

LISTA DE MEDICAMENTOS COMPLETA (Formulario) DE CIGNA PARA 2022

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

Planes de cobertura

Cigna Alliance Medicare (HMO)
Cigna Preferred Medicare (HMO)



HPMS Approved Formulary File Submission ID 22234, 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](https://www.CignaMedicare.com). El Formulario, la red de farmacias y/o la red de proveedores pueden cambiar en cualquier momento.

Diciembre 2022

22_F_07_AZ_07_S_V12
INT_22_98644_C_Final_7oS

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 Alliance Medicare (HMO) y Cigna Preferred Medicare (HMO).

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, muéstresele a su médico y pídale que le recete un medicamento similar que esté cubierto por Cigna.
- Puede solicitarle a Cigna que haga una excepción y cubra su medicamento. Vea la próxima sección para encontrar información sobre cómo solicitar una excepción.

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

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

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

- Puede pedirnos que no apliquemos restricciones o límites de cobertura con respecto a su medicamento. Por ejemplo, para determinados medicamentos, Cigna limita la cantidad del medicamento que cubriremos. Si su medicamento tiene un límite a la cantidad, puede solicitarnos que no apliquemos el límite y que cubramos una cantidad mayor.
- Puede pedirnos que 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. Consulte la siguiente tabla. También puede consultar su documento de Evidencia de cobertura para conocer más detalles.

Cigna no siempre puede mantener todos los medicamentos genéricos en los niveles de medicamentos Genéricos preferidos y Genéricos, y algunos medicamentos genéricos pueden estar en el Nivel 3, Nivel 4 o Nivel 5. Recuerde que el nombre "Nivel 3: Medicamentos de marca preferida" es simplemente una descripción de la mayoría de los medicamentos incluidos en el nivel. No significa que en ese nivel haya solamente medicamentos de marca.

Modelo de ahorros para adultos mayores: Para determinados medicamentos de insulina, su copago será el mismo en todas las etapas hasta que llegue a la etapa de cobertura de gastos excedentes. Consulte el Capítulo 6 de su Evidencia de cobertura para obtener más información. Si recibe Ayuda Adicional, no reúne los requisitos para participar en este programa y se aplicará el nivel de copagos del Subsidio por Bajos Ingresos (LIS, por sus siglas en inglés).

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

Para encontrar el costo de su medicamento, consulte la(s) siguiente(s) tabla(s) para 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

H0354-001 – Cigna Preferred Medicare (HMO): Maricopa y Pinal, Arizona

H0354-028 – Cigna Alliance Medicare (HMO): Maricopa y Pinal, Arizona

H0354-024 – Cigna Preferred Medicare (HMO): Pima, 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)

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](https://www.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](https://www.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.

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

ST: Este medicamento tiene requisitos de tratamiento escalonado.

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

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	34
PRODUCTOS DERMATOLÓGICOS/TRATAMIENTO TÓPICO.....	39
PRODUCTOS DE DIAGNÓSTICO/AGENTES VARIOS	42
MEDICAMENTOS PARA NARIZ, GARGANTA Y OÍDO	43
SISTEMA ENDOCRINO/DIABETES.....	44
GASTROENTEROLOGÍA.....	49
INMUNOLOGÍA, VACUNAS/BIOTECNOLOGÍA.....	51
SISTEMA LOCOMOTOR/REUMATOLOGÍA.....	52
OBSTETRICIA/GINECOLOGÍA.....	54
OFTALMOLOGÍA.....	57
SISTEMA RESPIRATORIO Y ALERGIA	58
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>micafungina</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		

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>abacavir, solución oral</i>	3	QL (960/30)
<i>abacavir, comprimidos orales</i>	4	QL (60/30)
<i>abacavir-lamivudina</i>	3	QL (30/30)
<i>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
HARVONI, COMPRIMIDOS ORALES, 45-200 MG	5	PA; QL (56/28); NDS

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
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
<i>maraviroc, comprimidos orales, 300 mg</i>	5	QL (120/30); NDS

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

Cursiva minúscula = Medicamento genérico

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

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
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	
<i>ritonavir</i>	3	QL (360/30)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
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
SYMTUZA	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
VIRACEPT, COMPRIMIDOS ORALES, 625 MG	5	QL (120/30); NDS

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

Cursiva minúscula = Medicamento genérico

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

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
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	
ceflaclor, 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
cefepima inyectable	4	HI
cefepima intravenosa	4	PA; HI

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
cefixima	4	
cefotetan en dextrosa, iso-osm.	4	PA
cefotetan inyectable	4	PA
cefoxitina	4	PA; HI
cefoxitina en dextrosa, iso-osm.	4	PA; HI
cefpodoxima	2	
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>atovuona</i>	5	NDS
<i>atovuona-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

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>moxifloxacin-aacetato sódico, sulfato en agua</i>	4	PA
<i>moxifloxacin-acloruro 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>hclato de doxiciclina intravenoso</i>	4	PA
<i>hclato de doxiciclina, cápsulas orales</i>	1	
<i>hclato de doxiciclina, comprimidos orales, 100 mg</i>	1	
<i>hclato 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, inyetable</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
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
AFINITOR, COMPRIMIDOS ORALES, 10 MG	5	PA; QL (30/30); NDS
ALECENSA	5	PA; QL (240/30); 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
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
<i>bortezomib, sol. para reconst. intravenosa</i>	5	PA; NDS
BOSULIF, COMPRIMIDOS ORALES, 100 MG	5	PA; QL (90/30); NDS

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
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
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

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>ciclosporina modificada</i>	4	B/D PA
<i>ciclosporina, cápsulas orales</i>	4	B/D PA
CYRAMZA	5	PA; NDS
<i>citarabina</i>	4	B/D PA
<i>citarabina (pf)</i>	4	B/D PA
<i>dacarbazina</i>	4	B/D PA
<i>dactinomicina</i>	4	B/D PA
DANYELZA	5	PA; NDS
DARZALEX	5	PA; NDS
DARZALEX FASPRO	5	PA; NDS
<i>daunorrubicina, solución intravenosa</i>	4	B/D PA
DAURISMO, COMPRIMIDOS ORALES, 100 MG	5	PA; QL (30/30); NDS
DAURISMO, COMPRIMIDOS ORALES, 25 MG	5	PA; QL (60/30); NDS
<i>decitabina</i>	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
ELZONRIS	5	PA; NDS
EMCYT	5	NDS
EMPLICITI	4	PA
ENHERTU	5	PA; NDS
ENVARUS XR	4	B/D PA

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<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
EVEROLIMUS (ANTINEOPLÁSICO), COMPRIMIDOS ORALES, 10 MG	5	PA; QL (30/30); NDS
<i>everolimus (antineoplásico), comprimidos orales, 2.5 mg, 5 mg, 7.5 mg</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
<i>fludarabina</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>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

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>lapatinib</i>	5	PA; QL (180/30); NDS
<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	5	PA; NDS

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
LUPRON DEPOT-PED (3 MESES), KIT CON JERINGA INTRAMUSCULAR, 11.25 MG	4	PA
LUPRON DEPOT-PED (3 MESES), KIT CON JERINGA INTRAMUSCULAR, 30 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
<i>nelarabina</i>	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	PA; 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)
XCOPRI, PAQUETE DE AJUSTE DE DOSIS, COMPRIMIDOS ORALES, PAQUETE DOSIFICADO, 50 MG (14)-100 MG (14)	4	PA; QL (56/365)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
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
<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)

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>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
<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
VUMERITY	5	PA; QL (120/30); NDS

RELAJANTES MUSCULARES/TERAPIA ANTIESPASMÓDICA

<i>baclofeno, comprimidos orales, 10 mg, 5 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>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
<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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
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
<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

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
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>oxicodona, concentrado oral</i>	4	QL (180/30); NDS
<i>oxicodona, solución oral</i>	4	QL (1200/30); NDS
OXICODONE, JERINGA ORAL	4	QL (180/30); NDS
<i>oxicodona, comprimidos orales, 10 mg, 15 mg, 20 mg, 30 mg</i>	3	QL (180/30); NDS
<i>oxicodona, comprimidos orales, 5 mg</i>	3	QL (360/30); NDS
<i>oxicodona-acetaminofeno, comprimidos orales, 10-325 mg, 2.5-325 mg, 5-325 mg, 7.5-325 mg</i>	3	QL (360/30); NDS
<i>oximorfona, comprimidos orales, liberación prolongada, 12 horas</i>	3	QL (90/30); NDS
XTAMPZA ER	3	QL (90/30); NDS
ANALGÉSICOS NO NARCÓTICOS		
<i>buprenorfina-naloxona, película sublingual, 12-3 mg</i>	4	QL (60/30)
<i>buprenorfina-naloxona, película sublingual, 2-0.5 mg</i>	4	QL (360/30)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<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	
<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	

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>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)
<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)

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, 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>bupiriona</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	
<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	

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

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>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)
<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	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<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	
<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

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
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)
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, intensol</i>	3	QL (150/30)
<i>lorazepam, concentrado oral</i>	3	QL (150/30)

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

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
olanzapina, comprimidos orales, 15 mg, 20 mg	2	QL (30/30)
olanzapina, comprimidos de desintegración oral, 10 mg, 5 mg	4	QL (60/30)
olanzapina, comprimidos de desintegración oral, 15 mg, 20 mg	4	QL (30/30)
olanzapina-fluoxetina	4	
oxazepam	2	QL (120/30)
paliperidona, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas, 1.5 mg, 9 mg	4	PA; QL (30/30)
paliperidona, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas, 3 mg, 6 mg	4	PA; QL (60/30)
clorhidrato de paroxetina, suspensión oral, 10 mg/5 ml	4	ST; QL (900/30)
PAROXETINE HCL, SUSPENSIÓN ORAL, 10 MG/5 ML	4	ST; QL (900/30)
clorhidrato de paroxetina, comprimidos orales, 10 mg	2	QL (180/30)
clorhidrato de paroxetina, comprimidos orales, 20 mg, 40 mg	2	QL (30/30)
clorhidrato de paroxetina, comprimidos orales, 30 mg	2	QL (60/30)
clorhidrato de paroxetina, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas	3	QL (60/30)
PAXIL, SUSPENSIÓN ORAL	4	ST; QL (900/30)
perfenazina	4	
perfenazina-amitriptilina	4	
PERSERIS	5	QL (1/28); NDS
fenelzina	3	
pimozida	4	
protriptilina	4	
quetiapina, comprimidos orales, 100 mg, 25 mg, 50 mg	2	QL (120/30)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
quetiapina, comprimidos orales, 150 mg, 200 mg	2	QL (90/30)
quetiapina, comprimidos orales, 300 mg, 400 mg	2	QL (60/30)
quetiapina, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas, 150 mg, 200 mg	3	QL (30/30)
quetiapina, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas, 300 mg, 400 mg, 50 mg	3	QL (60/30)
ramelteón	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
risperidona, solución oral	2	
risperidona, jeringa oral	2	
risperidona, comprimidos orales, 0.25 mg, 0.5 mg, 4 mg	2	QL (120/30)
risperidona, comprimidos orales, 1 mg	2	QL (180/30)
risperidona, comprimidos orales, 2 mg	2	QL (90/30)
risperidona, comprimidos orales, 3 mg	2	QL (60/30)
risperidona, comprimidos de desintegración oral, 0.25 mg, 0.5 mg, 4 mg	4	QL (120/30)
risperidona, comprimidos de desintegración oral, 1 mg	4	QL (180/30)
risperidona, comprimidos de desintegración oral, 2 mg	4	QL (90/30)

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

Cursiva minúscula = Medicamento genérico

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

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<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)
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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<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, 300 MG	5	PA; QL (2/28); NDS
ZYPREXA RELPREVV, SUSPENSIÓN INTRAMUSCULAR PARA RECONSTITUCIÓN, 405 MG	5	PA; QL (1/28); NDS
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	

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>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	
<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	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>clortalidona, comprimidos orales, 25 mg, 50 mg</i>	2	
<i>clonidina</i>	4	QL (4/28)
<i>clorhidrato de clonidina, comprimidos orales, 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	
<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	

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>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	
<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	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<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	
<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	
TEKTRNA HCT	3	
<i>telmisartán</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>telmisartán-amlodipina</i>	1	
<i>telmisartán-hiclorotiazida</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>tiadilt, liberación prolongada</i>	2	
<i>maleato de timolol oral</i>	4	
<i>torsemida oral</i>	2	
<i>trandolapril</i>	1	
<i>triamtereno-hidroclorotiazida</i>	1	
UPTRAVI 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	
<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	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>clopidogrel, comprimidos orales, 75 mg</i>	1	QL (30/30)
<i>etexilato de dabigatrán</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
<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	

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
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	
<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)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<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)
<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), 62.5 mcg (0.0625 mg)</i>	2	
<i>digoxina, comprimidos orales, 62.5 mcg (0.0625 mg)</i>	4	

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

Cursiva minúscula = Medicamento genérico

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

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
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	
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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
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
<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)

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 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
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)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<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
<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	

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
------------------------	-----------------------	---------------------

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)
<i>nystop</i>	3	QL (180/30)

ANTIVIRALES TÓPICOS

<i>aciclovir, pomada tópica</i>	4	QL (30/30)
DENAVIR	5	QL (5/30); NDS

CORTICOESTEROIDES 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	

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

<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	
<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	

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>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	
<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	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>neomicina-polimixina b gu</i>	4	
<i>irrigación de solución de lactato sódico compuesta</i>	4	
<i>tis-u-sol pentailito</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	
<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	

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>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	
<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	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<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)
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	

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
fluoruro de sodio 5000 para sequedad en la boca	4	
fluoruro de sodio-nitrato potásico	4	
acetónido de triamcinolona, pasta dental	3	
PREPARACIONES ÓTICAS VARIAS		
ácido acético ótico (oído)	2	
flac, aceite ótico	4	
acetónido de fluocinolona, aceite	4	
hidrocortisona-ácido acético	2	
ofloxacina ótica (oídos)	2	
ESTEROIDES/ANTIBIÓTICOS ÓTICOS		
CIPRO HC	3	
ciprofloxacina-dexametasona	3	
cortisporin-tc	4	
neomicina-polimixina-hidrocortisona ótica (oído)	3	
SISTEMA ENDOCRINO/DIABETES		
HORMONAS SUPRARRENALES		
DEPO-MEDROL	4	
dexametasona, intensol	4	
dexametasona, elixir oral	2	
dexametasona, solución oral	2	
dexametasona, comprimidos orales	2	
fosfato sódico de dexametasona (pf), solución inyectable	4	
fosfato sódico de dexametasona, solución inyectable	4	
fludrocortisona	2	
hidrocortisona oral	3	
MEDROL, COMPRIMIDOS ORALES, 2 MG	3	B/D PA
methylpred dp	2	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
acetato de metilprednisolona	4	
metilprednisolona, comprimidos orales	2	B/D PA
metilprednisolona, comprimidos orales, paquete dosificado	2	
succinato sódico de metilprednisolona, sol. para reconst. inyect., 125 mg, 40 mg	4	
succinato sódico de metilprednisolona intravenoso	4	
prednisolona, solución oral	3	
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)	3	
prednisona, intensol	4	
prednisona, solución oral	2	
prednisona, comprimidos orales, 1 mg, 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg	1	
prednisona, comprimidos orales, 50 mg	2	
prednisona, comprimidos orales, paquete dosificado	1	
SOLU-CORTEF ACT-O-VIAL (PF)	4	
acetónido de triamcinolona, suspensión inyectable, 40 mg/ml	2	
AGENTES ANTITIROIDEOS		
metimazol, comprimidos orales, 10 mg, 5 mg	2	
propiltiouracilo	3	
TRATAMIENTO DE LA DIABETES		
acarbosa, comprimidos orales, 100 mg	2	QL (90/30)
acarbosa, comprimidos orales, 25 mg	2	QL (360/30)
acarbosa, comprimidos orales, 50 mg	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
PAÑOS CON ALCOHOL	2	
ASSURE ID, JERINGA DE SEGURIDAD PARA INSULINA, 1 ML, CALIBRE 29 X 1/2"	2	QL (200/30)
BAQSIMI	3	
<i>bd safetyglide, jeringa para insulina, 1 ml, calibre 31 x 15/64"</i>	2	QL (200/30)
<i>bd ultra-fine nano, aguja para lapicera</i>	2	QL (200/30)
<i>bd ultra-fine short, aguja para lapicera</i>	2	QL (200/30)
BYDUREON BCISE	3	QL (4/28)
CYCLOSET	4	QL (180/30)
<i>diazoxida</i>	4	
<i>dropsafe, paños preparados con alcohol</i>	2	
GASA, VENDA PARA APLICACIÓN TÓPICA, 2 X 2"	2	
<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)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<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	3	QL (30/30)
GVOKE	3	
GVOKE HYOPEN, PAQUETE DE 1	3	
GVOKE HYOPEN, PAQUETE DE 2	3	
GVOKE PFS, PAQUETE CON 1 JERINGA	3	
GVOKE PFS, PAQUETE CON 2 JERINGAS	3	
HUMALOG JUNIOR KWIKPEN U-100	3	SSM
HUMALOG KWIKPEN, INSULINA	3	SSM
HUMALOG MIX 50-50, INSULINA U-100	3	SSM
HUMALOG MIX 50-50 KWIKPEN	3	SSM
HUMALOG MIX 75-25 KWIKPEN	3	SSM
HUMALOG MIX 75-25 (U-100), INSULINA	3	SSM
HUMALOG U-100, INSULINA	3	SSM
HUMULIN 70/30 U-100, INSULINA	3	SSM
HUMULIN 70/30 U-100 KWIKPEN	3	SSM
HUMULIN N NPH, INSULINA KWIKPEN	3	SSM
HUMULIN N NPH U-100, INSULINA	3	SSM

