 1,000 MG/100 ML, 1,500 MG/100 ML, 500 MG/100 ML	24	LINEZOLIDA EN DEXTROSA AL 5%	13
LEVETIRACETAM INTRAVENOSO	24	LINEZOLIDA, SUSPENSIÓN ORAL PARA RECONSTITUCIÓN	13
LEVETIRACETAM ORAL	24	LINZESS	50
LEVOBUNOLOL, GOTAS OFTÁLMICAS (OJOS), 0.5% ..	57	LIOTIRONINA ORAL	49
LEVOCARNITINA, COMPRIMIDOS ORALES	43	LISINOPRIL	36
LEVOCARNITINA (CON AZÚCAR)	43	LISINOPRIL-HIDROCLOROTIAZIDA	36
LEVOCARNITINA, SOLUCIÓN ORAL, 100 MG/ML	43	LIVALO	38
LEVOCETIRIZINA, COMPRIMIDOS ORALES	59	L NORGEST/E.ESTRADIOL-E.ESTRAD	56
LEVOCETIRIZINA, SOLUCIÓN ORAL	59	LOJAIMIESS	56
LEVOFLOXACINA, COMPRIMIDOS ORALES	14	LOKELMA	43
LEVOFLOXACINA EN D5W	14	LONSURF, COMPRIMIDOS ORALES, 15-6.14 MG	19
LEVOFLOXACINA INTRAVENOSA	14	LONSURF, COMPRIMIDOS ORALES, 20-8.19 MG	19
		LOPERAMIDA, CÁPSULAS ORALES	50
		LOPINAVER-RITONAVIR, COMPRIMIDOS ORALES, 100-25 MG	9

Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
LOPINAVIR-RITONAVIR, COMPRIMIDOS ORALES, 200-50 MG.....	9	LUTERA (28).....	56
LOPINAVIR-RITONAVIR, SOLUCIÓN ORAL.....	9	LYBALVI.....	32
LORAZEPAM, COMPRIMIDOS ORALES, 0.5 MG, 1 MG.....	32	LYNPARZA.....	19
LORAZEPAM, COMPRIMIDOS ORALES, 2 MG.....	32	LYSODREN.....	19
LORAZEPAM, CONCENTRADO ORAL.....	32	LYUMJEV KWIKPEN U-100, INSULINA.....	46
LORAZEPAM, INTENSOL.....	32	LYUMJEV KWIKPEN U-200, INSULINA.....	46
LORAZEPAM, JERINGA INYECTABLE, 2 MG/ML.....	32	LYUMJEV U-100, INSULINA.....	46
LORAZEPAM, JERINGA ORAL.....	32	LYZA.....	54
LORAZEPAM, SOLUCIÓN INYECTABLE.....	32		
LORBRENA, COMPRIMIDOS ORALES, 25 MG.....	19	M	
LORBRENA, COMPRIMIDOS ORALES, 100 MG.....	19	MALATIÓN.....	42
LORYNA (28).....	56	MALEATO DE ASENAPINA, COMPRIMIDOS SUBLINGUALES, 5 MG.....	29
LOSARTÁN.....	36	MALEATO DE ASENAPINA, COMPRIMIDOS SUBLINGUALES, 10 MG, 2.5 MG.....	29
LOSARTÁN-HIDROCLOROTIAZIDA, COMPRIMIDOS ORALES, 50-12.5 MG.....	36	MALEATO DE ENALAPRIL, COMPRIMIDOS ORALES...	36
LOSARTÁN-HIDROCLOROTIAZIDA, COMPRIMIDOS ORALES, 100-12.5 MG, 100-25 MG.....	36	MALEATO DE PROCLORPERAZINA.....	50
LOTEMAX.....	58	MALEATO DE TIMOLOL, GOTAS OFTÁLMICAS (OJOS).....	57
LOTEMAX SM.....	58	MALEATO DE TIMOLOL ORAL.....	37
LOVASTATINA, COMPRIMIDOS ORALES, 10 MG.....	38	MARAVIROC, COMPRIMIDOS ORALES, 150 MG.....	9
LOVASTATINA, COMPRIMIDOS ORALES, 20 MG, 40 MG.....	38	MARAVIROC, COMPRIMIDOS ORALES, 300 MG.....	10
LOW-OGESTREL (28).....	56	MARGENZA.....	19
LO-ZUMANDIMINE (28).....	56	MARLISSA (28).....	56
LUMAKRAS.....	19	MARPLAN.....	32
LUMIGAN, GOTAS OFTÁLMICAS (OJOS), 0.01%.....	58	MARQIBO.....	19
LUMIZYME.....	48	MATULANE.....	19
LUMOXITI.....	19	MATZIM LA.....	36
LUPRON DEPOT.....	19	MAVYRET, COMPRIMIDOS ORALES.....	10
LUPRON DEPOT (3 MESES).....	19	MAVYRET, PÍLDORAS DE ADMINISTRACIÓN ORAL EN PAQUETES.....	10
LUPRON DEPOT (4 MESES).....	19	MECLIZINA, COMPRIMIDOS ORALES, 12.5 MG, 25 MG.....	50
LUPRON DEPOT (6 MESES).....	19	MEDROL, COMPRIMIDOS ORALES, 2 MG.....	44
LUPRON DEPOT-PED (3 MESES), KIT CON JERINGA INTRAMUSCULAR, 11.25 MG.....	19	MEDROXIPROGESTERONA INTRAMUSCULAR.....	54
LUPRON DEPOT-PED (3 MESES), KIT CON JERINGA INTRAMUSCULAR, 30 MG.....	19	MEDROXIPROGESTERONA ORAL.....	54
LUPRON DEPOT-PED, KIT INTRAMUSCULAR, 7.5 MG (PEDIÁTRICA).....	15	MEFLOQUINA.....	13
LUPRON DEPOT-PED, KIT INTRAMUSCULAR, 11.25 MG, 15 MG.....	19	MEGESTROL, COMPRIMIDOS ORALES.....	19
		MEGESTROL, SUSPENSIÓN ORAL, 400 MG/10 ML (10 ML), 400 MG/10 ML (40 MG/ML), 800 MG/20 ML (20 ML).....	19

Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
MEKINIST, COMPRIMIDOS ORALES, 0.5 MG	19	METFORMINA, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA, 24 HORAS, 1,000 MG	47
MEKINIST, COMPRIMIDOS ORALES, 2 MG	19	METFORMINA, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA, 24 HORAS, 500 MG	47
MEKTOVI	19	METFORMINA, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA, 24 HORAS, 500 MG	47
MELFALÁN	19	METFORMINA, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA, 24 HORAS, 750 MG	47
MELOXICAM, COMPRIMIDOS ORALES, 7.5 MG	29	METFORMIN, SOLUCIÓN ORAL	46
MELOXICAM, COMPRIMIDOS ORALES, 15 MG	28	METHYLPRED DP	44
MEMANTINA, CÁPSULAS ORALES CON GRÁNULOS, LIB. PROLONGADA, 24 HORAS	26	METILDOPA	36
MEMANTINA, COMPRIMIDOS ORALES, 5 MG	26	METILPREDNISOLONA, COMPRIMIDOS ORALES	44
MEMANTINA, COMPRIMIDOS ORALES, 10 MG	26	METILPREDNISOLONA, COMPRIMIDOS ORALES, PAQUETE DOSIFICADO	44
MEMANTINA, COMPRIMIDOS ORALES, PAQUETE DOSIFICADO	26	METIMAZOL, COMPRIMIDOS ORALES, 10 MG, 5 MG	45
MEMANTINA, SOLUCIÓN ORAL	26	METIROSINA	36
MENACTRA (PF), SOLUCIÓN INTRAMUSCULAR	52	METOCARBAMOL, COMPRIMIDOS ORALES, 500 MG, 750 MG	27
MENOSTAR	54	METOLAZONA	36
MENQUADFI (PF)	52	METOTREXATO SÓDICO INYECTABLE	19
MENVEO A-C-Y-W-135-DIP (PF)	52	METOTREXATO SÓDICO ORAL	19
MERCAPTOPURINA	19	METOTREXATO SÓDICO (PF)	19
MEROPENEM	13	METOXALENO	40
MEROPENEM-CLORURO DE SODIO AL 0.9%	13	METRO INTRAVENOSO	13
MERZEE	56	METRONIDAZOL, COMPRIMIDOS ORALES	13
MESALAMINA, CÁPSULAS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA, 24 HORAS	50	METRONIDAZOL EN NACL (ISO-OSM.)	13
MESALAMINA CON PAÑUELO LIMPIADOR	50	METRONIDAZOL TÓPICO	40
MESALAMINA, ENEMA RECTAL	50	METRONIDAZOL VAGINAL	54
MESILATO DE ZIPRASIDONA	34	MEXILETINA	35
MESNA	15	MIACALCIN INYECTABLE	48
MESNEX ORAL	15	MICAFUNGINA	8
METADATE, LIBERACIÓN PROLONGADA	32	MICOFENOLATO SÓDICO	20
METADONA, COMPRIMIDOS ORALES, 5 MG	28	MICROGESTIN 1.5/30 (21)	56
METADONA, COMPRIMIDOS ORALES, 10 MG	28	MICROGESTIN 1/20 (21)	56
METADONA, CONCENTRADO ORAL	27	MICROGESTIN FE 1.5/30 (28)	56
METADONA, SOLUCIÓN INYECTABLE	27	MICROGESTIN FE 1/20 (28)	56
METADONA, SOLUCIÓN ORAL, 5 MG/5 ML	27	MIDODRINA	43
METADONA, SOLUCIÓN ORAL, 10 MG/5 ML	27	MIGERGOT	26
METAPROTERENOL, JARABE ORAL	60	MIGLITOL, COMPRIMIDOS ORALES, 25 MG	47
METAZOLAMIDA	58	MIGLITOL, COMPRIMIDOS ORALES, 50 MG	47
METFORMINA, COMPRIMIDOS ORALES, 1,000 MG	47	MIGLITOL, COMPRIMIDOS ORALES, 100 MG	47
METFORMINA, COMPRIMIDOS ORALES, 500 MG	47		
METFORMINA, COMPRIMIDOS ORALES, 850 MG	47		

Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
MIGLUSTATO.....	49	MONTELUKAST, PAQUETE DE GRÁNULOS ORALES... 60	
MILI.....	56	MORFINA, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA.....	28
MINOCICLINA, CÁPSULAS ORALES.....	15	MORFINA, JERINGA INTRAVENOSA, 2 MG/ML, 4 MG/ML.....	28
MINOCICLINA, COMPRIMIDOS ORALES.....	15	MORFINA (PF), SOLUCIÓN INYECTABLE, 0.5 MG/ML, 1 MG/ML.....	28
MINOXIDIL ORAL.....	36	MORFINA, SOLUCIÓN INTRAVENOSA, 10 MG/ML, 4 MG/ML, 8 MG/ML.....	28
MIRTAZAPINA, COMPRIMIDOS DE DESINTEGRACIÓN ORAL.....	32	MORFINA, SOLUCIÓN INYECTABLE, 8 MG/ML.....	28
MIRTAZAPINA, COMPRIMIDOS ORALES.....	32	MORFINA, SOLUCIÓN ORAL.....	28
MISOPROSTOL.....	51	MORFINA, SOLUCIÓN ORAL CONCENTRADA.....	28
MITIGARE.....	53	MORPHINE, COMPRIMIDOS ORALES.....	28
MITOMICINA INTRAVENOSA.....	19	MORPHINE, JERINGA INTRAVENOSA, 10 MG/ML, 8 MG/ML.....	28
MITOXANTRONA.....	19	MORPHINE, JERINGA INYECTABLE, 2 MG/ML, 4 MG/ML.....	28
M-M-R II (PF).....	52	MORPHINE, SOLUCIÓN INYECTABLE, 10 MG/ML, 2 MG/ML, 4 MG/ML, 5 MG/ML.....	28
M-NATAL PLUS.....	63	MOUNJARO.....	47
MODAFINIL, COMPRIMIDOS ORALES, 100 MG.....	32	MOVANTIK.....	50
MODAFINIL, COMPRIMIDOS ORALES, 200 MG.....	33	MOXIFLOXACINA-ACETATO SÓDICO, SULFATO EN AGUA.....	15
MOEXIPRIL.....	36	MOXIFLOXACINA-CLORURO DE SODIO (ISO).....	15
MOFETIL MICOFENOLATO, CÁPSULAS ORALES.....	19	MOXIFLOXACINA OFTÁLMICA (OJOS).....	57
MOFETIL MICOFENOLATO (CLORHIDRATO).....	19	MOXIFLOXACINA ORAL.....	14
MOFETIL MICOFENOLATO, COMPRIMIDOS ORALES.....	20	MOZOBIL.....	51
MOFETIL MICOFENOLATO, SUSPENSIÓN ORAL PARA RECONSTITUCIÓN.....	19	MUPIROCINA.....	41
MOLINDONA.....	33	MUPIROCINA CÁLCICA.....	41
MOMETASONA NASAL.....	60	MYLOTARG.....	20
MOMETASONA TÓPICA.....	42	MYORISAN.....	40
MONDOXYNE NL, CÁPSULAS ORALES, 100 MG.....	15	MYRBETRIQ, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA, 24 HORAS.....	61
MONJUVI.....	19		
MONOHIDRATO DE DOXICICLINA, CÁPSULAS ORALES, 100 MG, 50 MG.....	15		
MONOHIDRATO DE DOXICICLINA, CÁPSULAS ORALES, LIB. INMEDIATA-LIB. RETARDADA, BIFÁSICA.....	15		
MONOHIDRATO DE DOXICICLINA, COMPRIMIDOS ORALES.....	15		
MONOHIDRATO DE DOXICICLINA, SUSPENSIÓN ORAL PARA RECONSTITUCIÓN.....	15		
MONOHIDRATO DE NITROFURANTOÍNA/MACROCRIST.....	15		
MONO-LINYAH.....	56		
MONONITRATO DE ISOSORBIDA.....	39		
MONTELUKAST, COMPRIMIDOS ORALES.....	60		
MONTELUKAST, COMPRIMIDOS ORALES MASTICABLES.....	60		

N

NABUMETONA.....	29
NADOLOL.....	36
NAFCILINA EN DEXTROSA, ISO-OSM.....	14
NAFCILINA INYECTABLE.....	14
NAFCILINA, SOL. PARA RECONST. INTRAVENOSA, 2 GRAMOS.....	14
NAFTIFINA, CREMA TÓPICA.....	41

Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
NAFTIN, GEL TÓPICO, 2%	41	NEVIRAPINA, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA, 24 HORAS, 400 MG.	10
NAGLAZYME	49	NEVIRAPINA, SUSPENSIÓN ORAL	10
NALOXONA, JERINGA INYECTABLE, 1 MG/ML	29	NEXAVAR	20
NALOXONA NASAL	29	NEXLETOL	38
NALOXONA, SOLUCIÓN INYECTABLE	29	NEXLIZET	38
NALTREXONA	29	NIACINA, COMPRIMIDOS ORALES, 500 MG.	38
NAMZARIC	26	NIACINA, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA, 24 HORAS	38
NAPROXENO, COMPRIMIDOS ORALES	29	NIACOR	38
NAPROXENO, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN RETARDADA (DR/EC)	29	NICARDIPINA ORAL	36
NAPROXENO SÓDICO, COMPRIMIDOS ORALES, 275 MG, 550 MG	29	NICARDIPINA, SOLUCIÓN INTRAVENOSA	36
NAPROXENO, SUSPENSIÓN ORAL	29	NICOTROL	44
NARATRIPTÁN	26	NICOTROL NS	44
NARCAN	29	NIFEDIPINA, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA	36
NATACYN	57	NIFEDIPINA, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA, 24 HORAS	36
NATEGLINIDA, COMPRIMIDOS ORALES, 60 MG	47	NIKKI (28)	56
NATEGLINIDA, COMPRIMIDOS ORALES, 120 MG	47	NILUTAMIDA	20
NATPARA	49	NIMODIPINA	36
NAYZILAM	24	NINLARO	20
NDS	8	NIPENT	20
NEBIVOLOL	36	NISOLDIPINA	36
NECON 0.5/35 (28)	56	NISTATINA, COMPRIMIDOS ORALES	8
NEFAZODONA	33	NISTATINA, CREMA TÓPICA	41
NELARABINA	20	NISTATINA, POLVO TÓPICO	41
NEOMICINA	13	NISTATINA, POMADA TÓPICA	41
NEOMICINA-BACITRACINA-POLIMIXINA	57	NISTATINA, SUSPENSIÓN ORAL	8
NEOMICINA-BACITRACINA-POLIMIXINA-HC	58	NISTATINA-TRIAMCINOLONA	41
NEOMICINA-POLIMIXINA B-DEXAMETASONA	58	NITAZOXANIDE	13
NEOMICINA-POLIMIXINA B GU	42	NITISINONA	43
NEOMICINA-POLIMIXINA-GRAMICIDINA	57	NITROFURANTOÍNA	15
NEOMICINA-POLIMIXINA-HC OFTÁLMICA (OJOS)	58	NITROFURANTOÍNA, MACROCRISTALES	15
NEOMICINA-POLIMIXINA-HIDROCORTISONA ÓTICA (OÍDO)	44	NITROGLICERINA INTRAVENOSA	39
NEO-POLYCIN	57	NITROGLICERINA, PARCHE TRANSDÉRMICO, 24 HORAS	39
NEO-POLYCIN HC	58	NITROGLICERINA SUBLINGUAL	39
NERLYNX	20	NITROGLICERINA, TRANSLINGUAL	39
NEUPRO	25	NIVESTYM	51
NEVIRAPINA, COMPRIMIDOS ORALES	10	NIZATIDINA, CÁPSULAS ORALES	51
NEVIRAPINA, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA, 24 HORAS, 100 MG	10		

Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
NORA-BE.....	54	ODOMZO.....	20
NORET.-ETINILESTRADIOL/HIERRO.....	56	OFEV.....	60
NORETISTERONA AC-ETINILESTRADIOL, COMPRIMIDOS ORALES, 1-20 MG-MCG, 1.5-30 MG-MCG.....	56	OFLOXACINA OFTÁLMICA (OJOS).....	57
NORETISTERONA (ANTICONCEPTIVO).....	54	OFLOXACINA ÓTICA (OÍDOS).....	44
NORETISTERONA-ETINILESTRADIOL-HIERRO.....	56	OLANZAPINA, COMPRIMIDOS DE DESINTEGRACIÓN ORAL, 10 MG, 5 MG.....	33
NORGESTIMATO-ETINILESTRADIOL.....	56	OLANZAPINA, COMPRIMIDOS DE DESINTEGRACIÓN ORAL, 15 MG, 20 MG.....	33
NORTHERA, CÁPSULAS ORALES, 100 MG.....	43	OLANZAPINA, COMPRIMIDOS ORALES, 10 MG, 2.5 MG, 5 MG, 7.5 MG.....	33
NORTHERA, CÁPSULAS ORALES, 200 MG, 300 MG....	43	OLANZAPINA, COMPRIMIDOS ORALES, 15 MG, 20 MG.....	33
NORTREL 0.5/35 (28).....	56	OLANZAPINA-FLUOXETINA.....	33
NORTREL 1/35 (21).....	56	OLANZAPINA INTRAMUSCULAR.....	33
NORTREL 1/35 (28).....	56	OLMESARTÁN.....	36
NORTREL 7/7/7 (28).....	56	OLMESARTÁN-AMLODIPINA-HIDROCLOROTIAZIDA...	36
NORTRIPTILINA, CÁPSULAS ORALES.....	33	OLMESARTÁN-HIDROCLOROTIAZIDA.....	36
NORTRIPTILINA, SOLUCIÓN ORAL.....	33	OLOPATADINA OFTÁLMICA (OJOS).....	58
NORVIR, PAQUETE DE POLVO ORAL.....	10	OMEPRAZOL, CÁPSULAS ORALES, LIBERACIÓN RETARDADA (DR/EC).....	51
NORVIR, SOLUCIÓN ORAL.....	10	OMNIPOD 5 G6 INTRO KIT (GEN 5).....	47
NUBEQA.....	20	OMNIPOD 5 G6 PODS (GEN 5).....	47
NUCALA, AUTOINYECTOR, VÍA SUBCUTÁNEA.....	60	OMNIPOD CLASSIC PDM KIT (GEN 3).....	47
NUCALA, JERINGA SUBCUTÁNEA, 40 MG/0.4 ML.....	60	OMNIPOD CLASSIC PODS (GEN 3).....	47
NUCALA, JERINGA SUBCUTÁNEA, 100 MG/ML.....	60	OMNIPOD DASH INTRO KIT (GEN 4).....	47
NUEDEXTA.....	26	OMNIPOD DASH PDM KIT (GEN 4).....	47
NULOJIX.....	20	OMNIPOD DASH PODS (GEN 4).....	47
NUPLAZID.....	33	ONCASPAR.....	20
NUTRILIPID.....	63	ONDANSETRÓN.....	50
NUZYRA INTRAVENOSO.....	15	ONIVYDE.....	20
NUZYRA ORAL.....	15	ONUREG.....	20
NYAMYC.....	41	OPDIVO.....	20
NYLIA 1/35 (28).....	56	OPDUALAG.....	20
NYLIA 7/7/7 (28).....	56	OPSUMIT.....	60
NYMYO.....	56	ORALONE.....	44
NYSTOP.....	41	ORBACTIV.....	13
NYVEPRIA.....	51	ORENCIA CLICKJECT.....	54
O		ORENCIA, JERINGA SUBCUTÁNEA, 50 MG/0.4 ML.....	54
OCALIVA.....	50	ORENCIA, JERINGA SUBCUTÁNEA, 87.5 MG/0.7 ML...	54
OCELLA.....	56	ORENCIA, JERINGA SUBCUTÁNEA, 125 MG/ML.....	54
OCREVUS.....	26	ORGOVYX.....	20
ODEFSEY.....	10		

Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
ORKAMBI, COMPRIMIDOS ORALES	60	PALIPERIDONA, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA, 24 HORAS, 3 MG, 6 MG.....	33
ORKAMBI, PAQUETE DE GRÁNULOS ORALES.....	60	PALONOSETRÓN, SOLUCIÓN INTRAVENOSA, 0.25 MG/5 ML	50
OSELTAMIVIR	10	PAMIDRONATO.....	49
OXACILINA INYECTABLE	14	PAÑOS CON ALCOHOL.....	45
OXALATO DE ESCITALOPRAM, COMPRIMIDOS ORALES, 10 MG, 5 MG	31	PANRETIN.....	40
OXALATO DE ESCITALOPRAM, COMPRIMIDOS ORALES, 20 MG	31	PANTOPRAZOL, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN RETARDADA (DR/EC)	51
OXALATO DE ESCITALOPRAM, SOLUCIÓN ORAL.....	31	PA; QL (1/28); NDS.....	39
OXALIPLATINO	20	PARICALCITOL ORAL.....	49
OXANDROLONA, COMPRIMIDOS ORALES, 2.5 MG	49	PAROEX, ENJUAGUE BUCAL.....	44
OXANDROLONA, COMPRIMIDOS ORALES, 10 MG.....	49	PAROMOMICINA.....	13
OXAPROZINA	29	PAROXETINE HCL, SUSPENSIÓN ORAL, 10 MG/5 ML ..	33
OXAZEPAM.....	33	PASER	13
OXCARBAZEPINA	24	PAXIL, SUSPENSIÓN ORAL.....	33
OXERVATE	58	PEDIARIX (PF).....	52
OXICODONA-ACETAMINOFENO, COMPRIMIDOS ORALES, 10-325 MG, 2.5-325 MG, 5-325 MG, 7.5-325 MG	28	PEDVAX HIB (PF)	52
OXICODONA, COMPRIMIDOS ORALES, 5 MG.....	28	PEG 3350-ELECTROLITOS, SOL. PARA RECONST. ORAL, 236-22.74-6.74-5.86 GRAMOS	50
OXICODONA, COMPRIMIDOS ORALES, 10 MG, 15 MG, 20 MG, 30 MG	28	PEGASYS, JERINGA SUBCUTÁNEA	51
OXICODONA, CONCENTRADO ORAL.....	28	PEGASYS, SOLUCIÓN SUBCUTÁNEA	51
OXICODONA, SOLUCIÓN ORAL	28	PEG-ELECTROLITOS, SOLUCIÓN	50
OXICODONE, JERINGA ORAL	28	PEMAZYRE.....	20
OXIMORFONA, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA, 12 HORAS.....	28	PEMETREXED DISÓDICO, SOL. PARA RECONST. INTRAVENOSA	20
OZEMPIC, LAPICERA PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA, 0.25 MG O 0.5 MG (2 MG/1.5 ML).....	47	PENICILAMINA	54
OZEMPIC, LAPICERA PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA, 1 MG/DOSIS (4 MG/3 ML, 2 MG/DOSIS (8 MG/3 ML)	47	PENICILINA G POTÁSICA.....	14
P		PENICILINA V POTÁSICA, COMPRIMIDOS ORALES, 250 MG	14
PACERONA, COMPRIMIDOS ORALES, 100 MG, 200 MG, 400 MG	35	PENICILINA V POTÁSICA, COMPRIMIDOS ORALES, 500 MG	14
PACLITAXEL.....	20	PENICILINA V POTÁSICA, SOLUCIÓN PARA RECONST. ORAL	14
PACLITAXEL PROTEIN-BOUND	20	PENTACEL (PF).....	52
PADCEV.....	20	PENTAMIDINA INYECTABLE	13
PALIPERIDONA, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA, 24 HORAS, 1.5 MG, 9 MG	33	PENTAMIDINA PARA INHALAR	13
		PENTASA.....	50
		PENTOXIFILINA	38
		PERFENAZINA	33
		PERFENAZINA-AMITRIPTILINA	33

Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
PERFOROMIST	60	POTASSIUM CHLORID-D5-0.45% NACL, SOLUCIÓN PARENTERAL INTRAVENOSA, 10 MEQ/L, 20 MEQ/L, 40 MEQ/L	62
PERIKABIVEN	63	POTASSIUM CHLORIDE-D5-0.2% NACL, SOLUCIÓN PARENTERAL INTRAVENOSA, 20 MEQ/L	62
PERINDOPRIL ERBUMINA	36	POTASSIUM CHLORIDE-D5-0.9% NACL	62
PERJETA	20	POTELIGEO	20
PERMETRINA	42	PRADAXA	38
PERSERIS	33	PRAMIPEXOL, COMPRIMIDOS ORALES	25
PFIZERPEN-G	14	PRAMIPEXOL, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA, 24 HORAS	25
PHESGO	20	PRASUGREL	38
PHILITH	56	PRAVASTATINA	38
PHOSPHOLINE IODIDE	58	PRAZICUANTEL	13
PIFELTRO	10	PRAZOSINA	36
PIMECROLIMUS	40	PREDNICARBATO, POMADA TÓPICA	42
PIMOZIDA	33	PREDNISOLONA, SOLUCIÓN ORAL	44
PIMTREA (28)	56	PREDNISONA, COMPRIMIDOS ORALES, 1 MG, 10 MG, 2.5 MG, 20 MG, 5 MG	45
PINDOLOL	36	PREDNISONA, COMPRIMIDOS ORALES, 50 MG	45
PIOGLITAZONA	47	PREDNISONA, COMPRIMIDOS ORALES, PAQUETE DOSIFICADO	45
PIOGLITAZONA-METFORMINA	47	PREDNISONA, INTENSOL	44
PIPERACILINA-TAZOBACTAM	14	PREDNISONA, SOLUCIÓN ORAL	44
PIQRAY	20	PREGABALINA, CÁPSULAS ORALES, 100 MG, 150 MG, 25 MG, 50 MG, 75 MG	24
PIRAZINAMIDA	13	PREGABALINA, CÁPSULAS ORALES, 200 MG	24
PIRFENIDONA, COMPRIMIDOS ORALES, 267 MG	60	PREGABALINA, CÁPSULAS ORALES, 225 MG, 300 MG	24
PIRFENIDONA, COMPRIMIDOS ORALES, 801 MG	60	PREGABALINA, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA, 24 HORAS, 165 MG, 82.5 MG	24
PIRFENIDONE, COMPRIMIDOS ORALES, 534 MG	60	PREGABALINA, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA, 24 HORAS, 330 MG	24
PIRIMETAMINA	13	PREGABALINA, SOLUCIÓN ORAL	24
PIRMELLA, COMPRIMIDOS ORALES, 0.5/0.75/1 MG-35 MCG	56	PREHEVBRI (PF)	52
PIRMELLA, COMPRIMIDOS ORALES, 1-35 MG-MCG	56	PREMARIN INYECTABLE	54
PLENAMINE	63	PREMARIN ORAL	54
PNV-DHA	63	PREMARIN VAGINAL	54
PNV-OMEGA	63	PREMASOL 10%	63
PNV-SELECT	63	PRENATAL PLUS (CARBONATO DE CALCIO)	63
PODOFILOX	40	PRENATAL VITAMIN PLUS LOW IRON	63
POLIMIXINA B SULFATO DE TRIMETOPRIMA	57		
POLIVY	20		
POLYCIN	57		
POMALYST	20		
PORTIA 28	56		
PORTRAZZA	20		
POSACONAZOL	8		

Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
PREVALITE.....	39	PROMETAZINA, SUPOSITARIO RECTAL, 12.5 MG, 25 MG.....	59
PREVYMIS ORAL.....	10	PROMETHEGAN, SUPOSITARIO RECTAL, 25 MG, 50 MG.....	59
PREZCOBIX.....	10	PROPAFENONA, CÁPSULAS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA, 12 HORAS.....	35
PREZISTA, COMPRIMIDOS ORALES, 75 MG.....	10	PROPAFENONA, COMPRIMIDOS ORALES.....	35
PREZISTA, COMPRIMIDOS ORALES, 150 MG.....	10	PROPILOTIOURACILO.....	45
PREZISTA, COMPRIMIDOS ORALES, 600 MG.....	10	PROPIONATO DE FLUTICASONA, CREMA TÓPICA.....	42
PREZISTA, COMPRIMIDOS ORALES, 800 MG.....	10	PROPIONATO DE FLUTICASONA NASAL.....	60
PREZISTA, SUSPENSIÓN ORAL.....	10	PROPIONATO DE FLUTICASONA, POMADA TÓPICA.....	42
PRIFTIN.....	13	PROPIONATO DE FLUTICASONA-SALMETEROL PARA INHALACIÓN, BLÍSTER CON DISPOSITIVO.....	60
PRIMAQUINE.....	13	PROPIONATO DE HALOBETASOL, CREMA TÓPICA.....	42
PRIMIDONA.....	24	PROPIONATO DE HALOBETASOL, POMADA TÓPICA.....	42
PR NATAL 400.....	63	PROPRANOLOL, CÁPSULAS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA, 24 HORAS.....	37
PR NATAL 400 EC.....	63	PROPRANOLOL, COMPRIMIDOS ORALES.....	37
PR NATAL 430.....	63	PROPRANOLOL-HIDROCLOROTIAZIDA.....	37
PR NATAL 430 EC.....	63	PROPRANOLOL, SOLUCIÓN ORAL.....	37
PROBENECID.....	53	PROQUAD (PF).....	52
PROBENECID/COLCHICINA.....	53	PROSOL 20%.....	63
PROCALAMINE 3%.....	63	PROTRIPTILINA.....	33
PROCLORPERAZINA.....	50	PULMICORT, SUSPENSIÓN PARA INHALACIÓN PARA NEBULIZACIÓN, 0.25 MG/2 ML, 0.5 MG/2 ML.....	60
PROCRT.....	52	PULMICORT, SUSPENSIÓN PARA INHALACIÓN PARA NEBULIZACIÓN, 1 MG/2 ML.....	60
PROCTO-MED HC.....	50	PULMOZYME.....	60
PROCTO-PAK.....	51	PURIXAN.....	20
PROCTOSOL HC TÓPICO.....	51		
PROCTOZONA-HC.....	51	Q	
PROGESTERONA MICRONIZADA.....	54	QINLOCK.....	20
PROGRAF INTRAVENOSO.....	20	QL (20/30).....	58
PROGRAF, PAQUETE DE GRÁNULOS ORALES.....	20	QL (30/30).....	61
PROLASTIN-C, SOL. PARA RECONST. INTRAVENOSA.....	43	QUADRACEL (PF).....	52
PROLASTIN-C, SOLUCIÓN INTRAVENOSA.....	43	QUETIAPINA, COMPRIMIDOS ORALES, 100 MG, 25 MG, 50 MG.....	33
PROLENSA.....	58	QUETIAPINA, COMPRIMIDOS ORALES, 150 MG, 200 MG.....	33
PROLEUKIN.....	52	QUETIAPINA, COMPRIMIDOS ORALES, 300 MG, 400 MG.....	33
PROLIA.....	53		
PROMACTA, COMPRIMIDOS ORALES, 12.5 MG, 25 MG, 50 MG.....	38		
PROMACTA, COMPRIMIDOS ORALES, 75 MG.....	38		
PROMACTA, PAQUETE DE POLVO ORAL, 12.5 MG.....	38		
PROMACTA, PAQUETE DE POLVO ORAL, 25 MG.....	38		
PROMETAZINA ORAL.....	59		

Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
QUETIAPINA, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA, 24 HORAS, 150 MG, 200 MG	33	REYATAZ, PAQUETE DE POLVO ORAL	10
QUETIAPINA, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA, 24 HORAS, 300 MG, 400 MG, 50 MG	33	RHOPRESSA	58
QUINAPRIL	37	RIBAVIRINA, CÁPSULAS ORALES	10
QUINAPRIL-HIDROCLOROTIAZIDA	37	RIBAVIRINA, COMPRIMIDOS ORALES, 200 MG	10
R		RIDAURA	54
RABAVER (PF)	52	RIFABUTINA	13
RALOXIFENO	53	RIFAMPINA INTRAVENOSA	13
RAMELTEÓN	33	RIFAMPINA ORAL	13
RAMIPRIL	37	RILUZOL	43
RANOLAZINA	39	RIMANTADINA	10
RASAGILINA	25	RINVOQ, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA, 24 HORAS, 15 MG, 30 MG	54
REBIF (CON ALBÚMINA)	52	RINVOQ, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA, 24 HORAS, 45 MG	54
REBIF, PAQUETE DE AJUSTE DE DOSIS	52	RISEDRONATO, COMPRIMIDOS ORALES, 5 MG	53
REBIF REBIDOSE, LAPICERA PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA, 8.8 MCG/0.2 ML, 22 MCG/0.5 ML (6)	52	RISEDRONATO, COMPRIMIDOS ORALES, 30 MG	43
REBIF REBIDOSE, LAPICERA PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA, 22 MCG/0.5 ML, 44 MCG/0.5 ML	52	RISEDRONATO, COMPRIMIDOS ORALES, 35 MG, 35 MG (PAQUETE DE 12), 35 MG (PAQUETE DE 4)	53
RECLIPSEN (28)	56	RISEDRONATO, COMPRIMIDOS ORALES, 150 MG	53
RECOMBIVAX HB (PF)	52	RISPERDAL CONSTA, SUSPENSIÓN INTRAMUSCULAR, RECONST. DE LIB. PROLONGADA, 12.5 MG/2 ML	33
RECTIV	51	RISPERDAL CONSTA, SUSPENSIÓN INTRAMUSCULAR, RECONST. DE LIB. PROLONGADA, 25 MG/2 ML, 37.5 MG/2 ML, 50 MG/2 ML	33
REGONOL	27	RISPERIDONA, COMPRIMIDOS DE DESINTEGRACIÓN ORAL, 0.25 MG, 0.5 MG, 4 MG	34
REGRANEX	40	RISPERIDONA, COMPRIMIDOS DE DESINTEGRACIÓN ORAL, 1 MG	34
RENACIDIN	61	RISPERIDONA, COMPRIMIDOS DE DESINTEGRACIÓN ORAL, 2 MG	34
REPAGLINIDA, COMPRIMIDOS ORALES, 0.5 MG	47	RISPERIDONA, COMPRIMIDOS DE DESINTEGRACIÓN ORAL, 3 MG	34
REPAGLINIDA, COMPRIMIDOS ORALES, 1 MG	47	RISPERIDONA, COMPRIMIDOS ORALES, 0.25 MG, 0.5 MG, 4 MG	33
REPAGLINIDA, COMPRIMIDOS ORALES, 2 MG	47	RISPERIDONA, COMPRIMIDOS ORALES, 1 MG	33
REPATHA, JERINGA	39	RISPERIDONA, COMPRIMIDOS ORALES, 2 MG	34
REPATHA PUSHTRONEX	39	RISPERIDONA, COMPRIMIDOS ORALES, 3 MG	34
REPATHA SURECLICK	39	RISPERIDONA, JERINGA ORAL	33
RESTASIS	58	RISPERIDONA, SOLUCIÓN ORAL	33
RESTASIS MULTIDOSIS	58	RITONAVIR	10
RETACRIT	52	RIVASTIGMINA	26
RETEVMO, CÁPSULAS ORALES, 40 MG	20		
RETEVMO, CÁPSULAS ORALES, 80 MG	20		
RETROVIR INTRAVENOSO	10		
REVLIMID	20		
REXULTI	33		

Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
RIVELSA	56	SELZENTRY, COMPRIMIDOS ORALES, 150 MG, 75 MG	10
RIZATRIPTÁN	26	SELZENTRY, COMPRIMIDOS ORALES, 300 MG	10
ROCKLATAN	58	SELZENTRY, SOLUCIÓN ORAL	10
ROMIDEPSIN	20	SE-NATAL-19	63
ROPINIROL, COMPRIMIDOS ORALES	25	SE-NATAL 19, MASTICABLE	63
ROSADAN, CREMA TÓPICA	40	SEREVENT DISKUS	60
ROSADAN, GEL TÓPICO	40	SERTRALINA, COMPRIMIDOS ORALES	34
ROSUVASTATINA	39	SERTRALINA, CONCENTRADO ORAL	34
ROTARIX	52	SETLAKIN	56
ROTATEQ, VACUNA	52	SEVELAMER CARBONATE	43
ROWEEPRÁ, COMPRIMIDOS ORALES, 500 MG	24	SHAROBEL	54
ROZLYTREK, CÁPSULAS ORALES, 100 MG	20	SHINGRIX (PF)	52
ROZLYTREK, CÁPSULAS ORALES, 200 MG	20	SIGNIFOR	21
RUBRACA	20	SILDENAFIL (HIPERTENSIÓN PULMONAR), COMPRIMIDOS ORALES	60
RUFINAMIDA, COMPRIMIDOS ORALES	24	SIMBRINZA	58
RUFINAMIDE, SUSPENSIÓN ORAL	24	SIMLIYA (28)	56
RUKOBIA	10	SIMPESSE	56
RUXIENCE	20	SIMULECT	21
RYBELSUS	47	SIMVASTATINA, COMPRIMIDOS ORALES	39
RYBREVANT	20	SIROLIMUS, COMPRIMIDOS ORALES	21
RYDAPT	20	SIROLIMUS, SOLUCIÓN ORAL	21
RYLAZE	20	SIRTURO	13
RYTARY	25	SIVEXTRO INTRAVENOSO	13
S		SIVEXTRO ORAL	13
SAJAZIR	60	SKYRIZI, INTRAVENOSO	39
SALSALATO	29	SKYRIZI, INYECTOR PONIBLE SUBCUTÁNEO	51
SAMSCA, COMPRIMIDOS ORALES, 15 MG	49	SKYRIZI, JERINGA SUBCUTÁNEA, 150 MG/ML	39
SANCUSO	51	SKYRIZI, KIT DE JERINGA SUBCUTÁNEA	39
SANDIMMUNE, SOLUCIÓN ORAL	20	SKYRIZI, LAPICERA PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA	39
SANDOSTATIN LAR DEPOT, SUSPENSIÓN INTRAMUSCULAR, RECONST. DE LIB. PROLONGADA	21	SOLIFENACINA	61
SANTYL	40	SOLQUA 100/33	47
SAPROPTERINA	49	SOLTAMOX	21
SARCLISA	21	SOLUCIÓN DE LACTATO SÓDICO COMPUESTA INTRAVENOSA	62
SCEMBLIX, COMPRIMIDOS ORALES, 20 MG	21	SOLUCIÓN DE LACTATO SÓDICO COMPUESTA INTRAVENOSA	62
SCEMBLIX, COMPRIMIDOS ORALES, 40 MG	21	SOLU-CORTEF ACT-O-VIAL (PF)	45
SECUADO	34	SOMATULINE DEPOT	21
SELZENTRY, COMPRIMIDOS ORALES, 25 MG	10		

Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
SOMAVERT.....	49	SUCCINATO DE SUMATRIPTÁN, SUBCUTÁNEO EN LAPICERA.....	26
SORAFENIB.....	21	SUCCINATO SÓDICO DE CLORANFENICOL.....	12
SORINE.....	35	SUCCINATO SÓDICO DE METILPREDNISOLONA INTRAVENOSO.....	44
SOTALOL AF.....	35	SUCCINATO SÓDICO DE METILPREDNISOLONA, SOL. PARA RECONST. INYECT., 125 MG, 40 MG.....	44
SOTALOL ORAL.....	35	SUCRAID.....	51
SOTYLIZE.....	35	SUCRALFATO, COMPRIMIDOS ORALES.....	51
SPRINTEC (28).....	56	SUCRALFATO, SUSPENSIÓN ORAL.....	51
SPRITAM.....	24	SULFACETAMIDA-PREDNISOLONA.....	58
SPRYCEL, COMPRIMIDOS ORALES, 20 MG, 70 MG.....	21	SULFACETAMIDA SÓDICA (ACNÉ).....	41
SPRYCEL, COMPRIMIDOS ORALES, 100 MG, 140 MG, 50 MG, 80 MG.....	21	SULFACETAMIDA SÓDICA, GOTAS OFTÁLMICAS (OJOS).....	58
SPS (CON SORBITOL).....	43	SULFADIAZINA.....	15
SRONYX.....	56	SULFADIAZINA DE PLATA.....	40
SSD.....	40	SULFAMETOXAZOL-TRIMETOPRIMA, COMPRIMIDOS ORALES.....	15
ST 25		SULFAMETOXAZOL/TRIMETOPRIMA INTRAVENOSO ..	15
STAMARIL (PF).....	52	SULFAMETOXAZOL-TRIMETOPRIMA, SUSPENSIÓN ORAL.....	15
STELARA, JERINGA SUBCUTÁNEA, 45 MG/0.5 ML.....	39	SULFASALAZINA.....	51
STELARA, JERINGA SUBCUTÁNEA, 90 MG/ML.....	39	SULFATO DE ALBUTEROL, COMPRIMIDOS ORALES... 59	
STELARA, SOLUCIÓN SUBCUTÁNEA.....	39	SULFATO DE ALBUTEROL, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA, 12 HORAS.....	59
STIVARGA.....	21	SULFATO DE ALBUTEROL, JARABE ORAL.....	59
STRIBILD.....	10	SULFATO DE ALBUTEROL PARA INHALAR, INHALADOR EN AEROSOL DE HFA, 90 MCG/ACTIVACIÓN.....	59
SUBVENITE.....	24	SULFATO DE ALBUTEROL PARA INHALAR, INHALADOR EN AEROSOL DE HFA, 90 MCG/ACTIVACIÓN (NDA020983).....	59
SUBVENITE, PAQUETE INICIAL (AZUL).....	24	SULFATO DE ALBUTEROL PARA INHALAR, SOLUCIÓN PARA NEBULIZACIÓN.....	59
SUBVENITE, PAQUETE INICIAL (NARANJA).....	24	SULFATO DE DEXTROANFETAMINA, CÁPSULAS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA.....	30
SUBVENITE, PAQUETE INICIAL (VERDE).....	24	SULFATO DE DEXTROANFETAMINA, COMPRIMIDOS ORALES.....	30
SUCCINATO DE DESVENLAFAXINA, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA, 24 HORAS, 25 MG.....	30	SULFATO DE DEXTROANFETAMINA, SOLUCIÓN ORAL.....	30
SUCCINATO DE DESVENLAFAXINA, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA, 24 HORAS, 50 MG.....	30	SULFATO DE GENTAMICINA (PEDIÁTRICO) (PF).....	13
SUCCINATO DE DESVENLAFAXINA, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA, 24 HORAS, 100 MG.....	30	SULFATO DE MAGNESIO EN AGUA.....	62
SUCCINATO DE LOXAPINA.....	32		
SUCCINATO DE METOPROLOL.....	36		
SUCCINATO DE SUMATRIPTÁN ORAL.....	26		
SUCCINATO DE SUMATRIPTÁN, SOLUCIÓN SUBCUTÁNEA.....	26		
SUCCINATO DE SUMATRIPTÁN, SUBCUTÁNEO EN CARTUCHO.....	26		

Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
SULFATO DE MAGNESIO EN D5W, INFUSIÓN SECUNDARIA INTRAVENOSA, 1 GRAMO/100 ML.....	62	TACROLIMUS ORAL.....	21
SULFATO DE MAGNESIO INYECTABLE.....	62	TACROLIMUS TÓPICO.....	40
SULFATO DE POLIMIXINA B.....	13	TADALAFIL (HIPERTENSIÓN PULMONAR).....	60
SULFATO DE QUINIDINA, COMPRIMIDOS ORALES....	35	TADLIQ.....	61
SULFATO DE QUININA.....	13	TAFINLAR.....	21
SULFATO DE TOBRAMICINA.....	13	TAGRISSO.....	21
SULFONATO DE POLIESTIRENO SÓDICO, POLVO ORAL.....	43	TALICIA.....	51
SULFURO DE SELENIO, LOCIÓN TÓPICA.....	39	TALTZ, JERINGA.....	39
SULINDACO.....	29	TALZENNA, CÁPSULAS ORALES, 0.5 MG, 0.75 MG, 1 MG.....	21
SUMATRIPTÁN, ROCIADOR NASAL NO AEROSOL, 5 MG/ACTIVACIÓN.....	26	TALZENNA, CÁPSULAS ORALES, 0.25 MG.....	21
SUMATRIPTÁN, ROCIADOR NASAL NO AEROSOL, 20 MG/ACTIVACIÓN.....	26	TAMOXIFENO.....	21
SUNITINIB.....	21	TAMSULOSINA.....	61
SUPRAX, SUSPENSIÓN ORAL PARA RECONSTITUCIÓN, 500 MG/5 ML.....	11	TARGRETIN TÓPICO.....	21
SUPREP, KIT DE PREPARACIÓN INTESTINAL.....	51	TARINA 24 FE.....	56
SUTAB.....	51	TARINA FE 1/20 (28).....	56
SUTENT.....	21	TARINA FE 1-20 EQ (28).....	56
SYEDA.....	56	TARON-C DHA.....	63
SYMDEKO.....	60	TARTRATO DE METOPROLOL-HIDROCLOROTIAZIDA.....	36
SYMLINPEN 60.....	47	TARTRATO DE METOPROLOL ORAL.....	36
SYMLINPEN 120.....	47	TARTRATO DE RIVASTIGMINA.....	26
SYMPAZAN.....	24	TASIGNA, CÁPSULAS ORALES, 50 MG.....	21
SYMTUZA.....	10	TASIGNA, CÁPSULAS ORALES, 150 MG, 200 MG.....	21
SYNAREL.....	49	TAYSOFY.....	56
SYNJARDY.....	47	TAZAROTENO, CREMA TÓPICA.....	40
SYNJARDY XR, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN INMEDIATA-LIBERACIÓN PROLONGADA, BIFÁSICA, 24 HORAS, 10-1,000 MG, 12.5-1,000 MG, 5-1,000 MG.....	47	TAZAROTENO, GEL TÓPICO.....	40
SYNJARDY XR, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN INMEDIATA-LIBERACIÓN PROLONGADA, BIFÁSICA, 24 HORAS, 25-1,000 MG....	47	TAZICEF.....	11
SYNRIBO.....	21	TAZORAC, CREMA TÓPICA, 0.05%.....	40
SYNTHROID.....	49	TAZORAC, GEL TÓPICO.....	40
		TAZTIA XT, CÁPSULAS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA, 24 HORAS, 120 MG, 180 MG, 240 MG, 300 MG.....	37
		TAZVERIK.....	21
		TDVAX.....	52
		TECENTRIQ.....	21
		TECHLITE, AGUJA PARA LAPICERA.....	48
		TECHLITE, JERINGA PARA INSULINA, 1 ML CALIBRE 29 X 1/2", 1 ML CALIBRE 30 X 1/2", 1 ML CALIBRE 31 X 15/64", 1 ML CALIBRE 31 X 5/16....	48
TABLOID.....	21		
TABRECTA.....	21		

T

Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
TECHLITE, JERINGA PARA INSULINA (MEDIA UNIDAD), 0.3 ML CALIBRE 29 X 1/2", 0.3 ML CALIBRE 30 X 5/16", 0.3 ML CALIBRE 31 X 15/64", 0.3 ML CALIBRE 31 X 5/16", 0.5 ML CALIBRE 30 X 1/2", 0.5 ML CALIBRE 30 X 5/16", 0.5 ML CALIBRE 31 X 15/64", 0.5 ML CALIBRE 31 X 5/16"	48	THEO-24	61
TEFLARO	11	TIADYLT, LIBERACIÓN PROLONGADA	37
TEKTRUNA HCT	37	TIAGABINA	24
TELMISARTÁN	37	TIBSOVO	21
TELMISARTÁN-AMLODIPINA	37	TICE BCG	52
TELMISARTÁN-HICROCLOROTIAZIDA	37	TICOVAC	52
TEMAZEPAM, CÁPSULAS ORALES, 15 MG, 30 MG	34	TIGECICLINA	13
TEMIXYS	10	TILIA FE	56
TEMODAR INTRAVENOSO	21	TIMOLOL MALEATE, SOLUCIÓN GELIFICANTE OFTÁLMICA (OJOS)	57
TEMSIROLIMUS	21	TIORIDAZINA	34
TENIVAC (PF)	52	TIOTIPA	21
TEOFILINA, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA, 12 HORAS, 300 MG, 450 MG	61	TIOTIXENO	34
TEOFILINA, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA, 24 HORAS	61	TIS-U-SOL PENTALITO	42
TEPMETKO	21	TIVDAK	21
TERAZOSINA, CÁPSULAS ORALES, 1 MG, 2 MG, 5 MG	37	TIVICAY, COMPRIMIDOS ORALES, 10 MG	10
TERAZOSINA, CÁPSULAS ORALES, 10 MG	37	TIVICAY, COMPRIMIDOS ORALES, 25 MG, 50 MG	10
TERBUTALINA	61	TIVICAY PD	10
TERCONAZOL	55	TIZANIDINA, CÁPSULAS ORALES	27
TERIPARATIDE	53	TIZANIDINA, COMPRIMIDOS ORALES	27
TESTOSTERONA, GEL TRANSDÉRMICO	49	TOBI PODHALER, CÁPSULA DE INHALACIÓN CON DISPOSITIVO DE INHALACIÓN	13
TESTOSTERONA, GEL TRANSDÉRMICO EN BOMBA CON DOSIS MEDIDAS, 12.5 MG/1.25 GRAMOS (1%)	49	TOBRADEX ST	58
TESTOSTERONA, GEL TRANSDÉRMICO EN PAQUETE, 1% (25 MG/2.5 GRAMOS), 1% (50 MG/5 GRAMOS)	49	TOBRAMICINA-DEXAMETASONA	58
TESTOSTERONE CYPIONATE, ACEITE INTRAMUSCULAR, 200 MG/ML	49	TOBRAMICINA EN NAOL AL 0.225%	13
TETANUS, DIPHTHERIA TOX PEDIÁTRICA (PF)	52	TOBRAMICINA OFTÁLMICA (OJOS)	57
TETRABENAZINA, COMPRIMIDOS ORALES, 12.5 MG	26	TOBREX, POMADA OFTÁLMICA (OJOS)	57
TETRABENAZINA, COMPRIMIDOS ORALES, 25 MG	26	TOLCAPONA	25
TETRACICLINA	15	TOLTERODINA	61
THALOMID, CÁPSULAS ORALES, 100 MG, 150 MG, 50 MG	21	TOLVAPTAN, COMPRIMIDOS ORALES, 15 MG	49
THALOMID, CÁPSULAS ORALES, 200 MG	21	TOLVAPTÁN, COMPRIMIDOS ORALES, 30 MG	49
		TOPIAMARATO, COMPRIMIDOS ORALES	24
		TOPIRAMATO, CÁPSULAS ORALES, CON GRÁNULOS	24
		TOPOSAR	21
		TOPOTECÁN, SOL. PARA RECONST. INTRAVENOSA	21
		TOPOTECÁN, SOLUCIÓN INTRAVENOSA, 4 MG/4 ML (1 MG/ML)	21
		TOREMIFENO	21
		TORSEMIDA ORAL	37

Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
TOUJEO MAX U-300 SOLOSTAR.....	48	TRIJARDY XR, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN INMEDIATA-LIBERACIÓN PROLONGADA, BIFÁSICA, 24 HORAS, 12.5-2.5-1,000 MG, 5-2.5-1,000 MG	48
TOUJEO SOLOSTAR U-300, INSULINA.....	48	TRIKAFTA, COMPRIMIDOS ORALES, TERAPIA SECUENCIAL, 50-25-37.5 MG (D)/75 MG (N).....	61
TOVIAZ.....	61	TRIKAFTA, COMPRIMIDOS ORALES, TERAPIA SECUENCIAL, 100-50-75 MG (D)/150 MG (N)	61
TPN ELECTROLYTES.....	62	TRI-LEGEST FE	57
TRADJENTA.....	48	TRI-LINYAH.....	57
TRAMADOL-ACETAMINOFENO	29	TRI-LO-ESTARYLLA	57
TRAMADOL, COMPRIMIDOS ORALES, 50 MG.....	29	TRI-LO-MARZIA.....	57
TRANDOLAPRIL	37	TRI-LO-MILI.....	57
TRANILCIPROMINA.....	34	TRI-LO-SPRINTEC.....	57
TRAVASOL 10%	63	TRIMETOPRIMA.....	15
TRAVOPROST.....	58	TRI-MILI	57
TRAZIMERA	21	TRIMIPRAMINA.....	34
TRAZODONA.....	34	TRINATAL RX 1	63
TREANDA	21	TRINTELLIX	34
TRECATOR.....	13	TRI-NYMYO	57
TRELEGY ELLIPTA	61	TRIÓXIDO DE ARSÉNICO.....	16
TRELSTAR, SUSPENSIÓN INTRAMUSCULAR PARA RECONSTITUCIÓN, 11.25 MG, 3.75 MG	21	TRIPTODUR.....	22
TRELSTAR, SUSPENSIÓN INTRAMUSCULAR PARA RECONSTITUCIÓN, 22.5 MG	21	TRI-SPRINTEC (28).....	57
TRESIBA FLEXTOUCH U-100	48	TRIUMEQ.....	10
TRESIBA FLEXTOUCH U-200	48	TRIUMEQ PD	10
TRESIBA U-100, INSULINA.....	48	TRIVORA (28).....	57
TRETINOÍNA (ANTINEOPLÁSICO).....	21	TRI-VYLIBRA	57
TRETINOÍNA, CREMA TÓPICA.....	40	TRI-VYLIBRA LO.....	57
TRETINOÍNA, GEL TÓPICO, 0.01%.....	40	TRIZIVIR.....	10
TRETINOÍNA, GEL TÓPICO, 0.025%, 0.05%	41	TRODELVY	22
TRETINOÍNA, MICROESFERAS	40	TROGARZO	10
TRIAMTERENO-HIDROCLOROTIAZIDA	37	TROKENDI XR, CÁPSULAS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA, 24 HORAS, 100 MG, 25 MG, 50 MG ...	24
TRIDERM, CREMA TÓPICA, 0.1%	42	TROKENDI XR, CÁPSULAS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA, 24 HORAS, 200 MG.....	24
TRIENTINA	43	TROPHAMINE 10%	63
TRI-ESTARYLLA	56	TRULICITY	48
TRI FEMYNOR.....	56	TRUMENBA	53
TRIFLUOPERAZINA.....	34	TRUSELTIQ, CÁPSULAS ORALES, 75 MG/DÍA (25 MG X 3).....	22
TRIFLURIDINA.....	57	TRUSELTIQ, CÁPSULAS ORALES, 100 MG/DÍA (100 MG X 1).....	22
TRIHEXIFENIDILO	26		
TRIJARDY XR, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN INMEDIATA-LIBERACIÓN PROLONGADA, BIFÁSICA, 24 HORAS, 10-5-1,000 MG, 25-5-1,000 MG	48		

Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
TRUSELTIQ, CÁPSULAS ORALES, 125 MG/DÍA (100 MG X 1-25 MG X 1), 50 MG/DÍA (25 MG X 2)	22	VALSARTÁN, COMPRIMIDOS ORALES, 320 MG	37
TUKYSA, COMPRIMIDOS ORALES, 50 MG	22	VALSARTÁN-HIDROCLOROTIAZIDA	37
TUKYSA, COMPRIMIDOS ORALES, 150 MG	22	VALTOCO	25
TURALIO	22	VANCOMICINA, CÁPSULAS ORALES, 125 MG	14
TWINRIX (PF)	53	VANCOMICINA, CÁPSULAS ORALES, 250 MG	14
TYBLUME	57	VANCOMICINA EN DEXTROSA AL 5%, INFUSIÓN SECUNDARIA INTRAVENOSA, 500 MG/100 ML	13
TYBOST	10	VANCOMICINA INYECTABLE	13
TYDEMY	57	VANCOMICINA, SOL. PARA RECONST. INTRAVENOSA, 1,000 MG, 10 GRAMOS, 5 GRAMOS, 500 MG, 750 MG	13
TYMLOS	53	VANCOMYCIN EN CLORURO DE SODIO AL 0.9%, INFUSIÓN SECUNDARIA INTRAVENOSA	13
TYPHIM VI	53	VANCOMYCIN EN DEXTROSA AL 5%, INFUSIÓN SECUNDARIA INTRAVENOSA, 1 GRAMO/200 ML, 750 MG/150 ML	13
TYSABRI	26	VANCOMYCIN, SOL. PARA RECONST. INTRAVENOSA, 1.25 GRAMOS, 1.5 GRAMOS	14
U		VANCOMYCIN-WATER, INYECTABLE (PEG)	14
UNITHROID, COMPRIMIDOS ORALES, 100 MCG, 112 MCG, 125 MCG, 150 MCG, 175 MCG, 200 MCG, 25 MCG, 300 MCG, 50 MCG, 75 MCG, 88 MCG	49	VANDAZOL	55
UNITHROID, COMPRIMIDOS ORALES, 137 MCG	49	VAQTA (PF)	53
UNITUXIN	22	VARENICLINA	44
UPTRAVI ORAL	37	VARIVAX (PF)	53
URSODIOL, CÁPSULAS ORALES, 300 MG	51	VARIZIG	53
URSODIOL, COMPRIMIDOS ORALES	51	VASCEPA	39
V		VECTIBIX	22
VALACICLOVIR, COMPRIMIDOS ORALES, 1 GRAMO	10	VEKLURY	10
VALACICLOVIR, COMPRIMIDOS ORALES, 500 MG	10	VELCADE	22
VALCHLOR	40	VELIVET, RÉGIMEN TRIFÁSICO (28)	57
VALERATO DE BETAMETASONA, CREMA TÓPICA	41	VELPHORO	43
VALERATO DE BETAMETASONA, ESPUMA TÓPICA	41	VELTASSA	43
VALERATO DE BETAMETASONA, LOCIÓN TÓPICA	41	VEMLIDY	10
VALERATO DE BETAMETASONA, POMADA TÓPICA	41	VENCLEXTA, COMPRIMIDOS ORALES, 10 MG	22
VALERATO DE ESTRADIOL, ACEITE INTRAMUSCULAR, 20 MG/ML, 40 MG/ML	54	VENCLEXTA, COMPRIMIDOS ORALES, 50 MG	22
VALERATO DE HIDROCORTISONA	42	VENCLEXTA, COMPRIMIDOS ORALES, 100 MG	22
VALGANCICLOVIR, COMPRIMIDOS ORALES	10	VENCLEXTA, PAQUETE INICIAL	22
VALGANCICLOVIR, SOL. PARA RECONST. ORAL	10	VENLAFAXINA, CÁPSULAS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA, 24 HORAS, 75 MG	34
VALPROATO SÓDICO	24	VENLAFAXINA, CÁPSULAS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA, 24 HORAS, 150 MG, 37.5 MG	34
VALRUBICINA	22	VENLAFAXINA, COMPRIMIDOS ORALES, 50 MG, 75 MG	34
VALSARTÁN, COMPRIMIDOS ORALES, 160 MG, 40 MG, 80 MG	37		

Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
VENLAFAXINA, COMPRIMIDOS ORALES, 100 MG, 25 MG, 37.5 MG.....	34	VIRACEPT, COMPRIMIDOS ORALES, 625 MG.....	11
VENTAVIS.....	61	VIREAD, COMPRIMIDOS ORALES, 150 MG, 200 MG, 250 MG.....	11
VENTOLIN HFA.....	61	VIREAD, POLVO ORAL.....	11
VERAPAMIL, CÁPSULAS ORALES, PÍLDORAS DE LIB. PROL., 24 HORAS, 360 MG.....	37	VIRT-NATE DHA.....	63
VERAPAMILO, CÁPSULAS ORALES, PÍLDORAS CT DE LIB. PROL., 24 HORAS.....	37	VIRT-PN DHA.....	63
VERAPAMILO, CÁPSULAS ORALES, PÍLDORAS DE LIB. PROL., 24 HORAS, 120 MG, 180 MG, 240 MG...	37	VITRAKVI, CÁPSULAS ORALES, 25 MG.....	22
VERAPAMILO, COMPRIMIDOS ORALES.....	37	VITRAKVI, CÁPSULAS ORALES, 100 MG.....	22
VERAPAMILO, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA.....	37	VITRAKVI, SOLUCIÓN ORAL.....	22
VERAPAMILO, SOLUCIÓN INTRAVENOSA.....	37	VIVITROL.....	29
VERSACLOZ.....	34	VIZIMPRO.....	22
VERZENIO.....	22	VOLNEA (28).....	57
VESTURA (28).....	57	VONJO.....	22
V-GO 20.....	48	VORICONAZOL, COMPRIMIDOS ORALES.....	8
V-GO 30.....	48	VORICONAZOL INTRAVENOSO.....	8
V-GO 40.....	48	VORICONAZOL, SUSPENSIÓN ORAL PARA RECONSTITUCIÓN.....	8
VICTOZA 2-PAK.....	48	VOSEVI.....	11
VICTOZA 3-PAK.....	48	VOTRIENT.....	22
VIENVA.....	57	VRAYLAR, CÁPSULAS ORALES.....	34
VIGABATRINA.....	25	VRAYLAR, CÁPSULAS ORALES, PAQUETE DOSIFICADO.....	34
VIGADRONE.....	25	VUMERITY.....	27
VIIBRYD, COMPRIMIDOS ORALES.....	34	VYFEMLA (28).....	57
VIIBRYD, COMPRIMIDOS ORALES, PAQUETE DOSIFICADO, 10 MG (7), 20 MG (23).....	34	VYLIBRA.....	57
VILAZODONA.....	34	VYNDAMAX.....	39
VIMPAT, COMPRIMIDOS ORALES, 50 MG.....	25	VYNDAQEL.....	39
VIMPAT, COMPRIMIDOS ORALES, 100 MG, 150 MG, 200 MG.....	25	VYXEOS.....	22
VIMPAT INTRAVENOSO.....	25		
VIMPAT, SOLUCIÓN ORAL.....	25	W	
VINBLASTINA.....	22	WARFARINA.....	38
VINCASAR PFS.....	22	WELIREG.....	22
VINCRISTINA.....	22	WERA (28).....	57
VINORELBINA.....	22	WESTAB PLUS.....	63
VIOKACE.....	51	WESTGEL DHA.....	63
VIORELE (28).....	57	WIXELA INHUB.....	61
VIRACEPT, COMPRIMIDOS ORALES, 250 MG.....	10	WYMZYA FE.....	57
		X	
		XALKORI.....	22

Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
XARELTO.....	38	XTANDI, COMPRIMIDOS ORALES, 40 MG.....	22
XARELTO, TRATAMIENTO INICIAL PARA TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA/EMBOLIA PULMONAR, 30 DÍAS	38	XTANDI, COMPRIMIDOS ORALES, 80 MG.....	22
XATMEP.....	22	XULTOPHY 100/3.6	48
XCOPRI, COMPRIMIDOS ORALES, 50 MG	25	XYREM.....	34
XCOPRI, COMPRIMIDOS ORALES, 100 MG	25		
XCOPRI, COMPRIMIDOS ORALES, 150 MG, 200 MG ...	25	Y	
XCOPRI, PAQUETE DE AJUSTE DE DOSIS, COMPRIMIDOS ORALES, PAQUETE DOSIFICADO, 12.5 MG (14)-25 MG (14), 150 MG (14)-200 MG (14)	25	YERVOY.....	22
XCOPRI, PAQUETE DE AJUSTE DE DOSIS, COMPRIMIDOS ORALES, PAQUETE DOSIFICADO, 50 MG (14)-100 MG (14).....	25	YF-VAX (PF), SUSPENSIÓN SUBCUTÁNEA PARA RECONSTITUCIÓN, 10 EXP 4.74 UNIDADES/0.5 ML	53
XCOPRI, PAQUETE DE MANTENIMIENTO, COMPRIMIDOS ORALES, 250 MG/DÍA (150 MG X 1-100 MG X 1)	25	YONDELIS.....	22
XCOPRI, PAQUETE DE MANTENIMIENTO, COMPRIMIDOS ORALES, 350 MG/DÍA (200 MG X 1-150 MG X 1)	25	YUPELRI	61
XELJANZ, COMPRIMIDOS ORALES.....	54	YUVAFEM	54
XELJANZ, SOLUCIÓN ORAL	54		
XELJANZ XR	54	Z	
XGEVA	15	ZAFIRLUKAST.....	61
XHANCE.....	61	ZALEPLON, CÁPSULAS ORALES, 5 MG.....	34
XIAFLEX.....	43	ZALEPLON, CÁPSULAS ORALES, 10 MG.....	34
XIFAXAN, COMPRIMIDOS ORALES, 550 MG	14	ZALTRAP	22
XIIDRA	58	ZANOSAR	22
XOFLUZA.....	11	ZATEAN-PN DHA	63
XOLAIR, JERINGA SUBCUTÁNEA, 75 MG/0.5 ML	61	ZATEAN-PN PLUS	63
XOLAIR, JERINGA SUBCUTÁNEA, 150 MG/ML	61	ZEJULA	22
XOLAIR, SOL. PARA RECONST. SUBCUTÁNEA	61	ZELBORAF	23
XOPENEX.....	61	ZEMAIRA	43
XOPENEX CONCENTRADO.....	61	ZENATANE	41
XOSPATA.....	22	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.....	51
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) ..	22	ZEPZELCA	23
XTAMPZA ER.....	28	ZIDOVUDINA, CÁPSULAS ORALES	11
XTANDI, CÁPSULAS ORALES.....	22	ZIDOVUDINA, COMPRIMIDOS ORALES	11
		ZIDOVUDINA, JARABE ORAL	11
		ZIRABEV	23
		ZIRGAN	57
		ZOLADEX	23
		ZOLEDRONIC ACID-MANNITOL-WATER, INFUSIÓN SECUNDARIA INTRAVENOSA, 5 MG/100 ML	43

Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
ZOLINZA	23		
ZOLPIDEM, COMPRIMIDOS ORALES	34		
ZONISADE	25		
ZONISAMIDA	25		
ZORTRESS, COMPRIMIDOS ORALES, 1 MG	23		
ZOSYN EN DEXTROSA (ISO-OSM.)	14		
ZOVIA 1-35 (28)	57		
ZTALMY	25		
ZTLIDO	40		
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	29		
ZUBSOLV, COMPRIMIDOS SUBLINGUALES, 8.6-2.1 MG	29		
ZUMANDIMINE (28)	57		
ZYDELIG	23		
ZYKADIA	23		
ZYLET	58		
ZYNLONTA	23		
ZYPREXA RELPREVV, SUSPENSIÓN INTRAMUSCULAR PARA RECONSTITUCIÓN, 210 MG	34		
ZYPREXA RELPREVV, SUSPENSIÓN INTRAMUSCULAR PARA RECONSTITUCIÓN, 210 MG	34		
ZYPREXA RELPREVV, SUSPENSIÓN INTRAMUSCULAR PARA RECONSTITUCIÓN, 300 MG	34		
ZYPREXA RELPREVV, SUSPENSIÓN INTRAMUSCULAR PARA RECONSTITUCIÓN, 405 MG	34		

Notas

[illegible]

Notas

[illegible]

Notas

[illegible]



Notificación Contra la Discriminación: La Discriminación es Contra la Ley

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

Cigna:

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

Si necesita estos servicios, comuníquese con el Servicio de Atención al Cliente al 1-800-627-7534 (TTY 711), entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los 7 días de la semana, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local (un sistema de correo de voz estará disponible los fines de semana y los feriados).

Si considera que Cigna no le proporcionó estos servicios o lo discriminó de otra manera por motivos de origen étnico, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar un reclamo a la siguiente persona:

Cigna
Attn: Grievance Department
PO Box 188080, Chattanooga, TN 37422
Phone: 1-800-627-7534 (TTY 711) Fax: 1-888-586-9946.

Puede presentar el reclamo escrito por correo postal o fax. Si necesita ayuda para hacerlo, Servicio al Cliente está a su disposición para brindársela.

También puede presentar un reclamo de derechos civiles ante la Office for Civil Rights (Oficina de Derechos Civiles) del Department of Health and Human Services (Departamento de Salud y Servicios Humanos) de EE. UU. de manera electrónica a través de Office for Civil Rights Complaint Portal (Oficina de Derechos Civiles portal de quejas), disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o bien, por correo postal a la siguiente dirección o por teléfono a los números que figuran a continuación:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW, Room 509F, HHH Building, Washington, D.C. 20201
1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

Puede obtener los formularios de reclamo en el sitio web <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

Todos los productos y servicios de Cigna se brindan exclusivamente por o a través de subsidiarias operativas de Cigna Corporation. El nombre de Cigna, los logotipos, y otras marcas de Cigna son propiedad de Cigna Intellectual Property, Inc. ATTENTION: If you speak languages other than English, language assistance services, free of charge are available to you. Call 1-800-627-7534 (TTY 711), 8 a.m. to 8 p.m., 7 days a week (hours apply Monday – Friday, April 1 – September 30). ATENCIÓN: si usted habla un idioma que no sea inglés, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-800-627-7534 (TTY 711), 8 a.m. a 8 p.m., 7 días de la semana (horario se aplica de lunes - viernes, del 1 de abril – 30 de septiembre). Cigna tiene contrato con Medicare para planes PDP, planes HMO y PPO en ciertos estados, y con ciertos programas estatales de Medicaid. La inscripción en Cigna depende de la renovación de contrato. © 2017 Cigna



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 estos servicios, comuníquese con el Servicio de Atención al Cliente al 1-800-627-7534 (TTY 711), entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los 7 días de la semana, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local (un sistema de correo de voz estará disponible los fines de semana y los feriados).

Si considera que Cigna no le proporcionó estos servicios o lo discriminó de otra manera por motivos de origen étnico, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar un reclamo a la siguiente persona:

Cigna
Attn: Grievance Department
PO Box 188080, Chattanooga, TN 37422
Phone: 1-800-627-7534 (TTY 711) Fax: 1-888-586-9946.

Puede presentar el reclamo escrito por correo postal o fax. Si necesita ayuda para hacerlo, Servicio al Cliente está a su disposición para brindársela.

También puede presentar un reclamo de derechos civiles ante la Office for Civil Rights (Oficina de Derechos Civiles) del Department of Health and Human Services (Departamento de Salud y Servicios Humanos) de EE. UU. de manera electrónica a través de Office for Civil Rights Complaint Portal (Oficina de Derechos Civiles portal de quejas), disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o bien, por correo postal a la siguiente dirección o por teléfono a los números que figuran a continuación:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW, Room 509F, HHH Building, Washington, D.C. 20201
1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

Puede obtener los formularios de reclamo en el sitio web <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

Todos los productos y servicios de Cigna se brindan exclusivamente por o a través de subsidiarias operativas de Cigna Corporation. El nombre de Cigna, los logotipos, y otras marcas de Cigna son propiedad de Cigna Intellectual Property, Inc. ATTENTION: If you speak languages other than English, language assistance services, free of charge are available to you. Call 1-800-627-7534 (TTY 711), 8 a.m. to 8 p.m., 7 days a week (hours apply Monday – Friday, April 1 – September 30). ATENCIÓN: si usted habla un idioma que no sea inglés, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-800-627-7534 (TTY 711), 8 a.m. a 8 p.m., 7 días de la semana (horario se aplica de lunes - viernes, del 1 de abril – 30 de septiembre). Cigna tiene contrato con Medicare para planes PDP, planes HMO y PPO en ciertos estados, y con ciertos programas estatales de Medicaid. La inscripción en Cigna depende de la renovación de contrato. © 2017 Cigna



1-800-627-7534 (TTY 711)

Del 1 de octubre al 31 de marzo, los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local (los fines de semana y días festivos hay un sistema de correo de voz).



CignaMedicare.com

Fecha de actualización: 12/01/2022. Para obtener información más reciente o si tiene otras preguntas, comuníquese con Servicio al Cliente de Cigna al 1-800-627-7534 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), del 1 de octubre al 31 de marzo, los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local (los fines de semana y días festivos hay un sistema de correo de voz). 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. El nombre de Cigna, los logotipos, y otras marcas de Cigna son propiedad de Cigna Intellectual Property, Inc. © 2021 Cigna
Diciembre 2022 952853SP o