

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 Primary Medicare (HMO)
Cigna TotalCare (HMO D-SNP)
Cigna TotalCare AL (HMO D-SNP)
Cigna TotalCare Plus (HMO D-SNP)



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 1-800-668-3813 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes. Se usa un servicio de mensajes los fines de semana, fuera del horario de atención y en los días festivos federales. 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_06_DS_06_S_V12
INT_22_98644_C_Final_6oS

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 Primary Medicare (HMO), Cigna TotalCare (HMO D-SNP), Cigna TotalCare AL (HMO D-SNP) y Cigna TotalCare Plus (HMO D-SNP).

Este documento incluye una Lista de medicamentos (Formulario) para nuestros planes, que está actualizada a diciembre de 2022. Para obtener un Formulario actualizado, comuníquese con nosotros. Nuestra información de contacto aparece en la portada y la contraportada, junto con la fecha de la última actualización del Formulario.

Por lo general, debe usar farmacias de la red para usar su beneficio de medicamentos con receta. Los beneficios, el Formulario, la red de farmacias o los copagos/el coseguro pueden cambiar el 1 de enero de 2023, y ocasionalmente durante el año.

¿Qué es la Lista de medicamentos completa de Cigna?

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

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

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

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

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

información sobre cómo solicitar una excepción, y también puede encontrar información en la sección titulada “¿Cómo solicito una excepción a la lista de medicamentos de Cigna?”.

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

Cambios que no le afectarán si en este momento está tomando el medicamento. Por lo general, si está tomando un medicamento incluido en nuestra lista de medicamentos de 2022

que estaba cubierto al comienzo del año, no interrumpiremos ni reduciremos la cobertura del medicamento durante el año de cobertura 2022, salvo según se describe arriba. Esto significa que estos medicamentos seguirán disponibles al mismo costo compartido y sin nuevas restricciones para los clientes que los tomen durante el resto del año de cobertura. Este año no recibirá una notificación directa sobre cambios que no le afecten. No obstante, el 1 de enero del próximo año, dichos cambios le afectarían, y es importante que consulte la lista de medicamentos del nuevo año de beneficios para fijarse si hay algún cambio en los medicamentos.

La lista de medicamentos adjunta está actualizada a diciembre de 2022. Para obtener información actualizada sobre los medicamentos cubiertos por Cigna, comuníquese con nosotros. Nuestra información de contacto aparece en la portada y la contraportada. Si se realizan cambios significativos en la lista de medicamentos impresa dentro del año cubierto, es posible que se le notifique por correo, identificando los cambios. Las listas de medicamentos publicadas en nuestro sitio web se revisan y actualizan en forma mensual.

¿Cómo uso la lista de medicamentos?

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

Condición médica

La lista de medicamentos comienza en la página 12. 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 12. 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 68. 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 12. 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 ayudarle a controlar sus condiciones crónicas haciendo que le resulte fácil recibir sus medicamentos de mantenimiento. Podemos trabajar juntos de varias formas para alcanzar esta meta:

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

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

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

- Pregúntele a su médico (u otro proveedor) si hay alternativas genéricas de menor costo disponibles para alguno de sus medicamentos actuales.
- Averigüe si el programa de 'Ayuda Adicional de los CMS' puede ofrecer apoyo financiero adicional para sus medicamentos.
- Si su medicamento no está cubierto en la lista de medicamentos de Cigna, hable con su médico sobre medicamentos alternativos que estén cubiertos en la lista de medicamentos.

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

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

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

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

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

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

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

Por lo general, Cigna solo aprobará su solicitud de excepción si el medicamento alternativo incluido en nuestra lista de medicamentos 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 o las restricciones a la utilización. **Cuando usted solicite una excepción vinculada con la lista de medicamentos o las restricciones a la utilización, debe presentar una declaración del profesional que le recete el medicamento o de 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 12 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 68.

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

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

Establecemos límites a la cantidad para determinados medicamentos, que están indicados con la sigla QL en la lista de Medicamentos cubiertos por categoría de la página 12, 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.

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. Su plan tiene un nivel llamado "Medicamentos cubiertos". Consulte la siguiente tabla. También puede consultar su documento de Evidencia de cobertura para conocer más detalles.

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 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>.