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
HUMULIN R REGULAR U-100, INSULINA	3	SSM
HUMULIN R U-500 (CONC) INSULINA	5	B/D PA; NDS
HUMULIN R U-500 (CONC) KWIKPEN	5	NDS
INSULIN LISPRO	3	SSM
INSULIN LISPRO PROTAMIN-LISPRO	3	SSM
JERINGA PARA INSULINA CON AGUJA, U-100, 0.3 ML CALIBRE 29, 1 ML CALIBRE 29 X 1/2", 1/2 ML CALIBRE 28	2	QL (200/30)
INVOKAMET	3	QL (60/30)
INVOKAMET XR	3	QL (60/30)
INVOKANA	3	QL (30/30)
JANUMET	3	QL (60/30)
JANUMET XR, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA, MULTIFÁSICA, 24 HORAS, 100-1,000 MG	3	QL (30/30)
JANUMET XR, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA, MULTIFÁSICA, 24 HORAS, 50-1,000 MG, 50-500 MG	3	QL (60/30)
JANUVIA	3	QL (30/30)
JARDIANCE	3	QL (30/30)
JENTADUETO	3	QL (60/30)
JENTADUETO XR, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN INMEDIATA-LIBERACIÓN PROLONGADA, BIFÁSICA, 24 HORAS, 2.5-1,000 MG	3	QL (60/30)
JENTADUETO XR, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN INMEDIATA-LIBERACIÓN PROLONGADA, BIFÁSICA, 24 HORAS, 5-1,000 MG	3	QL (30/30)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
LANTUS SOLOSTAR U-100, INSULINA	3	SSM
LANTUS U-100, INSULINA	3	SSM
LEVEMIR FLEXTOUCH U-100, INSULINA	3	SSM
LEVEMIR U-100, INSULINA	3	SSM
LYUMJEV KWIKPEN U-100, INSULINA	3	SSM
LYUMJEV KWIKPEN U-200, INSULINA	3	SSM
LYUMJEV U-100, INSULINA	3	SSM
METFORMIN, SOLUCIÓN ORAL	3	QL (765/30)
<i>metformina, comprimidos orales, 1,000 mg</i>	1	QL (75/30)
<i>metformina, comprimidos orales, 500 mg</i>	1	QL (150/30)
<i>metformina, comprimidos orales, 850 mg</i>	1	QL (90/30)
<i>metformina, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas, 500 mg</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	3	QL (2/28)
<i>nateglinida, comprimidos orales, 120 mg</i>	1	QL (90/30)

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

Cursiva minúscula = Medicamento genérico

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

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<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)
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)	3	QL (1.5/28)
OZEMPIC, LAPICERA PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA, 1 MG/DOSIS (4 MG/3 ML, 2 MG/DOSIS (8 MG/3 ML)	3	QL (3/28)
AGUJA PARA LAPICERA, AGUJA PARA DIABETES, CALIBRE 29 X 1/2"	2	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	3	QL (30/30)
SOLIQUA 100/33	3	QL (15/25)
SYMLINPEN 120	5	PA; QL (10.8/30); NDS
SYMLINPEN 60	5	PA; QL (6/30); NDS
SYNJARDY	3	QL (60/30)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
SYNJARDY XR, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN INMEDIATA-LIBERACIÓN PROLONGADA, BIFÁSICA, 24 HORAS, 10-1,000 MG, 12.5-1,000 MG, 5-1,000 MG	3	QL (60/30)
SYNJARDY XR, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN INMEDIATA-LIBERACIÓN PROLONGADA, BIFÁSICA, 24 HORAS, 25-1,000 MG	3	QL (30/30)
TECHLITE, 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	2	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"	2	QL (200/30)
TECHLITE, AGUJA PARA LAPICERA	2	QL (200/30)
TOUJEO MAX U-300 SOLOSTAR	3	SSM
TOUJEO SOLOSTAR U-300, INSULINA	3	SSM
TRADJENTA	3	QL (30/30)
TRESIBA FLEXTOUCH U-100	3	SSM
TRESIBA FLEXTOUCH U-200	3	SSM
TRESIBA U-100, INSULINA	3	SSM

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
TRIJARDY XR, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN INMEDIATA-LIBERACIÓN PROLONGADA, BIFÁSICA, 24 HORAS, 10-5-1,000 MG, 25-5-1,000 MG	3	QL (30/30)
TRIJARDY XR, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN INMEDIATA-LIBERACIÓN PROLONGADA, BIFÁSICA, 24 HORAS, 12.5-2.5-1,000 MG, 5-2.5-1,000 MG	3	QL (60/30)
TRULICITY	3	QL (2/28)
V-GO 20	3	
V-GO 30	3	
V-GO 40	3	
VICTOZA 2-PAK	3	QL (9/30)
VICTOZA 3-PAK	3	QL (9/30)
XULTOPHY 100/3.6	3	QL (15/30)
HORMONAS VARIAS		
ALDURAZYME	5	PA; NDS
<i>cabergolina</i>	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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>desmopresina, rociador nasal con bomba</i>	4	
<i>desmopresina, rociador nasal no aerosol, 10 mcg/aplicación (0.1 ml)</i>	4	
<i>desmopresina oral</i>	3	
<i>doxercalciferol</i>	4	
ELAPRASE	5	PA; NDS
FABRAZYME	5	NDS
KORLYM	5	PA; QL (120/30); NDS
KUVAN	5	PA; NDS
LUMIZYME	5	PA; NDS
MIACALCIN INYECTABLE	5	NDS
<i>miglustato</i>	5	LA; NDS
NAGLAZYME	5	PA; NDS
NATPARA	5	PA; LA; QL (2/28); NDS
<i>oxandrolona, comprimidos orales, 10 mg</i>	4	PA; QL (60/30)
<i>oxandrolona, comprimidos orales, 2.5 mg</i>	3	PA; QL (120/30)
<i>pamidronato</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	

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>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
<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	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
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	
<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	

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>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	
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)
OCALIVA	5	PA; LA; QL (30/30); NDS
<i>ondansetrón</i>	3	B/D PA
<i>clorhidrato de ondansetrón (pf)</i>	4	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>clorhidrato de ondansetrón intravenoso</i>	4	
<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	
<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	

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
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	
<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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
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
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	

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
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	
DENGIVAXIA (PF)	3	
ENGRIX-B (PF)	3	B/D PA
ENGRIX-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
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	
IPOL	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	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
M-M-R II (PF)	3	
PEDIARIX (PF)	3	
PEDVAX HIB (PF)	3	
PENTACEL (PF)	3	
PREHEVBRIIO (PF)	3	B/D PA
PROQUAD (PF)	3	
QUADRACEL (PF)	3	
RABAVER (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	
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	

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>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
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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
HUMIRA, KIT DE JERINGA SUBCUTÁNEA, 40 MG/0.8 ML	5	PA; QL (4/28); NDS
HUMIRA (CF) PEDI CROHNS, PAQUETE INICIAL, KIT DE JERINGA SUBCUTÁNEA, 80 MG/0.8 ML	5	PA; QL (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
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	5	PA; QL (30/30); NDS

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

Cursiva minúscula = Medicamento genérico

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

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
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
<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>yuvafem</i>	4	

PRODUCTOS OBSTÉTRICOS/GINECOLÓGICOS VARIOS

<i>fosfato de clindamicina vaginal</i>	3	
<i>metronidazol vaginal</i>	3	
<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	

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>azurette</i> (28)	3	
<i>balziva</i> (28)	3	
<i>blisovi</i> 24 fe	3	
<i>blisovi fe</i> 1.5/30 (28)	3	
<i>blisovi fe</i> 1/20 (28)	3	
<i>briellyn</i>	3	
<i>camrese</i>	3	
<i>camrese lo</i>	3	
<i>charlotte</i> 24 fe	3	
<i>chateal</i> (28)	3	
<i>chateal eq</i> (28)	3	
<i>cryselle</i> (28)	3	
<i>cyred</i>	3	
<i>cyred eq</i>	3	
<i>dasetta</i> 1/35 (28)	3	
<i>dasetta</i> 7/7/7 (28)	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	
ELLA	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</i> (28)	3	
<i>feminor</i>	3	
<i>finzala</i>	3	
<i>gemmily</i>	3	
<i>hailey</i>	3	
<i>hailey</i> 24 fe	3	
<i>hailey fe</i> 1.5/30 (28)	3	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>hailey fe</i> 1/20 (28)	3	
ICLEVIA	3	
<i>introvale</i>	3	
<i>isibloom</i>	3	
<i>jaimiess</i>	3	
<i>jasmiel</i> (28)	3	
<i>jolessa</i>	3	
<i>juleber</i>	3	
<i>junel</i> 1.5/30 (21)	3	
<i>junel</i> 1/20 (21)	3	
<i>junel fe</i> 1.5/30 (28)	3	
<i>junel fe</i> 1/20 (28)	3	
<i>junel fe</i> 24	3	
<i>kaitlib fe</i>	3	
<i>kalliga</i>	3	
<i>kariva</i> (28)	3	
<i>kelnor</i> 1/35 (28)	3	
<i>kelnor</i> 1-50 (28)	3	
<i>kurvelo</i> (28)	3	
<i>l norgest/e.estradiol-e.estrad</i>	3	
<i>larin</i> 1.5/30 (21)	3	
<i>larin</i> 1/20 (21)	3	
<i>larin</i> 24 fe	3	
<i>larin fe</i> 1.5/30 (28)	3	
<i>larin fe</i> 1/20 (28)	3	
<i>layolis fe</i>	3	
<i>leena</i> 28	3	
<i>lessina</i>	3	
<i>levonest</i> (28)	3	
<i>levonorgestrel-etinilestradiol</i>	3	
<i>levonorg-etetinilestradiol</i> <i>trifásico</i>	3	
<i>levora</i> -28	3	
<i>lojaimiess</i>	3	
<i>loryna</i> (28)	3	
<i>low-ogestrel</i> (28)	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>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-lynh</i>	3	
<i>necon 0.5/35 (28)</i>	3	
<i>nikki (28)</i>	3	
<i>noret.-etinilestradiol/hierro</i>	3	
<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	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<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	
<i>tri-legest fe</i>	3	
<i>tri-lynh</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>viorele (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	

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
zovia 1-35 (28)	3	
zumandimine (28)	3	
OFTALMOLOGÍA		
ANTIBIÓTICOS		
ak-poly-bac	2	
AZASITE	3	
bacitracina oftálmica (ojos)	2	
bacitracina-polimixina b	2	
BESIVANCE	4	
CILOXAN, POMADA OFTÁLMICA (OJOS)	3	
clorhidrato de ciprofloxacina oftálmico (ojos)	2	
eritromicina oftálmica (ojos)	2	
gentak, pomada oftálmica (ojos)	2	
gentamicina, gotas oftálmicas (ojos)	2	
moxifloxacina oftálmica (ojos)	3	
NATACYN	3	
neomicina-bacitracina-polimixina	2	
neomicina-polimixina-gramicidina	2	
neo-polycin	2	
ofloxacina oftálmica (ojos)	2	
polycin	2	
polimixina b sulfato de trimetoprima	2	
tobramicina oftálmica (ojos)	2	
TOBREX, POMADA OFTÁLMICA (OJOS)	4	
ANTIVÍRICOS		
trifluridina	3	
ZIRGAN	3	
BETABLOQUEANTES		
carteolol	2	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
levobunolol, gotas oftálmicas (ojos), 0.5%	1	
maleato de timolol, gotas oftálmicas (ojos)	1	
TIMOLOL MALEATE, SOLUCIÓN GELIFICANTE OFTÁLMICA (OJOS)	4	
PRODUCTOS OFTALMOLÓGICOS VARIOS		
atropina, gotas oftálmicas (ojos)	3	
azelastina oftálmica (ojos)	2	
cromoglicato oftálmico (ojos)	2	
CYSTARAN	5	PA; NDS
epinastina	3	
EYLEA	5	PA; NDS
LACRISERT	4	
olopatadina oftálmica (ojos)	3	
OXERVATE	5	PA; QL (112/56); NDS
PHOSPHOLINE IODIDE	4	
clorhidrato de pilocarpina, gotas oftálmicas (ojos), 1%, 2%, 4%	3	
RESTASIS	3	QL (60/30)
RESTASIS MULTIDOSIS	3	QL (11/30)
restasis multidosis, gotas oftálmicas (ojos), 0.05%	3	QL (60/30)
sulfacetamida sódica, gotas oftálmicas (ojos)	2	
sulfacetamida-prednisolona	2	
XIIDRA	3	QL (60/30)
AGENTES ANTIINFLAMATORIOS NO ESTEROIDEOS		
bromfenaco	4	
diclofenaco sódico oftálmico (ojos)	2	
flurbiprofeno sódico	2	
ketorolaco oftálmico (ojos)	2	
PROLENSA	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
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
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	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
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	
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

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
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	
<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>ambrisentan</i>	5	PA; LA; QL (30/30); NDS
ANORO ELLIPTA	3	QL (60/30)
<i>arformoterol</i>	4	B/D PA
ARNUITY ELLIPTA	3	QL (30/30)
ATROVENT HFA	4	QL (25.8/30)
<i>bosentan</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)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
ESBRIET, CÁPSULAS ORALES	5	PA; QL (270/30); NDS
ESBRIET, COMPRIMIDOS ORALES, 267 MG	5	PA; QL (270/30); NDS
ESBRIET, COMPRIMIDOS ORALES, 801 MG	5	PA; QL (90/30); NDS
FLOVENT DISKUS PARA INHALAR, BLÍSTER CON DISPOSITIVO, 100 MCG/ ACTIVACIÓN, 50 MCG/ ACTIVACIÓN	3	QL (60/30)
FLOVENT DISKUS PARA INHALAR, BLÍSTER CON DISPOSITIVO, 250 MCG/ ACTIVACIÓN	3	QL (240/30)
FLOVENT 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, blíster 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

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
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)
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)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
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)
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

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
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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
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	
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	

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>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	
<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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
CLINIMIX 5%/D15W, SIN SULFITOS	4	B/D PA
CLINIMIX 4.25%/D10W, SIN SULFITOS	4	B/D PA
CLINIMIX 5%-D20W (SIN SULFITOS)	4	B/D PA
CLINIMIX 6%-D5W (SIN SULFITOS)	4	B/D PA
CLINIMIX 8%-D10W (SIN SULFITOS)	4	B/D PA
CLINIMIX 8%-D14W (SIN SULFITOS)	4	B/D PA
CLINIMIX E 4.25%/D10W, SIN SULFITOS	4	B/D PA
CLINISOL SF 15%	4	B/D PA
<i>electrolitos-48 en d5w</i>	4	
INTRALIPID, EMULSIÓN INTRAVENOSA, 20%, 30%	4	B/D PA
KABIVEN	4	B/D PA
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	

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>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	
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	

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

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

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	34
ALECENSA	15	AMIODARONA, SOLUCIÓN INTRAVENOSA	34
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	52	AMLODIPINA-VALSARTÁN-HIDROCLOROTIAZIDA	35
ALOSETRÓN, COMPRIMIDOS ORALES, 0.5 MG.....	49	AMNESTEEM	40
ALOSETRÓN, COMPRIMIDOS ORALES, 1 MG	49	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)	54	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).....	54	AMPICILINA SÓDICA INTRAVENOSA.....	14
ALYACEN 7/7/7 (28).....	54	AMPICILINA SÓDICA, SOL. PARA RECONST. INJECT., 1 GRAMO, 10 GRAMOS, 2 GRAMOS, 250 MG, 500 MG	14
ALYQ.....	59	AMPICILINA SÓDICA, SOL. PARA RECONST. INJECT., 125 MG	14
AMBISOME	8	AMPICILINA-SULBACTAM.....	14
AMBRISENTÁN	59	ANAGRELIDA.....	42
AMETHIA.....	54	ANASTROZOL.....	16
AMETHYST (28)	54		

Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
ANFOTERICINA B.....	8	ASPIRINA-DIPIRIDAMOL.....	37
ANFOTERICINA B LIPOSOMAL	8	ASSURE ID, JERINGA DE SEGURIDAD PARA INSULINA, 1 ML, CALIBRE 29 X 1/2".....	45
ANORO ELLIPTA.....	59	ATAZANAVIR, CÁPSULAS ORALES, 150 MG, 300 MG....	8
APRACLONIDINA.....	58	ATAZANAVIR, CÁPSULAS ORALES, 200 MG.....	8
APREPITANT	49	ATENOLOL	35
APRI	54	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).....	54	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	54
ARIPIRAZOL, COMPRIMIDOS ORALES, 10 MG, 15 MG, 2 MG, 5 MG	29	AUBRA EQ	54
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).....	54
ARISTADA INITIO	29	AUROVELA 1/20 (21).....	54
ARISTADA, SUSPENSIÓN INTRAMUSCULAR, LIBERACIÓN PROLONGADA, JERINGA, 1,064 MG/3.9 ML.....	29	AUROVELA 24 FE.....	54
ARISTADA, SUSPENSIÓN INTRAMUSCULAR, LIBERACIÓN PROLONGADA, JERINGA, 441 MG/1.6 ML.....	29	AUROVELA FE 1.5/30 (28)	54
ARISTADA, SUSPENSIÓN INTRAMUSCULAR, LIBERACIÓN PROLONGADA, JERINGA, 662 MG/2.4 ML.....	29	AUROVELA FE 1-20 (28)	54
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
ARNUIITY ELLIPTA.....	59	AVIANE.....	54
ARRANON.....	16	AVITA.....	40
ARZERRA	16	AVONEX, JERINGA INTRAMUSCULAR	51
ASHLYNA.....	54	AVONEX, KIT DE JERINGA INTRAMUSCULAR.....	51
		AVONEX, KIT DE LAPICERA PARA INYECCIÓN INTRAMUSCULAR	51
		AYUNA	54
		AYVAKIT.....	16
		AZACITIDINA	16
		AZASAN.....	16

Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
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.....	43	BESIVANCE.....	57
AZELASTINA OFTÁLMICA (OJOS).....	57	BESPONS.....	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..	26	BIKTARVY.....	8
BACLOFENO, COMPRIMIDOS ORALES, 20 MG.....	27	BIMATOPROST OFTÁLMICO (OJOS).....	58
BAL-CARE DHA.....	62	BINOSTO.....	53
BALSALAZIDA.....	49	BISOPROLOL-HIDROCLOROTIAZIDA.....	35
BALVERSA.....	16	BLNREP.....	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
BENZAEPRI.....	35	BOTOX.....	52
BENZAEPRI-HIDROCLOROTIAZIDA.....	35	BRAFTOVI, CÁPSULAS ORALES, 75 MG.....	16
		BREO ELLIPTA.....	59
		BRIELLYN.....	55
		BRILINTA.....	37
		BRIMONIDINA, GOTAS OFTÁLMICAS (OJOS), 0.2%....	58

Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
BRIMONIDINA, GOTAS OFTÁLMICAS (OJOS), 0.15% ...	58	BUSPIRONA.....	30
BRINZOLAMIDA	58	BUSULFAN	16
BRIVIACT, COMPRIMIDOS ORALES.....	23	BUTIRATO DE HIDROCORTISONA, CREMA TÓPICA ...	42
BRIVIACT INTRAVENOSO	23	BUTIRATO DE HIDROCORTISONA-EMOLIENTE.....	42
BRIVIACT, SOLUCIÓN ORAL.....	23	BUTIRATO DE HIDROCORTISONA, POMADA TÓPICA..	42
BROMFENACO	57	BUTIRATO DE HIDROCORTISONA, SOLUCIÓN	
BROMOCRIPTINA	25	TÓPICA	42
BROMURO DE IPRATROPIO NASAL	43	BUTORFANOL NASAL	28
BROMURO DE IPRATROPIO PARA INHALAR.....	59	BYDUREON BCISE	45
BROMURO DE PIRIDOSTIGMINA,			
COMPRIMIDOS ORALES, 60 MG.....	27	C	
BROMURO DE PIRIDOSTIGMINA, COMPRIMIDOS		CABENUVA.....	8
ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA.....	27	CABERGOLINA.....	48
BROMURO DE PIRIDOSTIGMINA, JARABE ORAL	27	CABOMETYX	16
BROVANA	59	CALCIPOTRIENO, CREMA TÓPICA	39
BRUKINSA	16	CALCIPOTRIENO, CUERO CABELLUDO	39
BUDESONIDA, CÁPSULAS ORALES,		CALCIPOTRIENO, POMADA TÓPICA.....	39
LIBERACIÓN RETARDADA Y PROLONGADA	49	CALCITONINA (SALMÓN), INYECCIÓN.....	48
BUDESONIDA, COMPRIMIDOS ORALES,		CALCITONINA (SALMÓN), NASAL.....	48
LIBERACIÓN RETARDADA Y PROLONGADA	49	CALCITRIOL, CÁPSULAS ORALES.....	48
BUDESONIDA, SUSPENSIÓN PARA INHALACIÓN		CALCITRIOL, SOLUCIÓN INTRAVENOSA, 1 MCG/ML... 48	
PARA NEBULIZACIÓN, 0.25 MG/2 ML, 0.5 MG/2 ML.....	59	CALCITRIOL, SOLUCIÓN ORAL.....	48
BUDESONIDA, SUSPENSIÓN PARA INHALACIÓN		CALCITRIOL TÓPICO	39
PARA NEBULIZACIÓN, 1 MG/2 ML.....	59	CALQUENCE	16
BUMETANIDA INYECTABLE.....	35	CALQUENCE (ACALABRUTINIB MAL).....	16
BUMETANIDA ORAL	35	CAMILA	54
BUPRENORFINA-NALOXONA, COMPRIMIDOS		CAMRESE.....	55
SUBLINGUALES, 2-0.5 MG.....	28	CAMRESE LO	55
BUPRENORFINA-NALOXONA, COMPRIMIDOS		CANDESARTÁN, COMPRIMIDOS ORALES,	
SUBLINGUALES, 8-2 MG.....	28	16 MG, 4 MG, 8 MG	35
BUPRENORFINA-NALOXONA, PELÍCULA		CANDESARTÁN, COMPRIMIDOS ORALES, 32 MG	35
SUBLINGUAL, 2-0.5 MG.....	28	CANDESARTÁN-HIDROCLOROTIAZIDA.....	35
BUPRENORFINA-NALOXONA, PELÍCULA		CAPASTAT.....	12
SUBLINGUAL, 4-1 MG, 8-2 MG	28	CAPLYTA	30
BUPRENORFINA-NALOXONA, PELÍCULA		CAPRELSA, COMPRIMIDOS ORALES, 100 MG	16
SUBLINGUAL, 12-3 MG	28	CAPRELSA, COMPRIMIDOS ORALES, 300 MG	16
BUPRENORFINA, PARCHE TRANSDÉRMICO		CAPROATO DE HIDROXIPROGESTERONA	54
SEMANAL, 7.5 MCG/HORA.....	27	CAPTOPRIL	35
BUPRENORPHINE, PARCHE TRANSDÉRMICO		CARBAGLU.....	42
SEMANAL, 10 MCG/HORA, 15 MCG/HORA,		CARBAMAZEPINA	23
20 MCG/HORA, 5 MCG/HORA.....	27		

Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
CARBIDOPA.....	25	CEFEPIMA EN DEXTROSA AL 5%.....	11
CARBIDOPA-LEVODOPA, COMPRIMIDOS DE DESINTEGRACIÓN ORAL.....	25	CEFEPIMA EN DEXTROSA, ISO-OSM.	11
CARBIDOPA-LEVODOPA, COMPRIMIDOS ORALES	25	CEFEPIMA INTRAVENOSA.....	11
CARBIDOPA-LEVODOPA, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA.....	25	CEFEPIMA INYECTABLE.....	11
CARBIDOPA-LEVODOPA-ENTACAPONA	25	CEFIXIMA	11
CARBONATO DE LITIO	32	CEFLACLOR, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA, 12 HORAS.....	11
CARBOPLATINO, SOLUCIÓN INTRAVENOSA	16	CEFOTETAN EN DEXTROSA, ISO-OSM.	11
CARMUSTINA, SOL. PARA RECONST. INTRAVENOSA, 100 MG	16	CEFOTETAN INYECTABLE.....	11
CAROSPIR	35	CEFOXITINA.....	11
CARTEOLOL	57	CEFOXITINA EN DEXTROSA, ISO-OSM.	11
CARTIA XT	35	CEFPODOXIMA.....	11
CARVEDILOL.....	35	CEFPROZILO.....	11
CASPOFUNGINA, SOL. PARA RECONST. INTRAVENOSA, 50 MG.....	8	CEFTAZIDIMA	11
CASPOFUNGINA, SOL. PARA RECONST. INTRAVENOSA, 70 MG.....	8	CEFTAZIDIMA EN D5W	11
CAYSTON	12	CEFTRIAXONA	11
CEFACLOR, CÁPSULAS ORALES.....	11	CEFTRIAXONA EN DEXTROSA, ISO-OSM.	11
CEFACLOR, SUSPENSIÓN ORAL PARA RECONSTITUCIÓN, 125 MG/5 ML, 250 MG/5 ML, 375 MG/5 ML	11	CEFUROXIMA AXETILO, COMPRIMIDOS ORALES	11
CEFADROXILO, CÁPSULAS ORALES	11	CEFUROXIMA SÓDICA INTRAVENOSA.....	11
CEFADROXILO, COMPRIMIDOS ORALES.....	11	CEFUROXIMA SÓDICA, SOL. PARA RECONST. INYECT., 750 MG	11
CEFADROXILO, SUSPENSIÓN ORAL PARA RECONSTITUCIÓN, 250 MG/5 ML, 500 MG/5 ML.....	11	CELECOXIB	28
CEFALEXINA, CÁPSULAS ORALES, 250 MG, 500 MG ..	11	CELONTIN, CÁPSULAS ORALES, 300 MG.....	23
CEFALEXINA, SUSPENSIÓN ORAL PARA RECONSTITUCIÓN	11	CEREZYME, SOL. PARA RECONST. INTRAVENOSA, 400 UNIDADES.....	48
CEFAZOLINA EN DEXTROSA (ISO-OSM.), INFUSIÓN SECUNDARIA INTRAVENOSA, 1 GRAMO/50 ML, 2 GRAMOS/100 ML, 2 GRAMOS/50 ML	11	CHANTIX, COMPRIMIDOS ORALES, 1 MG	43
CEFAZOLINA INTRAVENOSA	11	CHANTIX, PAQUETE MENSUAL DE CONTINUACIÓN...	43
CEFAZOLINA, SOL. PARA RECONST. INYECT., 1 GRAMO, 10 GRAMOS, 100 GRAMOS, 300 GRAMOS, 500 MG	11	CHANTIX, PAQUETE MENSUAL INICIAL.....	43
CEFAZOLINA, SOL. PARA RECONST. INYECT., 2 GRAMOS	11	CHARLOTTE 24 FE	55
CEFDINIR, CÁPSULAS ORALES	11	CHATEAL (28)	55
CEFDINIR, SUSPENSIÓN ORAL PARA RECONSTITUCIÓN	11	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.....	16
		CICLOFOSFAMIDA ORAL	16
		CICLOPIROX, CHAMPÚ TÓPICO.....	41
		CICLOPIROX, CREMA TÓPICA.....	41

Índice de medicamentos cubiertos

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

Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
CLONAZEPAM, COMPRIMIDOS ORALES, 2 MG	23	CLORHIDRATO DE DILTIAZEM, CÁPSULAS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA, 12 HORAS	35
CLONIDINA	35	CLORHIDRATO DE DILTIAZEM, CÁPSULAS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA, 24 HORAS, 120 MG, 180 MG, 240 MG, 300 MG	35
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	35
CLORAZEPATO DIPOTÁSICO, COMPRIMIDOS ORALES, 7.5 MG	30	CLORHIDRATO DE DILTIAZEM, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA, 24 HORAS	35
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	29	CLORHIDRATO DE GRANISETRÓN INTRAVENOSO	50
CLORHIDRATO DE BUPROPIÓN, COMPRIMIDOS ORALES, 100 MG	29	CLORHIDRATO DE GRANISETRÓN ORAL	50
CLORHIDRATO DE BUPROPIÓN, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA, 24 HORAS, 150 MG	29	CLORHIDRATO DE HIDROXIZINA, COMPRIMIDOS ORALES	58
CLORHIDRATO DE BUPROPIÓN, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA, 24 HORAS, 300 MG	29	CLORHIDRATO DE IMIPRAMINA	31
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	39
CLORHIDRATO DE CIPROFLOXACINA, COMPRIMIDOS ORALES, 100 MG	14	CLORHIDRATO DE LIDOCAÍNA, GEL PARA MEMBRANA MUCOSA EN APLICADOR	40
CLORHIDRATO DE CIPROFLOXACINA, COMPRIMIDOS ORALES, 250 MG, 500 MG, 750 MG	14	CLORHIDRATO DE LIDOCAÍNA, LARINGOTRAQUEAL	39
CLORHIDRATO DE CIPROFLOXACINA OFTÁLMICO (OJOS)	57	CLORHIDRATO DE LIDOCAÍNA, SOLUCIÓN INYECTABLE	39
CLORHIDRATO DE CLINDAMICINA	12	CLORHIDRATO DE LIDOCAÍNA, SOLUCIÓN PARA MEMBRANA MUCOSA, 2%	40
CLORHIDRATO DE CLONIDINA, COMPRIMIDOS ORALES, 0.1 MG, 0.2 MG	35	CLORHIDRATO DE LIDOCAÍNA, SOLUCIÓN PARA MEMBRANA MUCOSA, 4% (40 MG/ML)	40
CLORHIDRATO DE CLONIDINA, COMPRIMIDOS ORALES, 0.3 MG	35	CLORHIDRATO DE MELFALÁN	19
CLORHIDRATO DE DIFENHIDRAMINA, SOLUCIÓN INYECTABLE, 50 MG/ML	58	CLORHIDRATO DE METILFENIDATO, COMPRIMIDOS ORALES	32

Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
CLORHIDRATO DE METILFENIDATO, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA.....	32	CLORURO DE BETANECOL.....	61
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	CLORURO DE OXIBUTININA, COMPRIMIDOS ORALES.....	61
CLORHIDRATO DE METOCLOPRAMIDA, COMPRIMIDOS ORALES.....	50	CLORURO DE OXIBUTININA, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA, 24 HORAS.....	61
CLORHIDRATO DE METOCLOPRAMIDA, SOLUCIÓN ORAL.....	50	CLORURO DE OXIBUTININA, JARABE ORAL.....	61
CLORHIDRATO DE ONDANSETRÓN, COMPRIMIDOS ORALES, 4 MG, 8 MG.....	50	CLORURO DE POTASIO, CÁPSULAS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA.....	62
CLORHIDRATO DE ONDANSETRÓN INTRAVENOSO.....	50	CLORURO DE POTASIO, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA.....	62
CLORHIDRATO DE ONDANSETRÓN (PF).....	50	CLORURO DE POTASIO, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA, PARTÍCULAS/CRISTALES.....	62
CLORHIDRATO DE ONDANSETRÓN, SOLUCIÓN ORAL.....	50	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, 10 MG.....	33	CLORURO DE POTASIO EN D5-NACL AL 0.45%, SOLUCIÓN PARENTERAL INTRAVENOSA, 30 MEQ/L.....	61
CLORHIDRATO DE PAROXETINA, COMPRIMIDOS ORALES, 20 MG, 40 MG.....	33	CLORURO DE POTASIO EN DEXT. AL 5%, SOLUCIÓN PARENTERAL INTRAVENOSA, 20 MEQ/L.....	61
CLORHIDRATO DE PAROXETINA, COMPRIMIDOS ORALES, 30 MG.....	33	CLORURO DE POTASIO EN LR-D5, SOLUCIÓN PARENTERAL INTRAVENOSA, 20 MEQ/L.....	61
CLORHIDRATO DE PAROXETINA, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA, 24 HORAS.....	33	CLORURO DE POTASIO EN NACL AL 0.9%, SOLUCIÓN PARENTERAL INTRAVENOSA, 20 MEQ/L, 40 MEQ/L.....	61
CLORHIDRATO DE PAROXETINA, SUSPENSIÓN ORAL, 10 MG/5 ML.....	33	CLORURO DE POTASIO INTRAVENOSO.....	62
CLORHIDRATO DE PILOCARPINA, GOTAS OFTÁLMICAS (OJOS), 1%, 2%, 4%.....	57	CLORURO DE POTASIO, LÍQUIDO ORAL.....	62
CLORHIDRATO DE PILOCARPINA ORAL.....	43	CLORURO DE POTASIO-NACL AL 0.45%.....	62
CLORHIDRATO DE SELEGILINA.....	25	CLORURO DE POTASIO, PAQUETE ORAL.....	62
CLORHIDRATO DE TERBINAFINA ORAL.....	8	CLORURO DE SODIO AL 0.9%, INTRAVENOSO.....	43
CLORHIDRATO DE ZIPRASIDONA, CÁPSULAS ORALES, 20 MG.....	34	CLORURO DE SODIO AL 0.45%, SOLUCIÓN PARENTERAL INTRAVENOSA.....	62
CLORHIDRATO DE ZIPRASIDONA, CÁPSULAS ORALES, 40 MG.....	34	CLORURO DE SODIO HIPERTÓNICO AL 3%.....	62
CLORHIDRATO DE ZIPRASIDONA, CÁPSULAS ORALES, 60 MG, 80 MG.....	34	CLORURO DE SODIO HIPERTÓNICO AL 5%.....	62
CLORHIRATO DE PALMITATO DE CLINDAMICINA.....	12	CLORURO DE SODIO INTRAVENOSO.....	62
CLOROTIAZIDA SÓDICA.....	35	CLORURO DE SODIO PARA IRRIGACIÓN.....	43
CLORPROMAZINA INYECTABLE.....	30	CLOTRIMAZOL-BETAMETASONA, CREMA TÓPICA.....	41
CLORPROMAZINA ORAL.....	30	CLOTRIMAZOL-BETAMETASONA, LOCIÓN TÓPICA.....	41
CLORTALIDONA, COMPRIMIDOS ORALES, 25 MG, 50 MG.....	35	CLOTRIMAZOL, CREMA TÓPICA.....	41
		CLOTRIMAZOL, MEMBRANA MUCOSA.....	8
		CLOTRIMAZOL, SOLUCIÓN TÓPICA.....	41

Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
CLOZAPINA, COMPRIMIDOS DE DESINTEGRACIÓN ORAL.....	30	CYRAMZA.....	17
CLOZAPINA, COMPRIMIDOS ORALES.....	30	CYRED.....	55
C-NATE DHA.....	62	CYRED EQ.....	55
COARTEM.....	12	CYSTADANE.....	50
COLCHICINA, COMPRIMIDOS ORALES.....	52	CYSTAGON.....	61
COLESEVELAM.....	38	CYSTARAN.....	57
COLESTIPOL, COMPRIMIDOS ORALES.....	38		
COLESTIPOL, GRÁNULOS ORALES.....	38	D	
COLESTIPOL, PAQUETE ORAL.....	38	DACARBAZINA.....	17
COLESTIRAMINA-ASPARTAMO.....	38	DACTINOMICINA.....	17
COLESTIRAMINA (CON AZÚCAR).....	38	D AL 2.5%-CLORURO DE SODIO AL 0.45%.....	42
COLESTIRAMINA SUAVE.....	38	D AL 5%-CLORURO DE SODIO AL 0.45%.....	42
COLISTINA (COLISTIMETATO SÓDICO).....	12	D AL 5% Y CLORURO DE SODIO AL 0.9%.....	42
COMBIGAN.....	58	D AL 10%-CLORURO DE SODIO AL 0.45%.....	42
COMBIVENT RESPIMAT.....	59	DALFAMPRIDINA.....	26
COMETRIQ, CÁPSULAS ORALES, 60 MG/DÍA (20 MG X 3/DÍA).....	16	DALIRESP.....	59
COMETRIQ, CÁPSULAS ORALES, 100 MG/DÍA (80 MG X 1-20 MG X 1).....	16	DANAZOL.....	48
COMETRIQ, CÁPSULAS ORALES, 140 MG/DÍA (80 MG X 1-20 MG X 3).....	16	DANTROLENO ORAL.....	27
COMPLERA.....	8	DANYELZA.....	17
COMPLETE NATAL DHA.....	62	DAPSONA ORAL.....	12
COMPRO.....	49	DAPTACEL (DTAP PEDIÁTRICA) (PF).....	52
CONSTULOSA.....	49	DAPTOMICINA, SOL. PARA RECONST. INTRAVENOSA, 500 MG.....	12
COPAXONE, JERINGA SUBCUTÁNEA, 20 MG/ML.....	26	DAPTOMYCIN, SOL. PARA RECONST. INTRAVENOSA, 350 MG.....	12
COPAXONE, JERINGA SUBCUTÁNEA, 40 MG/ML.....	26	DARIFENACINA.....	61
COPIKTRA.....	16	DARZALEX.....	17
CORLANOR, COMPRIMIDOS ORALES.....	38	DARZALEX FASPRO.....	17
CORTIFOAM.....	49	DASETTA 1/35 (28).....	55
CORTISPORIN-TC.....	44	DASETTA 7/7/7 (28).....	55
COSMEGEN.....	16	DAUNORRUBICINA, SOLUCIÓN INTRAVENOSA.....	17
COTELIC.....	16	DAURISMO, COMPRIMIDOS ORALES, 25 MG.....	17
CREON.....	49	DAURISMO, COMPRIMIDOS ORALES, 100 MG.....	17
CRESEMBA ORAL.....	8	DAYSEE.....	55
CROMOGLICATO OFTÁLMICO (OJOS).....	57	DAYVIGO.....	30
CROMOGLICATO ORAL.....	50	DEBLITANE.....	54
CROMOGLICATO PARA INHALAR.....	59	DECANOATO DE FLUFENAZINA.....	31
CRYSSELLE (28).....	55	DECANOATO DE HALOPERIDOL.....	31
CYCLOSET.....	45	DECITABINA.....	17
		DEFERASIROX, COMPRIMIDOS ORALES.....	42

Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
DEFERASIROX, PAQUETE DE GRÁNULOS ORALES ...	42	DEXTROANFETAMINA-ANFETAMINA, COMPRIMIDOS ORALES, 20 MG.....	30
DEFERIPRONA	42	DEXTROSA AL 5%-CLORURO DE SODIO AL 0.2%.....	43
DELESTROGEN, ACEITE INTRAMUSCULAR, 10 MG/ML	54	DEXTROSA AL 5%-CLORURO DE SODIO AL 0.3%.....	43
DELSTRIGO	8	DEXTROSA AL 5% EN AGUA (D5W)	42
DEMECLOCICLINA	15	DEXTROSA AL 5%-SOLUCIÓN DE LACTATO SÓDICO COMPUESTA	42
DENAVIR	41	DEXTROSA AL 10% Y NACL AL 0.2%.....	42
DENGXAXIA (PF)	52	DEXTROSA AL 25% EN AGUA (D25W).....	42
DEPO-ESTRADIOL	54	DEXTROSA AL 50% EN AGUA (D50W).....	43
DEPO-MEDROL	44	DEXTROSA AL 70% EN AGUA (D70W).....	43
DESCOVY	8	DEXTROSE AL 10% EN AGUA (D10W).....	42
DESIPRAMINA.....	30	DIACOMIT	23
DESLOTATADINA, COMPRIMIDOS ORALES	58	DIAZEPAM, COMPRIMIDOS ORALES	30
DESMOPRESINA INYECTABLE	48	DIAZEPAM, CONCENTRADO ORAL	30
DESMOPRESINA ORAL.....	48	DIAZEPAM, CONCENTRADO ORAL	30
DESMOPRESINA, ROCIADOR NASAL CON BOMBA	48	DIAZEPAM, INTENSOL.....	30
DESMOPRESINA, ROCIADOR NASAL NO AEROSOL, 10 MCG/APLICACIÓN (0.1 ML).....	48	DIAZEPAM INYECTABLE.....	30
DESOG-E.ESTRADIOL/E.ESTRADIOL.....	55	DIAZEPAM RECTAL.....	23
DESOGESTREL-ETINILESTRADIOL.....	55	DIAZEPAM, SOLUCIÓN ORAL.....	30
DESONIDA, CREMA TÓPICA.....	41	DIAZEPAM, SOLUCIÓN ORAL, 5 MG/5 ML (1 MG/ML) ...	30
DESONIDA, LOCIÓN TÓPICA	41	DIAZOXIDA.....	45
DESONIDA, POMADA TÓPICA	41	DICICLOMINA, CÁPSULAS ORALES	49
DESOXIMETASONA, CREMA TÓPICA.....	41	DICICLOMINA, COMPRIMIDOS ORALES	49
DESOXIMETASONA, GEL TÓPICO	41	DICICLOMINA, SOLUCIÓN ORAL	49
DESOXIMETASONA, POMADA TÓPICA	41	DICLOFENACO POTÁSICO, COMPRIMIDOS ORALES, 50 MG	28
DEXAMETASONA, COMPRIMIDOS ORALES	44	DICLOFENACO SÓDICO, GEL TÓPICO AL 1%.....	28
DEXAMETASONA, ELIXIR ORAL	44	DICLOFENACO SÓDICO, GOTAS TÓPICAS	28
DEXAMETASONA, INTENSOL.....	44	DICLOFENACO SÓDICO OFTÁLMICO (OJOS).....	57
DEXAMETASONA, SOLUCIÓN ORAL.....	44	DICLOFENACO SÓDICO ORAL	28
DEXMETILFENIDATO, COMPRIMIDOS ORALES.....	30	DICLOXACILINA	14
DEXTROANFETAMINA-ANFETAMINA, CÁPSULAS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA, 24 HORAS	30	DIFENOXILATO-ATROPINA	49
DEXTROANFETAMINA-ANFETAMINA, COMPRIMIDOS ORALES, 5 MG	30	DIFICID, COMPRIMIDOS ORALES	12
DEXTROANFETAMINA-ANFETAMINA, COMPRIMIDOS ORALES, 10 MG	30	DIFICID, SUSPENSIÓN ORAL PARA RECONSTITUCIÓN	12
DEXTROANFETAMINA-ANFETAMINA, COMPRIMIDOS ORALES, 12.5 MG, 30 MG, 7.5 MG	30	DIFLUNISAL	28
DEXTROANFETAMINA-ANFETAMINA, COMPRIMIDOS ORALES, 15 MG	30	DIFLUPREDNATO	58
		DIGITEK.....	38
		DIGOXINA, COMPRIMIDOS ORALES, 62.5 MCG (0.0625 MG)	38

Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
DIGOXINA, COMPRIMIDOS ORALES, 125 MCG (0.125 MG), 250 MCG (0.25 MG), 62.5 MCG (0.0625 MG).....	38	DOVATO.....	8
DIGOXINA, SOLUCIÓN INYECTABLE.....	38	DOXAZOSINA, COMPRIMIDOS ORALES, 1 MG, 2 MG, 4 MG.....	35
DIGOXINA, SOLUCIÓN ORAL.....	38	DOXAZOSINA, COMPRIMIDOS ORALES, 8 MG.....	35
DIHIDROERGOTAMINA NASAL.....	26	DOXEPINA, CÁPSULAS ORALES.....	30
DILANTIN.....	23	DOXEPINA, CONCENTRADO ORAL.....	30
DILT-XR.....	35	DOXERCALCIFEROL.....	48
DIMETILFUMARATO, CÁPSULAS ORALES, LIBERACIÓN RETARDADA (DR/EC), 120 MG (14)-240 MG (46).....	26	DOXICICLINA-100.....	15
DIMETILFUMARATO, CÁPSULAS ORALES, LIBERACIÓN RETARDADA (DR/EC), 120 MG, 240 MG ..	26	DOXORRUBICINA, LIPOSOMAL PEGILADA.....	17
DINITRATO DE ISOSORBIDA, COMPRIMIDOS ORALES.....	39	DOXORRUBICINA, SOL. PARA RECONST. INTRAVENOSA, 50 MG.....	17
DIPIRIDAMOL ORAL.....	37	DOXORRUBICINA, SOLUCIÓN INTRAVENOSA.....	17
DIPROPIONATO DE BETAMETASONA.....	41	DRIZALMA, CÁPSULAS ORALES CON GRÁNULOS, LIB. RETARDADA, 20 MG, 60 MG.....	30
DISOPROXILO DE EFAVIRENZ-LAMIVUDINA-TENOFOVIR, COMPRIMIDOS ORALES, 400-300-300 MG.....	8	DRIZALMA, CÁPSULAS ORALES CON GRÁNULOS, LIB. RETARDADA, 30 MG.....	30
DISOPROXILO DE EFAVIRENZ-LAMIVUDINA-TENOFOVIR, COMPRIMIDOS ORALES, 600-300-300 MG.....	9	DRIZALMA, CÁPSULAS ORALES CON GRÁNULOS, LIB. RETARDADA, 40 MG.....	30
DISULFIRAM.....	43	DRONABINOL.....	50
DIVALPROEX.....	23	DROPSAFE, PAÑOS PREPARADOS CON ALCOHOL ...	45
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	DROSPIRENONA-E. ESTRADIOL-LM.FA.....	55
DOFETILIDA.....	34	DROSPIRENONA-ETINILESTRADIOL.....	55
DOLISHALE.....	55	DROXIA.....	17
DONEPEZILO, COMPRIMIDOS DE DESINTEGRACIÓN ORAL, 5 MG.....	26	DROXIDOPA, CÁPSULAS ORALES, 100 MG.....	43
DONEPEZILO, COMPRIMIDOS DE DESINTEGRACIÓN ORAL, 10 MG.....	26	DROXIDOPA, CÁPSULAS ORALES, 200 MG, 300 MG...	43
DONEPEZILO, COMPRIMIDOS ORALES, 5 MG.....	26	DUAVEE.....	54
DONEPEZILO, COMPRIMIDOS ORALES, 10 MG.....	26	DULOXETINA, CÁPSULAS ORALES, LIBERACIÓN RETARDADA (DR/EC), 20 MG, 60 MG.....	31
DOPTELET (PAQUETE DE 10 COMPRIMIDOS).....	37	DULOXETINA, CÁPSULAS ORALES, LIBERACIÓN RETARDADA (DR/EC), 30 MG.....	31
DOPTELET (PAQUETE DE 15 COMPRIMIDOS).....	37	DUPIXENT, JERINGA SUBCUTÁNEA, 100 MG/0.67 ML..	39
DOPTELET (PAQUETE DE 30 COMPRIMIDOS).....	37	DUPIXENT, JERINGA SUBCUTÁNEA, 200 MG/1.14 ML..	39
DORZOLAMIDA.....	58	DUPIXENT, JERINGA SUBCUTÁNEA, 300 MG/2 ML.....	39
DORZOLAMIDA-TIMOLOL.....	58	DUPIXENT, LAPICERA PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA, 200 MG/1.14 ML.....	39
DOTTI.....	54	DUPIXENT, LAPICERA PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA, 300 MG/2 ML.....	39
		DUREZOL.....	58
		DUTASTERIDA.....	61
		DUTASTERIDA-TAMSULOSINA.....	61

Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
E			
EC-NAPROXENO	28	ENANTATO DE TESTOSTERONA	48
ECONAZOL	41	ENBREL, JERINGA SUBCUTÁNEA	53
EDARBI	35	ENBREL MINI	53
EDARBYCLOR	35	ENBREL, SOL. PARA RECONST. SUBCUTÁNEA	53
EDISILATO DE PROCLORPERAZINA, SOLUCIÓN INYECTABLE, 10 MG/2 ML (5 MG/ML)	50	ENBREL, SOLUCIÓN SUBCUTÁNEA	53
EDURANT	8	ENBREL SURECLICK	53
EFAVIRENZ, CÁPSULAS ORALES, 50 MG	8	ENDOCET	27
EFAVIRENZ, CÁPSULAS ORALES, 200 MG	8	ENERGIX-B (PF)	52
EFAVIRENZ, COMPRIMIDOS ORALES	8	ENERGIX-B (PF), USO PEDIÁTRICO	52
EFAVIRENZ-EMTRICITABINA-TENOFOVIR	8	ENHERTU	17
ELAPRASE	48	ENOXAPARINA	37
ELECTROLITOS-48 EN D5W	62	ENPRESSE	55
ELIGARD	17	ENSKYCE	55
ELIGARD (3 MESES)	17	ENTACAPONA	25
ELIGARD (4 MESES)	17	ENTECAVIR	9
ELIGARD (6 MESES)	17	ENTRESTO	39
ELINEST	55	ENULOSA	50
ELIQUIS	37	ENVARUS XR	17
ELIQUIS, TRATAMIENTO INICIAL PARA TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA/EMBOLIA PULMONAR, 30 DÍAS ..	37	EPCLUSA, COMPRIMIDOS ORALES, 200-50 MG	9
ELITE-OB	62	EPCLUSA, COMPRIMIDOS ORALES, 400-100 MG	9
ELLA	55	EPCLUSA, PÍLDORAS DE ADMINISTRACIÓN ORAL EN PAQUETES, 150-37.5 MG	9
ELMIRON	61	EPCLUSA, PÍLDORAS DE ADMINISTRACIÓN ORAL EN PAQUETES, 200-50 MG	9
ELZONRIS	17	EPIDIOLEX	23
EMCYT	17	EPINASTINA	57
EMEND, SUSPENSIÓN ORAL PARA RECONSTITUCIÓN	50	EPINEFRINA, AUTOINYECTOR PARA INYECCIÓN	58
EMOQUETTE	55	EPINEFRINA, SOLUCIÓN INYECTABLE, 1 MG/ML	58
EMPLICITI	17	EPIRUBICINA, SOLUCIÓN INTRAVENOSA	17
EMSAM	31	EPITOL	23
EMTRICITABINA	9	EPIVIR HBV, SOLUCIÓN ORAL	9
EMTRICITABINA-TENOFOVIR (TDF), COMPRIMIDOS ORALES, 200-300 MG	9	EPRONTIA	23
EMTRICITABINE-TENOFOVIR (TDF), COMPRIMIDOS ORALES, 100-150 MG, 133-200 MG, 167-250 MG	9	ERBITUX	17
EMTRIVA, SOLUCIÓN ORAL	9	ERGOTAMINA-CAFEÍNA	26
EMVERM	12	ERITROCINA (COMO ESTEARATO), COMPRIMIDOS ORALES, 250 MG	12
ENALAPRIL-HIDROCLOROTIAZIDA	35	ERITROMICINA, COMPRIMIDOS ORALES	12
		ERITROMICINA, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN RETARDADA (DR/EC)	12
		ERITROMICINA CON ETANOL, SOLUCIÓN TÓPICA	40
		ERITROMICINA OFTÁLMICA (OJOS)	57

Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
ERITROMICINA, PAÑOS	40	ETILSUCCINATO DE ERITROMICINA, SUSPENSIÓN ORAL PARA RECONSTITUCIÓN, 400 MG/5 ML	12
ERITROMICINA-PERÓXIDO DE BENZOÍLO.....	40	ETIODIOL DIAC-ETINILESTRADIOL	55
ERIVEDGE	17	ETODOLACO	28
ERLEADA	17	ETOPOPHOS	17
ERLOTINIB, COMPRIMIDOS ORALES, 25 MG	17	ETOPÓSIDO INTRAVENOSO.....	17
ERLOTINIB, COMPRIMIDOS ORALES, 100 MG, 150 MG	17	ETOSUXIMIDA.....	23
ERRIN.....	54	ETRAVIRINA.....	9
ERTAPENEM	12	EUTHYROX.....	49
ERY-TAB, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN RETARDADA (DR/EC), 250 MG	12	EVEROLIMUS (ANTINEOPLÁSICO), COMPRIMIDOS ORALES, 2.5 MG, 5 MG, 7.5 MG	17
ERY-TAB, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN RETARDADA (DR/EC), 333 MG	12	EVEROLIMUS (ANTINEOPLÁSICO), COMPRIMIDOS ORALES, 10 MG.....	17
ERYTHROCIN, SOL. PARA RECONST. INTRAVENOSA, 500 MG	12	EVEROLIMUS (ANTINEOPLÁSICO), COMPRIMIDOS ORALES PARA SUSPENSIÓN, 2 MG ...	17
ERYTHROMYCIN CON ETANOL, GEL TÓPICO	40	EVEROLIMUS (ANTINEOPLÁSICO), COMPRIMIDOS ORALES PARA SUSPENSIÓN, 3 MG, 5 MG	17
ESBRIET, CÁPSULAS ORALES	59	EVEROLIMUS (INMUNODEPRESOR)	17
ESBRIET, COMPRIMIDOS ORALES, 267 MG	59	EVOMELA	17
ESBRIET, COMPRIMIDOS ORALES, 801 MG	59	EVOTAZ	9
ESCOPOLAMINA BASE	50	EXEMESTANO.....	17
ESOMEPRAZOL MAGNÉSICO, CÁPSULAS ORALES, LIBERACIÓN RETARDADA (DR/EC)	51	EXKIVITY	17
ESPIRONOLACTONA.....	36	EYLEA.....	57
ESPIRONOLACTONA-HIDROCLOROTIAZIDA	36	EYSUVIS	58
ESTARYLLA	55	EZETIMIBA	38
ESTAVUDINA, CÁPSULAS ORALES	10	EZETIMIBA-SIMVASTATINA	38
ÉSTERES ETÍLICOS DE LOS ÁCIDOS OMEGA 3	38		
ESTRADIOL ORAL	54		
ESTRADIOL, PARCHE TRANSDÉRMICO QUINCENAL ..	54		
ESTRADIOL, PARCHE TRANSDÉRMICO SEMANAL	54		
ESTRADIOL VAGINAL.....	54		
ESTREPTOMICINA	13		
ESTRING	54		
ETABONATO DE LOTEPREDNOL, GOTAS OFTÁLMICAS (OJOS), SUSPENSIÓN	58		
ETACRINATO SÓDICO.....	36		
ETAMBUTOL.....	12		
ETEXILATO DE DABIGATRÁN.....	37		
ETILSUCCINATO DE ERITROMICINA, COMPRIMIDOS ORALES	12		
ETILSUCCINATO DE ERITROMICINA, SUSPENSIÓN ORAL PARA RECONSTITUCIÓN, 200 MG/5 ML	12		

F

FABRAZYME	48
FALMINA (28)	55
FAMCICLOVIR.....	9
FAMOTIDINA, COMPRIMIDOS ORALES, 20 MG, 40 MG	51
FAMOTIDINA, SUSPENSIÓN ORAL.....	51
FANAPT, COMPRIMIDOS ORALES, 1 MG, 2 MG, 4 MG..	31
FANAPT, COMPRIMIDOS ORALES, 8 MG.....	31
FANAPT, COMPRIMIDOS ORALES, 10 MG, 12 MG, 6 MG.....	31
FANAPT, COMPRIMIDOS ORALES, PAQUETE DOSIFICADO	31
FARYDAK	17

Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
FEBUXOSTAT	52	FLAVOXATO	61
FELBAMATO	23	FLECAINIDA	34
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	59
FENILBUTIRATO SÓDICO	43	FLOVENT HFA INHALATION, INHALADOR EN AEROSOL DE HFA, 110 MCG/ACTIVACIÓN	59
FENITOÍNA, COMPRIMIDOS ORALES MASTICABLES ..	24	FLOVENT HFA INHALATION, INHALADOR EN AEROSOL DE HFA, 220 MCG/ACTIVACIÓN	59
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	17
FENOFIBRATO, CÁPSULAS ORALES MICRONIZADAS, 134 MG, 200 MG, 67 MG	38	FLUDROCORTISONA	44
FENOFIBRATO, COMPRIMIDOS ORALES, 160 MG, 54 MG	38	FLUNISOLIDA	59
FENOFIBRATO NANOCRISTALIZADO	38	FLUOCINOLONA, ACEITE TÓPICO	41
FENOXIBENZAMINA	36	FLUOCINOLONA, CREMA TÓPICA	41
FENTANILO	27	FLUOCINOLONA, POMADA TÓPICA	41
FENTANYL CITRATE (PF), JERINGA INYECTABLE, 50 MCG/ML	27	FLUOCINOLONA, SOLUCIÓN TÓPICA	41
FERRIPROX	43	FLUOCINOLONA Y GORRA DE BAÑO	41
FERRIPROX (2 VECES POR DÍA)	43	FLUOCINONIDA, CREMA TÓPICA, 0.1%	41
FESOTERODINA	61	FLUOCINONIDA, CREMA TÓPICA, 0.05%	41
FETZIMA, CÁPSULAS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA, 24 HORAS	31	FLUOCINONIDA, GEL TÓPICO	41
FETZIMA, CÁPSULAS ORALES, LIB. PROL., 24 HORAS, PAQUETE DOSIFICADO	31	FLUOCINONIDA, POMADA TÓPICA	41
FINASTERIDA, COMPRIMIDOS ORALES, 5 MG	61	FLUOCINONIDA, SOLUCIÓN TÓPICA	41
FINTEPLA	23	FLUOROMETOLONA	58
FINZALA	55	FLUOROURACILO, CREMA TÓPICA, 0.5%	39
FIRDAPSE	26	FLUOROURACILO, CREMA TÓPICA, 5%	39
FIRMAGON, KIT CON JERINGA DILUYENTE, SOL. PARA RECONST. SUBCUTÁNEA, 80 MG	17	FLUOROURACILO INTRAVENOSO	18
FIRMAGON, KIT CON JERINGA DILUYENTE, SOL. PARA RECONST. SUBCUTÁNEA, 120 MG	17	FLUOROURACILO, SOLUCIÓN TÓPICA	39
FIRVANQ, SOL. PARA RECONST. INTRAVENOSA, 25 MG/ML	12	FLUORURO DE SODIO 5000 PARA SEQUEDAD EN LA BOCA	44
FIRVANQ, SOL. PARA RECONST. INTRAVENOSA, 50 MG/ML	12	FLUORURO (DE SODIO), COMPRIMIDOS ORALES	62
FLAC, ACEITE ÓTICO	44		

Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
FLUORURO (DE SODIO), COMPRIMIDOS ORALES MASTICABLES, 1 MG (2.2 MG DE FLUORURO DE SODIO)	62	FOSFATO DE CLINDAMICINA, LOCIÓN TÓPICA	40
FLUORURO DE SODIO-NITRATO POTÁSICO	44	FOSFATO DE CLINDAMICINA, PAÑO TÓPICO	40
FLUORURO (DE SODIO), PASTA DENTAL	43	FOSFATO DE CLINDAMICINA, SOLUCIÓN TÓPICA	40
FLUORURO LUDENT, COMPRIMIDOS ORALES MASTICABLES, 1 MG (2.2 MG DE FLUORURO DE SODIO)	63	FOSFATO DE CLINDAMICINA VAGINAL	54
FLUOXETINA, CÁPSULAS ORALES, 10 MG	31	FOSFATO DE CLOROQUINA	12
FLUOXETINA, CÁPSULAS ORALES, 20 MG	31	FOSFATO SÓDICO DE DEXAMETASONA OFTÁLMICO (OJOS)	58
FLUOXETINA, CÁPSULAS ORALES, 40 MG	31	FOSFATO SÓDICO DE DEXAMETASONA (PF), SOLUCIÓN INYECTABLE	44
FLUOXETINA, CÁPSULAS ORALES, LIBERACIÓN RETARDADA (DR/EC)	31	FOSFATO SÓDICO DE DEXAMETASONA, SOLUCIÓN INYECTABLE	44
FLUOXETINA, COMPRIMIDOS ORALES, 10 MG	31	FOSFATO SÓDICO DE PREDNISOLONA OFTÁLMICO (OJOS)	58
FLUOXETINA, COMPRIMIDOS ORALES, 20 MG	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, SOLUCIÓN ORAL	31	FOSFENITOÍNA	23
FLUOXETINA (TRASTORNO DISFÓRICO PREMENSTRUAL), COMPRIMIDOS ORALES, 10 MG ...	31	FOSFOMICINA TROMETAMINA	15
FLUOXETINA (TRASTORNO DISFÓRICO PREMENSTRUAL), COMPRIMIDOS ORALES, 20 MG ...	31	FOSINOPRIL	36
FLURBIPROFENO, COMPRIMIDOS ORALES, 100 MG ..	28	FOSINOPRIL-HIDROCLOROTIAZIDA	36
FLURBIPROFENO SÓDICO	57	FOTIVDA	18
FLUTAMIDA	18	FULVESTRANT	18
FLUVASTATINA, CÁPSULAS ORALES, 20 MG	38	FUMARATO DE BISOPROLOL	35
FLUVASTATINA, CÁPSULAS ORALES, 40 MG	38	FUMARATO DE DISOPROXILO DE TENOFOVIR	10
FLUVASTATINA, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA, 24 HORAS	38	FUMARATO DE FORMOTEROL	59
FLUVOXAMINA, COMPRIMIDOS ORALES, 50 MG	31	FUROSEMIDA, COMPRIMIDOS ORALES	36
FLUVOXAMINA, COMPRIMIDOS ORALES, 100 MG, 25 MG	31	FUROSEMIDA INYECTABLE	36
FOLIVANE-OB	62	FUROSEMIDA, SOLUCIÓN ORAL, 10 MG/ML, 40 MG/5 ML (8 MG/ML)	36
FOLOTYN	18	FUROSEMIDE, SOLUCIÓN ORAL, 40 MG/4 ML	36
FOMEPIZOL	52	FUZEON, SOL. PARA RECONST. SUBCUTÁNEA	9
FONDAPARINUX, JERINGA SUBCUTÁNEA, 2.5 MG/0.5 ML	37	FYAVOLV	54
FONDAPARINUX, JERINGA SUBCUTÁNEA, 10 MG/0.8 ML, 5 MG/0.4 ML, 7.5 MG/0.6 ML	37	FYCOMPA, COMPRIMIDOS ORALES, 2 MG	23
FOSAMPRENAVIR	9	FYCOMPA, COMPRIMIDOS ORALES, 4 MG, 6 MG	23
FOSFATO DE CARVEDILOL	35	FYCOMPA, COMPRIMIDOS ORALES, 10 MG, 12 MG, 8 MG	23
FOSFATO DE CLINDAMICINA, GEL TÓPICO	40	FYCOMPA, SUSPENSIÓN ORAL	23
FOSFATO DE CLINDAMICINA INTRAVENOSO	12		
FOSFATO DE CLINDAMICINA INYECTABLE	12		

Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
G			
GABAPENTINA, CÁPSULAS ORALES, 100 MG, 300 MG	23	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	13
GABAPENTINA, CÁPSULAS ORALES, 400 MG	23	GENTAMICINA, GOTAS OFTÁLMICAS (OJOS)	57
GABAPENTINA, COMPRIMIDOS ORALES, 600 MG	23	GENTAMICINA, POMADA TÓPICA	40
GABAPENTINA, COMPRIMIDOS ORALES, 800 MG	23	GENTAMICINA, SOLUCIÓN INYECTABLE, 40 MG/ML ...	13
GABAPENTINA, SOLUCIÓN ORAL	23	GENVOYA	9
GALANTAMINA, CÁPSULAS ORALES, PÍLDORAS DE LIB. PROL., 24 HORAS	26	GILENYA, CÁPSULAS ORALES, 0.5 MG	26
GALANTAMINA, COMPRIMIDOS ORALES	26	GILOTRIF	18
GALANTAMINA, SOLUCIÓN ORAL	26	GLICOPIRRONIO, COMPRIMIDOS ORALES	49
GAMMAGARD, LÍQUIDO	52	GLICOPIRRONIO INYECTABLE	49
GAMMAGARD S-D (IGA < 1 MCG/ML)	52	GLICOPIRRONIO (PF)	49
GAMMAKED	52	GLICOPIRRONIO (PF) EN AGUA, INYECTABLE	49
GAMMAPLEX	52	GLICOPIRRONIO (PF) EN AGUA, JERINGA INTRAVENOSA, 0.4 MG/2 ML (0.2 MG/ML)	49
GAMMAPLEX (CON SORBITOL)	52	GLIMEPIRIDA, COMPRIMIDOS ORALES, 1 MG	45
GAMUNEX-C	52	GLIMEPIRIDA, COMPRIMIDOS ORALES, 2 MG	45
GARDASIL 9 (PF)	52	GLIMEPIRIDA, COMPRIMIDOS ORALES, 4 MG	45
GASA, VENDA PARA APLICACIÓN TÓPICA, 2 X 2"	45	GLIPIZIDA, COMPRIMIDOS ORALES, 5 MG	45
GATTEX, VIAL DE 30	50	GLIPIZIDA, COMPRIMIDOS ORALES, 10 MG	45
GATTEX, VIAL DE UNO	50	GLIPIZIDA, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA, 24 HORAS, 2.5 MG	45
GAVILYTE-C	50	GLIPIZIDA, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA, 24 HORAS, 5 MG	45
GAVRETO	18	GLIPIZIDA, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA, 24 HORAS, 10 MG	45
GAZYVA	18	GLIPIZIDA-METFORMINA, COMPRIMIDOS ORALES, 2.5-250 MG	45
GEMCITABINA, SOL. PARA RECONST. INTRAVENOSA	18	GLIPIZIDA-METFORMINA, COMPRIMIDOS ORALES, 2.5-500 MG, 5-500 MG	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	GLUCAGEN HYPOKIT	45
GEMCITABINA, SOLUCIÓN INTRAVENOSA, 100 MG/ML	18	GLUCAGON (HCL), KIT DE EMERGENCIAS	45
GEMFIBROZIL	38	GLUCAGON, KIT DE EMERGENCIAS (HUMANO)	45
GEMMILY	55	GLUCONATO DE CLORHEXIDINA, MEMBRANA MUCOSA	43
GEMTESA	61	GLYDO	39
GENERLAC	50	GLYXAMBI	45
GENGRAF	18	GRANISETRÓN (PF), SOLUCIÓN INTRAVENOSA, 1 MG/ML (1 ML)	50
GENOTROPIN	51	GRISEOFULVINA MICRONIZADA	8
GENOTROPIN MINIQUEEK	51	GRISEOFULVINA ULTRAMICRONIZADA	8
GENTAK, POMADA OFTÁLMICA (OJOS)	57		
GENTAMICINA, CREMA TÓPICA	40		

Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
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	45	HIDROCLOROTIAZIDA	36
GVOKE PFS, PAQUETE CON 2 JERINGAS	45	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	59	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, LOCION TÓPICA, 2.5%	42
HALOPERIDOL, COMPRIMIDOS ORALES, 0.5 MG, 1 MG, 2 MG, 5 MG	31	HIDROCORTISONA ORAL	44
HALOPERIDOL, COMPRIMIDOS ORALES, 10 MG, 20 MG	31	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%	37	HIZENTRA	52
HEPARINA (PORCINA) EN NACL AL 0.45%, SOLUCIÓN PARENTERAL, INTRAVENOSA, 25,000 UNIDADES/250 ML, 25,000 UNIDADES/500 ML	37	HUMALOG JUNIOR KWIKPEN U-100	45
HEPARINA (PORCINA) EN NACL (PF)	37	HUMALOG KWIKPEN, INSULINA	45
HEPARINA, PORCINA (PF), JERINGA INYECTABLE	37	HUMALOG MIX 50-50, INSULINA U-100	45
HEPARINA (PORCINA), SOLUCIÓN INYECTABLE	37	HUMALOG MIX 50-50 KWIKPEN	45
HEPARIN (PORCINA), JERINGA INYECTABLE, 5,000 UNIDADES/ML	37	HUMALOG MIX 75-25 KWIKPEN	45
HETLIOZ	31	HUMALOG MIX 75-25 (U-100), INSULINA	45
HIBERIX (PF)	52	HUMALOG U-100, INSULINA	45
HICLATO DE DOXICICLINA, CÁPSULAS ORALES	15	HUMIRA (CF), KIT DE JERINGA SUBCUTÁNEA, 10 MG/0.1 ML, 20 MG/0.2 ML	53
HICLATO DE DOXICICLINA, COMPRIMIDOS ORALES, 20 MG	15	HUMIRA (CF), KIT DE JERINGA SUBCUTÁNEA, 40 MG/0.4 ML	53
		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.....	39
HUMIRA, KIT DE JERINGA SUBCUTÁNEA, 40 MG/0.8 ML.....	53	IMIQUIMOD, CREMA TÓPICA EN PAQUETE, 3.75%.....	39
HUMIRA PEN.....	53	IMIQUIMOD, CREMA TÓPICA EN PAQUETE, 5%.....	39
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.....	45	INCRELEX.....	43
HUMULIN 70/30 U-100 KWIKPEN.....	45	INCRUSE ELLIPTA.....	59
HUMULIN N NPH, INSULINA KWIKPEN.....	45	INDAPAMIDA.....	36
HUMULIN N NPH U-100, INSULINA.....	45	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%.....	62
		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.....	31
		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.....	59		
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	37
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	59	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	62	KYNMOBI, PELÍCULA SUBLINGUAL, 10 MG, 15 MG, 20 MG, 25 MG, 30 MG	25
KADCYLA	18	KYPROLIS	18
KAITLIB FE	55	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	55	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)	55	LACRISERT	57
KELNOR 1/35 (28)	55	LACTATO DE AMONIO	39
KELNOR 1-50 (28)	55	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)	57	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	61	LANTUS U-100, INSULINA	46
KLOR-CON 10	61	LAPATINIB	19
KLOR-CON M10	61	LARIN 1.5/30 (21)	55
KLOR-CON M15	61	LARIN 1/20 (21)	55
KLOR-CON M20	61	LARIN 24 FE	55
KLOXXADO	28	LARIN FE 1.5/30 (28)	55
KORLYM	48		
K-PHOS ORIGINAL	61		
KURVELO (28)	55		
KUVAN	48		

Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
LARIN FE 1/20 (28).....	55	LEVOFLOXACINA INTRAVENOSA.....	14
LATANOPROST.....	58	LEVOFLOXACINA, SOLUCIÓN ORAL.....	14
LATUDA, COMPRIMIDOS ORALES, 80 MG.....	32	LEVONEST (28).....	55
LATUDA, COMPRIMIDOS ORALES, 120 MG, 20 MG, 40 MG, 60 MG.....	32	LEVONORGESTREL-ETINILESTRADIOL.....	55
LAYOLIS FE.....	55	LEVONORG-ETETINILESTRADIOL TRIFÁSICO.....	55
LEENA 28.....	55	LEVORA-28.....	55
LEFLUNOMIDA.....	53	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.....	55	LIDOCAÍNA (PF), INTRAVENOSA.....	34
LETROZOL.....	19	LIDOCAÍNA (PF), SOLUCIÓN INYECTABLE.....	39
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.....	58	L NORGEST/E.ESTRADIOL-E.ESTRAD.....	55
LEVOCETIRIZINA, SOLUCIÓN ORAL.....	58	LOJAIMIESS.....	55
LEVOFLOXACINA, COMPRIMIDOS ORALES.....	14	LOKELMA.....	43
LEVOFLOXACINA EN D5W.....	14	LONSURF, COMPRIMIDOS ORALES, 15-6.14 MG.....	19
		LONSURF, COMPRIMIDOS ORALES, 20-8.19 MG.....	19
		LOPERAMIDA, CÁPSULAS ORALES.....	49

Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
LOPINAVIR-RITONAVIR, COMPRIMIDOS ORALES, 100-25 MG.....	9	LYBALVI.....	32
LOPINAVIR-RITONAVIR, COMPRIMIDOS ORALES, 200-50 MG.....	9	LYNPARZA.....	19
LOPINAVIR-RITONAVIR, SOLUCIÓN ORAL.....	9	LYSODREN.....	19
LORAZEPAM, COMPRIMIDOS ORALES, 0.5 MG, 1 MG.....	32	LYUMJEV KWIKPEN U-100, INSULINA.....	46
LORAZEPAM, COMPRIMIDOS ORALES, 2 MG.....	32	LYUMJEV KWIKPEN U-200, INSULINA.....	46
LORAZEPAM, CONCENTRADO ORAL.....	32	LYUMJEV U-100, INSULINA.....	46
LORAZEPAM, INTENSOL.....	32	LYZA.....	54
LORAZEPAM, JERINGA INYECTABLE, 2 MG/ML.....	32		
LORAZEPAM, JERINGA ORAL.....	32	M	
LORAZEPAM, SOLUCIÓN INYECTABLE.....	32	MALATIÓN.....	42
LORBRENA, COMPRIMIDOS ORALES, 25 MG.....	19	MALEATO DE ASENAPINA, COMPRIMIDOS SUBLINGUALES, 5 MG.....	29
LORBRENA, COMPRIMIDOS ORALES, 100 MG.....	19	MALEATO DE ASENAPINA, COMPRIMIDOS SUBLINGUALES, 10 MG, 2.5 MG.....	29
LORYNA (28).....	55	MALEATO DE ENALAPRIL, COMPRIMIDOS ORALES... ..	35
LOSARTÁN.....	36	MALEATO DE PROCLORPERAZINA.....	50
LOSARTÁN-HIDROCLOROTIAZIDA, COMPRIMIDOS ORALES, 50-12.5 MG.....	36	MALEATO DE TIMOLOL, GOTAS OFTÁLMICAS (OJOS).....	57
LOSARTÁN-HIDROCLOROTIAZIDA, COMPRIMIDOS ORALES, 100-12.5 MG, 100-25 MG.....	36	MALEATO DE TIMOLOL ORAL.....	37
LOTEMAX.....	58	MARAVIROC, COMPRIMIDOS ORALES, 150 MG.....	9
LOTEMAX SM.....	58	MARAVIROC, COMPRIMIDOS ORALES, 300 MG.....	9
LOVASTATINA, COMPRIMIDOS ORALES, 10 MG.....	38	MARGENZA.....	19
LOVASTATINA, COMPRIMIDOS ORALES, 20 MG, 40 MG.....	38	MARLISSA (28).....	56
LOW-OGESTREL (28).....	55	MARPLAN.....	32
LO-ZUMANDIMINE (28).....	56	MARQIBO.....	19
LUMAKRAS.....	19	MATULANE.....	19
LUMIGAN, GOTAS OFTÁLMICAS (OJOS), 0.01%.....	58	MATZIM LA.....	36
LUMIZYME.....	48	MAVYRET, COMPRIMIDOS ORALES.....	10
LUMOXITI.....	19	MAVYRET, PÍLDORAS DE ADMINISTRACIÓN ORAL EN PAQUETES.....	10
LUPRON DEPOT.....	19	MECLIZINA, COMPRIMIDOS ORALES, 12.5 MG, 25 MG.....	50
LUPRON DEPOT (3 MESES).....	19	MEDROL, COMPRIMIDOS ORALES, 2 MG.....	44
LUPRON DEPOT (4 MESES).....	19	MEDROXIPROGESTERONA INTRAMUSCULAR.....	54
LUPRON DEPOT (6 MESES).....	19	MEDROXIPROGESTERONA ORAL.....	54
LUPRON DEPOT-PED.....	19	MEFLOQUINA.....	13
LUPRON DEPOT-PED (3 MESES), KIT CON JERINGA INTRAMUSCULAR, 11.25 MG.....	19	MEGESTROL, COMPRIMIDOS ORALES.....	19
LUPRON DEPOT-PED (3 MESES), KIT CON JERINGA INTRAMUSCULAR, 30 MG.....	19	MEGESTROL, SUSPENSIÓN ORAL, 400 MG/10 ML (10 ML), 400 MG/10 ML (40 MG/ML), 800 MG/20 ML (20 ML).....	19
LUTERA (28).....	56	MEKINIST, COMPRIMIDOS ORALES, 0.5 MG.....	19

Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
MEKINIST, COMPRIMIDOS ORALES, 2 MG.....	19	METFORMINA, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA, 24 HORAS, 500 MG.....	46
MEKTOVI.....	19	METFORMINA, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA, 24 HORAS, 500 MG.....	46
MELFALÁN.....	19	METFORMINA, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA, 24 HORAS, 750 MG.....	46
MELOXICAM, COMPRIMIDOS ORALES, 7.5 MG.....	28	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..	44
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.....	34
MESNA.....	15	MIACALCIN INYECTABLE.....	48
MESNEX ORAL.....	15	MICAFUNGINA.....	8
METADATE, LIBERACIÓN PROLONGADA.....	32	MICOFENOLATO SÓDICO.....	20
METADONA, COMPRIMIDOS ORALES, 5 MG.....	27	MICROGESTIN 1.5/30 (21).....	56
METADONA, COMPRIMIDOS ORALES, 10 MG.....	27	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.....	46
METAZOLAMIDA.....	58	MIGLITOL, COMPRIMIDOS ORALES, 50 MG.....	46
METFORMINA, COMPRIMIDOS ORALES, 1,000 MG....	46	MIGLITOL, COMPRIMIDOS ORALES, 100 MG.....	46
METFORMINA, COMPRIMIDOS ORALES, 500 MG.....	46	MIGLUSTATO.....	48
METFORMINA, COMPRIMIDOS ORALES, 850 MG.....	46	MILI.....	56
METFORMINA, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA, 24 HORAS, 1,000 MG....	46		

Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
MINOCICLINA, CÁPSULAS ORALES	15	MONTELUKAST, PAQUETE DE GRÁNULOS ORALES... 60	
MINOCICLINA, COMPRIMIDOS ORALES	15	MORFINA, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA.....	28
MINOXIDIL ORAL	36	MORFINA, JERINGA INTRAVENOSA, 2 MG/ML, 4 MG/ML.....	28
MIRTAZAPINA, COMPRIMIDOS DE DESINTEGRACIÓN ORAL.....	32	MORFINA (PF), SOLUCIÓN INYECTABLE, 0.5 MG/ML, 1 MG/ML.....	27
MIRTAZAPINA, COMPRIMIDOS ORALES	32	MORFINA, SOLUCIÓN INTRAVENOSA, 10 MG/ML, 4 MG/ML, 8 MG/ML	28
MISOPROSTOL.....	51	MORFINA, SOLUCIÓN INYECTABLE, 8 MG/ML	28
MITIGARE	52	MORFINA, SOLUCIÓN ORAL.....	28
MITOMICINA INTRAVENOSA.....	19	MORFINA, SOLUCIÓN ORAL CONCENTRADA	27
MITOXANTRONA	19	MORPHINE, COMPRIMIDOS ORALES.....	28
M-M-R II (PF)	52	MORPHINE, JERINGA INTRAVENOSA, 10 MG/ML, 8 MG/ML	28
M-NATAL PLUS	63	MORPHINE, JERINGA INYECTABLE, 2 MG/ML, 4 MG/ML.....	28
MODAFINIL, COMPRIMIDOS ORALES, 100 MG.....	32	MORPHINE, SOLUCIÓN INYECTABLE, 10 MG/ML, 2 MG/ML, 4 MG/ML, 5 MG/ML	28
MODAFINIL, COMPRIMIDOS ORALES, 200 MG.....	32	MOUNJARO	46
MOEXIPRIL.....	36	MOVANTIK	50
MOFETIL MICOFENOLATO, CÁPSULAS ORALES.....	19	MOXIFLOXACINA-ACETATO SÓDICO, SULFATO EN AGUA.....	15
MOFETIL MICOFENOLATO (CLORHIDRATO)	19	MOXIFLOXACINA-CLORURO DE SODIO (ISO)	15
MOFETIL MICOFENOLATO, COMPRIMIDOS ORALES	20	MOXIFLOXACINA OFTÁLMICA (OJOS)	57
MOFETIL MICOFENOLATO, SUSPENSIÓN ORAL PARA RECONSTITUCIÓN.....	19	MOXIFLOXACINA ORAL	14
MOLINDONA	32	MOZOBIL	51
MOMETASONA NASAL.....	60	MUPIROCINA	40
MOMETASONA TÓPICA.....	42	MUPIROCINA CÁLCICA.....	40
MONDOXYNE NL, CÁPSULAS ORALES, 100 MG	15	MYLOTARG.....	20
MONJUVI.....	19	MYORISAN	40
MONOHIDRATO DE DOXICICLINA, CÁPSULAS ORALES, 100 MG, 50 MG	15	MYRBETRIQ, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA, 24 HORAS.....	61
MONOHIDRATO DE DOXICICLINA, CÁPSULAS ORALES, LIB. INMEDIATA-LIB. RETARDADA, BIFÁSICA	15		
MONOHIDRATO DE DOXICICLINA, COMPRIMIDOS ORALES.....	15	N	
MONOHIDRATO DE DOXICICLINA, SUSPENSIÓN ORAL PARA RECONSTITUCIÓN.....	15	NABUMETONA	28
MONOHIDRATO DE NITROFURANTOÍNA/MACROCRIST.	15	NADOLOL	36
MONO-LINYAH	56	NAFCILINA EN DEXTROSA, ISO-OSM.	14
MONONITRATO DE ISOSORBIDA.....	39	NAFCILINA INYECTABLE.....	14
MONTELUKAST, COMPRIMIDOS ORALES	60	NAFCILINA, SOL. PARA RECONST. I NTRAVENOSA, 2 GRAMOS	14
MONTELUKAST, COMPRIMIDOS ORALES MASTICABLES	60	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	48	NEVIRAPINA, SUSPENSIÓN ORAL	10
NALOXONA, JERINGA INYECTABLE, 1 MG/ML	28	NEXAVAR	20
NALOXONA NASAL	28	NEXLETOL	38
NALOXONA, SOLUCIÓN INYECTABLE	28	NEXLIZET	38
NALTREXONA	28	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	28	NICOTROL	43
NARATRIPTÁN	26	NICOTROL NS	43
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	46	NILUTAMIDA	20
NATPARA	48	NIMODIPINA	36
NAYZILAM	24	NINLARO	20
NEBIVOLOL	36	NIPENT	20
NECON 0.5/35 (28)	56	NISOLDIPINA	36
NEFAZODONA	32	NISTATINA, COMPRIMIDOS ORALES	8
NELARABINA	20	NISTATINA, CREMA TÓPICA	41
NEOMICINA	13	NISTATINA, POLVO TÓPICO	41
NEOMICINA-BACITRACINA-POLIMIXINA	57	NISTATINA, POMADA TÓPICA	41
NEOMICINA-BACITRACINA-POLIMIXINA-HC	58	NISTATINA, SUSPENSIÓN ORAL	8
NEOMICINA-POLIMIXINA B-DEXAMETASONA	58	NISTATINA-TRIAMCINOLONA	41
NEOMICINA-POLIMIXINA B GU	42	NITAZOXANIDE	13
NEOMICINA-POLIMIXINA-GRAMICIDINA	57	NITISINONA	43
NEOMICINA-POLIMIXINA-HC OFTÁLMICA (OJOS)	58	NITROFURANTOÍNA	15
NEOMICINA-POLIMIXINA-HIDROCORTISONA ÓTICA (OÍDO)	44	NITROFURANTOÍNA, MACROCRISTALES	15
NEO-POLYCIN	57	NITROGLICERINA INTRAVENOSA	39
NEO-POLYCIN HC	58	NITROGLICERINA, PARCHE TRANSDÉRMICO, 24 HORAS	39
NERLYNX	20	NITROGLICERINA SUBLINGUAL	39
NEUPRO	25	NITROGLICERINA, TRANSLINGUAL	39
NEVIRAPINA, COMPRIMIDOS ORALES	10	NIVESTYM	51
NEVIRAPINA, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA, 24 HORAS, 100 MG	10	NIZATIDINA, CÁPSULAS ORALES	51

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.....	32
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.....	32
NORTREL 1/35 (28).....	56	OLMESARTÁN.....	36
NORTREL 7/7/7 (28).....	56	OLMESARTÁN-AMLODIPINA-HIDROCLOROTIAZIDA...	36
NORTRIPTILINA, CÁPSULAS ORALES.....	32	OLMESARTÁN-HIDROCLOROTIAZIDA.....	36
NORTRIPTILINA, SOLUCIÓN ORAL.....	32	OLOPATADINA OFTÁLMICA (OJOS).....	57
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.....	32	ONCASPAR.....	20
NUTRILIPID.....	62	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.....	43
NYSTOP.....	41	ORBACTIV.....	13
NYVEPRIA.....	51	ORENCIA CLICKJECT.....	53
O		ORENCIA, JERINGA SUBCUTÁNEA, 50 MG/0.4 ML.....	53
OALIVA.....	50	ORENCIA, JERINGA SUBCUTÁNEA, 87.5 MG/0.7 ML...	53
OCELLA.....	56	ORENCIA, JERINGA SUBCUTÁNEA, 125 MG/ML.....	53
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, 1.5 MG, 9 MG	33
ORKAMBI, PAQUETE DE GRÁNULOS ORALES	60	PALIPERIDONA, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA, 24 HORAS, 3 MG, 6 MG	33
OSELTAMIVIR	10	PALONOSETRÓN, SOLUCIÓN INTRAVENOSA, 0.25 MG/5 ML	50
OXACILINA INYECTABLE	14	PAMIDRONATO	48
OXALATO DE ESCITALOPRAM, COMPRIMIDOS ORALES, 10 MG, 5 MG	31	PA; NDS	37
OXALATO DE ESCITALOPRAM, COMPRIMIDOS ORALES, 20 MG	31	PAÑOS CON ALCOHOL	45
OXALATO DE ESCITALOPRAM, SOLUCIÓN ORAL	31	PANRETIN	40
OXALIPLATINO	20	PANTOPRAZOL, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN RETARDADA (DR/EC)	51
OXANDROLONA, COMPRIMIDOS ORALES, 2.5 MG	48	PA; QL (1/28); NDS	39
OXANDROLONA, COMPRIMIDOS ORALES, 10 MG	48	PARICALCITOL ORAL	48
OXAPROZINA	29	PAROEX, ENJUAGUE BUCAL	43
OXAZEPAM	33	PAROMOMICINA	13
OXCARBAZEPINA	24	PAROXETINE HCL, SUSPENSIÓN ORAL, 10 MG/5 ML	33
OXERVATE	57	PASER	13
OXICODONA-ACETAMINOFENO, COMPRIMIDOS ORALES, 10-325 MG, 2.5-325 MG, 5-325 MG, 7.5-325 MG	28	PAXIL, SUSPENSIÓN ORAL	33
OXICODONA, COMPRIMIDOS ORALES, 5 MG	28	PEDIARIX (PF)	52
OXICODONA, COMPRIMIDOS ORALES, 10 MG, 15 MG, 20 MG, 30 MG	28	PEDVAX HIB (PF)	52
OXICODONA, CONCENTRADO ORAL	28	PEG 3350-ELECTROLITOS, SOL. PARA RECONST. ORAL, 236-22.74-6.74-5.86 GRAMOS	50
OXICODONA, SOLUCIÓN ORAL	28	PEGASYS, JERINGA SUBCUTÁNEA	51
OXICODONE, JERINGA ORAL	28	PEGASYS, SOLUCIÓN SUBCUTÁNEA	51
OXIMORFONA, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA, 12 HORAS	28	PEG-ELECTROLITOS, SOLUCIÓN	50
OZEMPIC, LAPICERA PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA, 0.25 MG O 0.5 MG (2 MG/1.5 ML)	47	PEMAZYRE	20
OZEMPIC, LAPICERA PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA, 1 MG/DOSIS (4 MG/3 ML, 2 MG/DOSIS (8 MG/3 ML)	47	PEMETREXED DISÓDICO, SOL. PARA RECONST. INTRAVENOSA	20
P		PENICILAMINA	53
PACERONA, COMPRIMIDOS ORALES, 100 MG, 200 MG, 400 MG	34	PENICILINA G POTÁSICA	14
PACLITAXEL	20	PENICILINA V POTÁSICA, COMPRIMIDOS ORALES, 250 MG	14
PACLITAXEL PROTEIN-BOUND	20	PENICILINA V POTÁSICA, COMPRIMIDOS ORALES, 500 MG	14
PADCEV	20	PENICILINA V POTÁSICA, SOLUCIÓN PARA RECONST. ORAL	14
PA; LA; NDS	37	PENTACEL (PF)	52
PA; LA; NDS	37	PENTAMIDINA INYECTABLE	13

Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
PENTAMIDINA PARA INHALAR	13	POLYCIN	57
PENTASA	50	POMALYST	20
PENTOXIFILINA	37	PORTIA 28	56
PERFENAZINA	33	PORTRAZZA	20
PERFENAZINA-AMITRIPTILINA	33	POSACONAZOL	8
PERFOROMIST	60	POTASSIUM CHLORID-D5-0.45% NACL, SOLUCIÓN PARENTERAL INTRAVENOSA, 10 MEQ/L, 20 MEQ/L, 40 MEQ/L	61
PERIKABIVEN	62	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	37
PERSERIS	33	PRAMIPEXOL, COMPRIMIDOS ORALES	25
PFIZERPEN-G	14	PRAMIPEXOL, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA, 24 HORAS	25
PHESGO	20	PRASUGREL	37
PHILITH	56	PRAVASTATINA	38
PHOSPHOLINE IODIDE	57	PRAZICQUANTEL	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	44
PINDOLOL	36	PREDNISONA, COMPRIMIDOS ORALES, 50 MG	44
PIOGLITAZONA	47	PREDNISONA, COMPRIMIDOS ORALES, PAQUETE DOSIFICADO	44
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	PREHEVBRIO (PF)	52
PIRMELLA, COMPRIMIDOS ORALES, 1-35 MG-MCG	56	PREMARIN INYECTABLE	54
PLENAMINE	62		
PNV-DHA	63		
PNV-OMEGA	63		
PNV-SELECT	63		
PODOFILOX	40		
POLIMIXINA B SULFATO DE TRIMETOPRIMA	57		
POLIVY	20		

Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
PREMARIN ORAL.....	54	PROMACTA, COMPRIMIDOS ORALES, 75 MG.....	38
PREMARIN VAGINAL	54	PROMACTA, PAQUETE DE POLVO ORAL, 12.5 MG.....	38
PREMASOL 10%.....	62	PROMACTA, PAQUETE DE POLVO ORAL, 25 MG	38
PRENATAL PLUS (CARBONATO DE CALCIO).....	63	PROMETAZINA ORAL.....	58
PRENATAL VITAMIN PLUS LOW IRON.....	63	PROMETAZINA, SUPOSITORIO RECTAL, 12.5 MG, 25 MG.....	58
PREVALITE	38	PROMETHEGAN, SUPOSITORIO RECTAL, 25 MG, 50 MG	58
PREVYMIS ORAL.....	10	PROPAFENONA, CÁPSULAS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA, 12 HORAS.....	34
PREZCOBIX	10	PROPAFENONA, COMPRIMIDOS ORALES	34
PREZISTA, COMPRIMIDOS ORALES, 75 MG	10	PROPILTIOURACILO.....	44
PREZISTA, COMPRIMIDOS ORALES, 150 MG	10	PROPIONATO DE FLUTICASONA, CREMA TÓPICA.	41
PREZISTA, COMPRIMIDOS ORALES, 600 MG	10	PROPIONATO DE FLUTICASONA NASAL	59
PREZISTA, COMPRIMIDOS ORALES, 800 MG	10	PROPIONATO DE FLUTICASONA, POMADA TÓPICA ...	41
PREZISTA, SUSPENSIÓN ORAL	10	PROPIONATO DE FLUTICASONA-SALMETEROL PARA INHALACIÓN, BLÍSTER CON DISPOSITIVO	59
PRIFTIN	13	PROPIONATO DE HALOBETASOL, CREMA TÓPICA ...	42
PRIMAQUINE.....	13	PROPIONATO DE HALOBETASOL, POMADA TÓPICA ..	42
PRIMIDONA	24	PROPRANOLOL, CÁPSULAS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA, 24 HORAS.....	36
PR NATAL 400	63	PROPRANOLOL, COMPRIMIDOS ORALES	36
PR NATAL 400 EC.....	63	PROPRANOLOL-HIDROCLOROTIAZIDA	36
PR NATAL 430	63	PROPRANOLOL, SOLUCIÓN ORAL	36
PR NATAL 430 EC.....	63	PROQUAD (PF).....	52
PROBENECID	53	PROSOL 20%.....	62
PROBENECID/COLCHICINA	53	PROTRIPTILINA	33
PROCALAMINE 3%	62	PULMICORT, SUSPENSIÓN PARA INHALACIÓN PARA NEBULIZACIÓN, 0.25 MG/2 ML, 0.5 MG/2 ML	60
PROCLORPERAZINA.....	50	PULMICORT, SUSPENSIÓN PARA INHALACIÓN PARA NEBULIZACIÓN, 1 MG/2 ML.....	60
PROCRIT.....	51	PULMOZYME	60
PROCTO-MED HC	50	PURIXAN	20
PROCTO-PAK	50		
PROCTOSOL HC TÓPICO.....	50	Q	
PROCTOZONA-HC.....	50	QINLOCK.....	20
PROGESTERONA MICRONIZADA.....	54	QL (20/30)	58
PROGRAF INTRAVENOSO.....	20	QL (30/30)	61
PROGRAF, PAQUETE DE GRÁNULOS ORALES	20	QUADRACEL (PF)	52
PROLASTIN-C, SOL. PARA RECONST. INTRAVENOSA	43	QUETIAPINA, COMPRIMIDOS ORALES, 100 MG, 25 MG, 50 MG	33
PROLASTIN-C, SOLUCIÓN INTRAVENOSA.....	43		
PROLENSA.....	57		
PROLEUKIN	51		
PROLIA.....	53		
PROMACTA, COMPRIMIDOS ORALES, 12.5 MG, 25 MG, 50 MG	38		

Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
QUETIAPINA, COMPRIMIDOS ORALES, 150 MG, 200 MG	33	RETEVMO, CÁPSULAS ORALES, 40 MG	20
QUETIAPINA, COMPRIMIDOS ORALES, 300 MG, 400 MG	33	RETEVMO, CÁPSULAS ORALES, 80 MG	20
QUETIAPINA, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA, 24 HORAS, 150 MG, 200 MG	33	RETROVIR INTRAVENOSO	10
QUETIAPINA, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA, 24 HORAS, 300 MG, 400 MG, 50 MG ...	33	REVLIMID	20
QUINAPRIL	36	REXULTI	33
QUINAPRIL-HIDROCLOROTIAZIDA	36	REYATAZ, PAQUETE DE POLVO ORAL	10
R		RHOPRESSA	58
RABAVERT (PF)	52	RIBAVIRINA, CÁPSULAS ORALES	10
RALOXIFENO	53	RIBAVIRINA, COMPRIMIDOS ORALES, 200 MG	10
RAMELTEÓN	33	RIDAURA	53
RAMIPRIL	36	RIFABUTINA	13
RANOLAZINA	39	RIFAMPINA INTRAVENOSA	13
RASAGILINA	25	RIFAMPINA ORAL	13
REBIF (CON ALBÚMINA)	51	RILUZOL	43
REBIF, PAQUETE DE AJUSTE DE DOSIS	51	RIMANTADINA	10
REBIF REBIDOSE, LAPICERA PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA, 8.8 MCG/0.2 ML, 22 MCG/0.5 ML (6)	51	RINVOQ	53
REBIF REBIDOSE, LAPICERA PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA, 22 MCG/0.5 ML, 44 MCG/0.5 ML	51	RISEDRONATO, COMPRIMIDOS ORALES, 5 MG	53
RECLIPSEN (28)	56	RISEDRONATO, COMPRIMIDOS ORALES, 30 MG	43
RECOMBIVAX HB (PF)	52	RISEDRONATO, COMPRIMIDOS ORALES, 35 MG, 35 MG (PAQUETE DE 12), 35 MG (PAQUETE DE 4)	53
RECTIV	50	RISEDRONATO, COMPRIMIDOS ORALES, 150 MG	53
REGONOL	27	RISPERDAL CONSTA, SUSPENSIÓN INTRAMUSCULAR, RECONST. DE LIB. PROLONGADA, 12.5 MG/2 ML	33
REGRANEX	40	RISPERDAL CONSTA, SUSPENSIÓN INTRAMUSCULAR, RECONST. DE LIB. PROLONGADA, 25 MG/2 ML, 37.5 MG/2 ML, 50 MG/2 ML	33
RENACIDIN	61	RISPERIDONA, COMPRIMIDOS DE DESINTEGRACIÓN ORAL, 0.25 MG, 0.5 MG, 4 MG	33
REPAGLINIDA, COMPRIMIDOS ORALES, 0.5 MG	47	RISPERIDONA, COMPRIMIDOS DE DESINTEGRACIÓN ORAL, 1 MG	33
REPAGLINIDA, COMPRIMIDOS ORALES, 1 MG	47	RISPERIDONA, COMPRIMIDOS DE DESINTEGRACIÓN ORAL, 2 MG	33
REPAGLINIDA, COMPRIMIDOS ORALES, 2 MG	47	RISPERIDONA, COMPRIMIDOS DE DESINTEGRACIÓN ORAL, 3 MG	34
REPATHA, JERINGA	38	RISPERIDONA, COMPRIMIDOS ORALES, 0.25 MG, 0.5 MG, 4 MG	33
REPATHA PUSHTRONEX	38	RISPERIDONA, COMPRIMIDOS ORALES, 1 MG	33
REPATHA SURECLICK	38	RISPERIDONA, COMPRIMIDOS ORALES, 2 MG	33
RESTASIS	57	RISPERIDONA, COMPRIMIDOS ORALES, 3 MG	33
RESTASIS MULTIDOSIS	57		
RESTASIS MULTIDOSIS, GOTAS OFTÁLMICAS (OJOS), 0.05%	57		
RETACRIT	51		

Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
RISPERIDONA, JERINGA ORAL.....	33	SCSEMBLIX, COMPRIMIDOS ORALES, 20 MG.....	21
RISPERIDONA, SOLUCIÓN ORAL.....	33	SCSEMBLIX, COMPRIMIDOS ORALES, 40 MG.....	21
RITONAVIR.....	10	SECUADO.....	34
RIVASTIGMINA.....	26	SELZENTRY, COMPRIMIDOS ORALES, 25 MG.....	10
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.....	38	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.....	38
RYBREVANT.....	20	SIROLIMUS, COMPRIMIDOS ORALES.....	21
RYDAPT.....	20	SIROLIMUS, SOLUCIÓN ORAL.....	21
RYLAZE.....	20	SIRTURO.....	13
RYTARY.....	25	SIVEXTRO INTRAVENOSO.....	13
		SIVEXTRO ORAL.....	13
S		SKYRIZI, INTRAVENOSO.....	39
SAJAZIR.....	60	SKYRIZI, INYECTOR PONIBLE SUBCUTÁNEO.....	50
SALSALATO.....	29	SKYRIZI, JERINGA SUBCUTÁNEA, 150 MG/ML.....	39
SAMSCA, COMPRIMIDOS ORALES, 15 MG.....	48	SKYRIZI, KIT DE JERINGA SUBCUTÁNEA.....	39
SANCUSO.....	50	SKYRIZI, LAPICERA PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA.....	39
SANDIMMUNE, SOLUCIÓN ORAL.....	20	SOLIFENACINA.....	61
SANDOSTATIN LAR DEPOT, SUSPENSIÓN INTRAMUSCULAR, RECONST. DE LIB. PROLONGADA.....	21	SOLQUA 100/33.....	47
SANTYL.....	40	SOLTAMOX.....	21
SAPROPTERINA.....	48	SOLUCIÓN DE LACTATO SÓDICO COMPUESTA INTRAVENOSA.....	61
SARCLISA.....	21		

Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
SOLUCIÓN DE LACTATO SÓDICO COMPUESTA INTRAVENOSA	62	SUCCINATO DE SUMATRIPTÁN, SOLUCIÓN SUBCUTÁNEA.....	26
SOLU-CORTEF ACT-O-VIAL (PF)	44	SUCCINATO DE SUMATRIPTÁN, SUBCUTÁNEO EN CARTUCHO	26
SOMATULINE DEPOT.....	21	SUCCINATO DE SUMATRIPTÁN, SUBCUTÁNEO EN LAPICERA.....	26
SOMAVERT.....	48	SUCCINATO SÓDICO DE CLORANFENICOL	12
SORAFENIB	21	SUCCINATO SÓDICO DE METILPREDNISOLONA INTRAVENOSO	44
SORINE	35	SUCCINATO SÓDICO DE METILPREDNISOLONA, SOL. PARA RECONST. INYECT., 125 MG, 40 MG	44
SOTALOL AF.....	35	SUCRAID	50
SOTALOL ORAL	35	SUCRALFATO, COMPRIMIDOS ORALES	51
SOTYLIZE	35	SUCRALFATO, SUSPENSIÓN ORAL.....	51
SPRINTEC (28)	56	SULFACETAMIDA-PREDNISOLONA.....	57
SPRITAM	24	SULFACETAMIDA SÓDICA (ACNÉ)	40
SPRYCEL, COMPRIMIDOS ORALES, 20 MG, 70 MG	21	SULFACETAMIDA SÓDICA, GOTAS OFTÁLMICAS (OJOS).....	57
SPRYCEL, COMPRIMIDOS ORALES, 100 MG, 140 MG, 50 MG, 80 MG.....	21	SULFADIAZINA	15
SPS (CON SORBITOL).....	43	SULFADIAZINA DE PLATA.....	40
SRONYX	56	SULFAMETOXAZOL-TRIMETOPRIMA, COMPRIMIDOS ORALES	15
SSD	40	SULFAMETOXAZOL/TRIMETOPRIMA, INTRAVENOSO	15
STAMARIL (PF)	52	SULFAMETOXAZOL-TRIMETOPRIMA, SUSPENSIÓN ORAL.....	15
STELARA, JERINGA SUBCUTÁNEA, 45 MG/0.5 ML	39	SULFASALAZINA	50
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		
SUCCINATO DE DESVENLAFAXINA, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA, 24 HORAS, 50 MG.....	30		
SUCCINATO DE DESVENLAFAXINA, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA, 24 HORAS, 100 MG.....	30		
SUCCINATO DE LOXAPINA	32		
SUCCINATO DE METOPROLOL.....	36		
SUCCINATO DE SUMATRIPTÁN ORAL	26		

Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
SULFATO DE DEXTROANFETAMINA, SOLUCIÓN ORAL.....	30	T	
SULFATO DE GENTAMICINA (PEDIÁTRICO) (PF)	13	TABLOID	21
SULFATO DE MAGNESIO EN AGUA.....	61	TABRECTA	21
SULFATO DE MAGNESIO EN D5W, INFUSIÓN SECUNDARIA INTRAVENOSA, 1 GRAMO/100 ML.....	61	TACROLIMUS ORAL	21
SULFATO DE MAGNESIO INYECTABLE	61	TACROLIMUS TÓPICO.....	40
SULFATO DE POLIMIXINA B	13	TADALAFIL (HIPERTENSIÓN PULMONAR)	60
SULFATO DE QUINIDINA, COMPRIMIDOS ORALES	34	TADLIQ.....	60
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.....	50	TARINA 24 FE.....	56
SUTAB	50	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	48	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	36
		TAZVERIK	21
		TDVAX	52
		TECENTRIQ.....	21
		TECHLITE, AGUJA PARA LAPICERA	47

Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
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" . . .	47	THALOMID, CÁPSULAS ORALES, 100 MG, 150 MG, 50 MG	21
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"	47	THALOMID, CÁPSULAS ORALES, 200 MG	21
TEFLARO	11	THEO-24	60
TEKTURNA HCT	36	TIADYLT, LIBERACIÓN PROLONGADA	37
TELMISARTÁN	36	TIAGABINA	24
TELMISARTÁN-AMLODIPINA	37	TIBSOVO	21
TELMISARTÁN-HICROCLOROTIAZIDA	37	TICE BCG	52
TEMAZEPAM, CÁPSULAS ORALES, 15 MG, 30 MG	34	TICOVAC	52
TEMIXYS	10	TIGECICLINA	13
TEMODAR INTRAVENOSO	21	TILIA FE	56
TEMSIROLIMUS	21	TIMOLOL MALEATE, SOLUCIÓN GELIFICANTE OFTÁLMICA (OJOS)	57
TENIVAC (PF)	52	TIORIDAZINA	34
TEOFILINA, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA, 12 HORAS, 300 MG, 450 MG	60	TIOTIPA	21
TEOFILINA, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA, 24 HORAS	60	TIOTIXENO	34
TEPMETKO	21	TIS-U-SOL PENTALITO	42
TERAZOSINA, CÁPSULAS ORALES, 1 MG, 2 MG, 5 MG	37	TIVDAK	21
TERAZOSINA, CÁPSULAS ORALES, 10 MG	37	TIVICAY, COMPRIMIDOS ORALES, 10 MG	10
TERBUTALINA	60	TIVICAY, COMPRIMIDOS ORALES, 25 MG, 50 MG	10
TERCONAZOL	54	TIVICAY PD	10
TERIPARATIDE	53	TIZANIDINA, CÁPSULAS ORALES	27
TESTOSTERONA, GEL TRANSDÉRMICO	49	TIZANIDINA, COMPRIMIDOS ORALES	27
TESTOSTERONA, GEL TRANSDÉRMICO EN BOMBA CON DOSIS MEDIDAS, 12.5 MG/1.25 GRAMOS (1%)	49	TOBI PODHALER, CÁPSULA DE INHALACIÓN CON DISPOSITIVO DE INHALACIÓN	13
TESTOSTERONA, GEL TRANSDÉRMICO EN PAQUETE, 1% (25 MG/2.5 GRAMOS), 1% (50 MG/5 GRAMOS)	49	TOBRADEX ST	58
TESTOSTERONE CYPIONATE, ACEITE INTRAMUSCULAR, 200 MG/ML	48	TOBRAMICINA-DEXAMETASONA	58
TETANUS, DIPHTHERIA TOX PEDIÁTRICA (PF)	52	TOBRAMICINA EN NACL AL 0.225%	13
TETRABENAZINA, COMPRIMIDOS ORALES, 12.5 MG	26	TOBRAMICINA OFTÁLMICA (OJOS)	57
TETRABENAZINA, COMPRIMIDOS ORALES, 25 MG	26	TOBREX, POMADA OFTÁLMICA (OJOS)	57
TETRACICLINA	15	TOLCAPONA	25
		TOLTERODINA	61
		TOLVAPTAN, COMPRIMIDOS ORALES, 15 MG	49
		TOLVAPTÁN, COMPRIMIDOS ORALES, 30 MG	49
		TOPIMARATO, COMPRIMIDOS ORALES	24
		TOPIRAMATO, CÁPSULAS ORALES, CON GRÁNULOS	24
		TOPOSAR	21
		TOPOTECÁN, SOL. PARA RECONST. INTRAVENOSA	21

Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
TOPOTECÁN, SOLUCIÓN INTRAVENOSA, 4 MG/4 ML (1 MG/ML)	21	TRIJARDY XR, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN INMEDIATA-LIBERACIÓN PROLONGADA, BIFÁSICA, 24 HORAS, 10-5-1,000 MG, 25-5-1,000 MG	48
TOREMIFENO	21	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
TORSEMIDA ORAL	37	TRIKAFTA, COMPRIMIDOS ORALES, TERAPIA SECUENCIAL, 50-25-37.5 MG (D)/75 MG (N)	60
TOUJEO MAX U-300 SOLOSTAR	47	TRIKAFTA, COMPRIMIDOS ORALES, TERAPIA SECUENCIAL, 100-50-75 MG (D)/150 MG (N)	60
TOUJEO SOLOSTAR U-300, INSULINA	47	TRI-LEGEST FE	56
TOVIAZ	61	TRI-LINYAH	56
TPN ELECTROLYTES	62	TRI-LO-ESTARYLLA	56
TRADJENTA	47	TRI-LO-MARZIA	56
TRAMADOL-ACETAMINOFENO	29	TRI-LO-MILI	56
TRAMADOL, COMPRIMIDOS ORALES, 50 MG	29	TRI-LO-SPRINTEC	56
TRANDOLAPRIL	37	TRIMETOPRIMA	15
TRANILCIPROMINA	34	TRI-MILI	56
TRAVASOL 10%	62	TRIMIPRAMINA	34
TRAVOPROST	58	TRINATAL RX 1	63
TRAZIMERA	21	TRINTELLIX	34
TRAZODONA	34	TRI-NYMYO	56
TREANDA	21	TRIÓXIDO DE ARSÉNICO	16
TRECTOR	13	TRIPTODUR	22
TRELEGY ELLIPTA	60	TRI-SPRINTEC (28)	56
TRELSTAR, SUSPENSIÓN INTRAMUSCULAR PARA RECONSTITUCIÓN, 11.25 MG, 3.75 MG	21	TRIUMEQ	10
TRELSTAR, SUSPENSIÓN INTRAMUSCULAR PARA RECONSTITUCIÓN, 22.5 MG	21	TRIUMEQ PD	10
TRESIBA FLEXTouch U-100	47	TRIVORA (28)	56
TRESIBA FLEXTouch U-200	47	TRI-VYLIBRA	56
TRESIBA U-100, INSULINA	47	TRI-VYLIBRA LO	56
TRETINOÍNA (ANTINEOPLÁSICO)	21	TRIZIVIR	10
TRETINOÍNA, CREMA TÓPICA	40	TRODELVY	22
TRETINOÍNA, GEL TÓPICO, 0.01%	40	TROGARZO	10
TRETINOÍNA, GEL TÓPICO, 0.025%, 0.05%	40	TROKENDI XR, CÁPSULAS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA, 24 HORAS, 100 MG, 25 MG, 50 MG	24
TRETINOÍNA, MICROESFERAS	40	TROKENDI XR, CÁPSULAS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA, 24 HORAS, 200 MG	24
TRIAMTERENO-HIDROCLOROTIAZIDA	37	TROPHAMINE 10%	62
TRIDERM, CREMA TÓPICA, 0.1%	42	TRULICITY	48
TRIENTINA	43	TRUMENBA	52
TRI-ESTARYLLA	56		
TRI FEMYNOR	56		
TRIFLUOPERAZINA	34		
TRIFLURIDINA	57		
TRIHEXIFENIDILO	25		

Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
TRUSELTIQ, CÁPSULAS ORALES, 75 MG/DÍA (25 MG X 3).....	22	VALGANCICLOVIR, SOL. PARA RECONST. ORAL	10
TRUSELTIQ, CÁPSULAS ORALES, 100 MG/DÍA (100 MG X 1)	22	VALPROATO SÓDICO.....	24
TRUSELTIQ, CÁPSULAS ORALES, 125 MG/DÍA (100 MG X 1-25 MG X 1), 50 MG/DÍA (25 MG X 2).....	22	VALRUBICINA	22
TUKYSA, COMPRIMIDOS ORALES, 50 MG	22	VALSARTÁN, COMPRIMIDOS ORALES, 160 MG, 40 MG, 80 MG	37
TUKYSA, COMPRIMIDOS ORALES, 150 MG.....	22	VALSARTÁN, COMPRIMIDOS ORALES, 320 MG.....	37
TURALIO	22	VALSARTÁN-HIDROCLOROTIAZIDA	37
TWINRIX (PF).....	52	VALTOCO.....	25
TYBLUME	56	VANCOMICINA, CÁPSULAS ORALES, 125 MG.....	14
TYBOST	10	VANCOMICINA, CÁPSULAS ORALES, 250 MG.....	14
TYDEMY.....	56	VANCOMICINA EN DEXTROSA AL 5%, INFUSIÓN SECUNDARIA INTRAVENOSA, 500 MG/100 ML	13
TYMLOS.....	53	VANCOMICINA INYECTABLE.....	13
TYPHIM VI.....	52	VANCOMICINA, SOL. PARA RECONST. INTRAVENOSA, 1,000 MG, 10 GRAMOS, 5 GRAMOS, 500 MG, 750 MG	13
TYSABRI	26	VANCOMYCIN EN CLORURO DE SODIO AL 0.9%, INFUSIÓN SECUNDARIA INTRAVENOSA.....	13
U		VANCOMYCIN EN DEXTROSA AL 5%, INFUSIÓN SECUNDARIA INTRAVENOSA, 1 GRAMO/200 ML, 750 MG/150 ML	13
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	VANCOMYCIN, SOL. PARA RECONST. INTRAVENOSA, 1.25 GRAMOS, 1.5 GRAMOS	14
UNITHROID, COMPRIMIDOS ORALES, 137 MCG.....	49	VANCOMYCIN-WATER, INYECTABLE (PEG).....	14
UNITUXIN	22	VANDAZOL	54
UPTRAVI ORAL	37	VAQTA (PF).....	52
URSODIOL, CÁPSULAS ORALES, 300 MG	50	VARENICLINA	43
URSODIOL, COMPRIMIDOS ORALES	50	VARIVAX (PF).....	52
V		VARIZIG	52
VALACICLOVIR, COMPRIMIDOS ORALES, 1 GRAMO... 10		VASCEPA.....	38
VALACICLOVIR, COMPRIMIDOS ORALES, 500 MG..... 10		VECTIBIX.....	22
VALCHLOR	40	VEKLURY	10
VALERATO DE BETAMETASONA, CREMA TÓPICA	41	VELCADE	22
VALERATO DE BETAMETASONA, ESPUMA TÓPICA 41		VELIVET, RÉGIMEN TRIFÁSICO (28)	56
VALERATO DE BETAMETASONA, LOCIÓN TÓPICA..... 41		VELPHORO.....	43
VALERATO DE BETAMETASONA, POMADA TÓPICA.... 41		VELTASSA.....	43
VALERATO DE ESTRADIOL, ACEITE		VEMLIDY	10
INTRAMUSCULAR, 20 MG/ML, 40 MG/ML	54	VENCLEXTA, COMPRIMIDOS ORALES, 10 MG	22
VALERATO DE HIDROCORTISONA	42	VENCLEXTA, COMPRIMIDOS ORALES, 50 MG	22
VALGANCICLOVIR, COMPRIMIDOS ORALES	10	VENCLEXTA, COMPRIMIDOS ORALES, 100 MG.....	22
		VENCLEXTA, PAQUETE INICIAL	22

Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
VENLAFAXINA, CÁPSULAS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA, 24 HORAS, 75 MG	34	VINCRIPTINA	22
VENLAFAXINA, CÁPSULAS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA, 24 HORAS, 150 MG, 37.5 MG	34	VINORELBINA	22
VENLAFAXINA, COMPRIMIDOS ORALES, 50 MG, 75 MG	34	VIOKACE	50
VENLAFAXINA, COMPRIMIDOS ORALES, 100 MG, 25 MG, 37.5 MG	34	VIORELE (28)	56
VENTAVIS	60	VIRACEPT, COMPRIMIDOS ORALES, 250 MG	10
VENTOLIN HFA	60	VIRACEPT, COMPRIMIDOS ORALES, 625 MG	10
VERAPAMIL, CÁPSULAS ORALES, PÍLDORAS DE LIB. PROL., 24 HORAS, 360 MG	37	VIREAD, COMPRIMIDOS ORALES, 150 MG, 200 MG, 250 MG	11
VERAPAMILO, CÁPSULAS ORALES, PÍLDORAS CT DE LIB. PROL., 24 HORAS	37	VIREAD, POLVO ORAL	11
VERAPAMILO, CÁPSULAS ORALES, PÍLDORAS DE LIB. PROL., 24 HORAS, 120 MG, 180 MG, 240 MG	37	VIRT-NATE DHA	63
VERAPAMILO, COMPRIMIDOS ORALES	37	VIRT-PN DHA	63
VERAPAMILO, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA	37	VITRAKVI, CÁPSULAS ORALES, 25 MG	22
VERAPAMILO, SOLUCIÓN INTRAVENOSA	37	VITRAKVI, CÁPSULAS ORALES, 100 MG	22
VERSACLOZ	34	VITRAKVI, SOLUCIÓN ORAL	22
VERZENIO	22	VIVITROL	29
VESTURA (28)	56	VIZIMPRO	22
V-GO 20	48	VOLNEA (28)	56
V-GO 30	48	VONJO	22
V-GO 40	48	VORICONAZOL, COMPRIMIDOS ORALES	8
VICTOZA 2-PAK	48	VORICONAZOL INTRAVENOSO	8
VICTOZA 3-PAK	48	VORICONAZOL, SUSPENSIÓN ORAL PARA RECONSTITUCIÓN	8
VIENVA	56	VOSEVI	11
VIGABATRINA	25	VOTRIENT	22
VIGADRONE	25	VRAYLAR, CÁPSULAS ORALES	34
VIIBRYD, COMPRIMIDOS ORALES	34	VRAYLAR, CÁPSULAS ORALES, PAQUETE DOSIFICADO	34
VIIBRYD, COMPRIMIDOS ORALES, PAQUETE DOSIFICADO, 10 MG (7), 20 MG (23)	34	VUMERITY	26
VILAZODONA	34	VYFEMLA (28)	56
VIMPAT, COMPRIMIDOS ORALES, 50 MG	25	VYLIBRA	56
VIMPAT, COMPRIMIDOS ORALES, 100 MG, 150 MG, 200 MG	25	VYNDAMAX	39
VIMPAT INTRAVENOSO	25	VYNDAQEL	39
VIMPAT, SOLUCIÓN ORAL	25	VYXEOS	22
VINBLASTINA	22		
VINCASAR PFS	22		

W

WARFARINA	38
WELIREG	22
WERA (28)	56
WESTAB PLUS	63
WESTGEL DHA	63

Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
WIXELA INHUB	60	(40 MG X 1), 40 MG DOS VECES POR SEMANA	
WYMZYA FE	56	(40 MG X 2), 60 MG/SEMANA (60 MG X 1),	
X		60 MG DOS VECES POR SEMANA	
XALKORI	22	(120 MG/SEMANA), 80 MG/SEMANA	
XARELTO	38	(40 MG X 2), 80 MG DOS VECES POR	
XARELTO, TRATAMIENTO INICIAL PARA		SEMANA (160 MG/SEMANA)	22
TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA/EMBOLIA		XTAMPZA ER	28
PULMONAR, 30 DÍAS	38	XTANDI, CÁPSULAS ORALES	22
XATMEP	22	XTANDI, COMPRIMIDOS ORALES, 40 MG	22
XCOPRI, COMPRIMIDOS ORALES, 50 MG	25	XTANDI, COMPRIMIDOS ORALES, 80 MG	22
XCOPRI, COMPRIMIDOS ORALES, 100 MG	25	XULTOPHY 100/3.6	48
XCOPRI, COMPRIMIDOS ORALES, 150 MG, 200 MG ...	25	XYREM	34
XCOPRI, PAQUETE DE AJUSTE DE DOSIS,		Y	
COMPRIMIDOS ORALES, PAQUETE DOSIFICADO,		YERVOY	22
12.5 MG (14)-25 MG (14), 150 MG (14)-200 MG (14)	25	YF-VAX (PF), SUSPENSIÓN SUBCUTÁNEA PARA	
XCOPRI, PAQUETE DE AJUSTE DE DOSIS,		RECONSTITUCIÓN, 10 EXP 4.74 UNIDADES/0.5 ML ...	52
COMPRIMIDOS ORALES, PAQUETE DOSIFICADO,		YONDELIS	22
50 MG (14)-100 MG (14)	25	YUPELRI	61
XCOPRI, PAQUETE DE MANTENIMIENTO,		YUVAFEM	54
COMPRIMIDOS ORALES, 250 MG/DÍA		Z	
(150 MG X 1-100 MG X 1)	25	ZAFIRLUKAST	61
XCOPRI, PAQUETE DE MANTENIMIENTO,		ZALEPLON, CÁPSULAS ORALES, 5 MG	34
COMPRIMIDOS ORALES, 350 MG/DÍA		ZALEPLON, CÁPSULAS ORALES, 10 MG	34
(200 MG X 1-150 MG X 1)	25	ZALTRAP	22
XELJANZ, COMPRIMIDOS ORALES	54	ZANOSAR	22
XELJANZ, SOLUCIÓN ORAL	54	ZATEAN-PN DHA	63
XELJANZ XR	54	ZATEAN-PN PLUS	63
XGEVA	15	ZEJULA	22
XHANCE	60	ZELBORAF	23
XIAFLEX	43	ZEMAIRA	43
XIFAXAN, COMPRIMIDOS ORALES, 550 MG	14	ZENATANE	40
XIIDRA	57	ZENPEP, CÁPSULAS ORALES, LIBERACIÓN	
XOFLUZA	11	RETARDADA (DR/EC) 10,000-32,000-42,000	
XOLAIR, JERINGA SUBCUTÁNEA, 75 MG/0.5 ML	61	UNIDADES, 15,000-47,000-63,000 UNIDADES,	
XOLAIR, JERINGA SUBCUTÁNEA, 150 MG/ML	60	20,000-63,000-84,000 UNIDADES, 25,000-79,000-	
XOLAIR, SOL. PARA RECONST. SUBCUTÁNEA	60	105,000 UNIDADES, 3,000-10,000-14,000- UNIDADES,	
XOPENEX	61	40,000-126,000-168,000 UNIDADES,	
XOPENEX CONCENTRADO	61	5,000-17,000-24,000 UNIDADES	51
XOSPATA	22	ZEPZELCA	23
XPOVIO, COMPRIMIDOS ORALES,		ZIDOVUDINA, CÁPSULAS ORALES	11
100 MG/SEMANA (50 MG X 2), 40 MG/SEMANA			

Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
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		
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, 300 MG	34		
ZYPREXA RELPREVV, SUSPENSIÓN INTRAMUSCULAR PARA RECONSTITUCIÓN, 405 MG	34		



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

Notas

[illegible]

Notas

[illegible]

Notas

[illegible]



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