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: Alabama

H4513-055 – Cigna TotalCare (HMO D-SNP): Blount, Cherokee, Colbert, DeKalb, Etowah, Jackson, Lauderdale, Lawrence, Limestone, Madison, Marshall, Morgan, St. Clair y Tuscaloosa, Alabama

H4513-056-001 – Cigna TotalCare AL (HMO D-SNP): Autauga, Baldwin, Bibb, Chilton, Cullman, Coosa, Dallas, Elmore, Jefferson, Lowndes, Mobile, Montgomery, Perry, Shelby, Talladega y Walker, Alabama

H4513-056-002 – Cigna TotalCare AL (HMO D-SNP): Blount, Cherokee, Colbert, DeKalb, Etowah, Jackson, Lauderdale, Lawrence, Limestone, Madison, Marshall, Morgan, St. Clair y Tuscaloosa, Alabama

H4513-063 – Cigna TotalCare Plus (HMO D-SNP): Baldwin, Bibb, Blount, Chilton, Cullman, Jefferson, Mobile, St. Clair, Shelby y Walker, Alabama

Nivel del Medicamentos	Opción estándar de costo compartido minorista*	Opción estándar de costo compartido de pedido por correo*
	suministro para un máximo de 90 días	suministro para un máximo de 90 días
Nivel 1: Medicamentos cubiertos	25% o \$0 / \$1.35 / \$3.95 / 15% (genéricos) \$0 / \$4.00 / \$9.85 / 15% (todos los demás medicamentos)	25% o \$0 / \$1.35 / \$3.95 / 15% (genéricos) \$0 / \$4.00 / \$9.85 / 15% (todos los demás medicamentos)

Área de servicio: Arkansas

H4513-039 – Cigna TotalCare Plus (HMO D-SNP): Craighead, Crittenden, Greene, Lawrence, Mississippi y Poinsett, Arkansas

Nivel del Medicamentos	Opción estándar de costo compartido minorista*	Opción estándar de costo compartido de pedido por correo*
	suministro para un máximo de 90 días	suministro para un máximo de 90 días
Nivel 1: Medicamentos cubiertos	25% o \$0 / \$1.35 / \$3.95 / 15% (genéricos) \$0 / \$4.00 / \$9.85 / 15% (todos los demás medicamentos)	25% o \$0 / \$1.35 / \$3.95 / 15% (genéricos) \$0 / \$4.00 / \$9.85 / 15% (todos los demás medicamentos)

Área de servicio: Colorado

H0672-009 – Cigna TotalCare (HMO D-SNP): Adams, Arapahoe, Boulder, Broomfield, Denver, Douglas, El Paso, Jefferson, Larimer, Teller y Weld, Colorado

Nivel del Medicamentos	Opción estándar de costo compartido minorista*	Opción estándar de costo compartido de pedido por correo*
	suministro para un máximo de 90 días	suministro para un máximo de 90 días
Nivel 1: Medicamentos cubiertos	25% o \$0 / \$1.35 / \$3.95 / 15% (genéricos) \$0 / \$4.00 / \$9.85 / 15% (todos los demás medicamentos)	25% o \$0 / \$1.35 / \$3.95 / 15% (genéricos) \$0 / \$4.00 / \$9.85 / 15% (todos los demás medicamentos)

* El costo compartido se basa en su nivel de "Ayuda adicional"

Área de servicio: Connecticut

H2752-002 – Cigna TotalCare Plus (HMO D-SNP): New Haven, Connecticut

Nivel del Medicamentos	Opción estándar de costo compartido minorista*	Opción estándar de costo compartido de pedido por correo*
	suministro para un máximo de 90 días	suministro para un máximo de 90 días
Nivel 1: Medicamentos cubiertos	25% o \$0 / \$1.35 / \$3.95 / 15% (genéricos) \$0 / \$4.00 / \$9.85 / 15% (todos los demás medicamentos)	25% o \$0 / \$1.35 / \$3.95 / 15% (genéricos) \$0 / \$4.00 / \$9.85 / 15% (todos los demás medicamentos)

Área de servicio: Florida

H5410-013 – Cigna TotalCare (HMO D-SNP): Bay, Escambia, Okaloosa, Santa Rosa y Walton, Florida

Nivel del Medicamentos	Opción estándar de costo compartido minorista*	Opción estándar de costo compartido de pedido por correo*
	suministro para un máximo de 90 días	suministro para un máximo de 90 días
Nivel 1: Medicamentos cubiertos	25% o \$0 / \$1.35 / \$3.95 / 15% (genéricos) \$0 / \$4.00 / \$9.85 / 15% (todos los demás medicamentos)	25% o \$0 / \$1.35 / \$3.95 / 15% (genéricos) \$0 / \$4.00 / \$9.85 / 15% (todos los demás medicamentos)

Área de servicio: Georgia

H0439-002 – Cigna TotalCare (HMO D-SNP): Banks, Barrow, Bartow, Butts, Chattooga, Cherokee, Clarke, Clayton, Cobb, Coweta, Dawson, DeKalb, Douglas, Fayette, Floyd, Forsyth, Franklin, Fulton, Gordon, Greene, Gwinnett, Habersham, Hall, Henry, Jackson, Lumpkin, Madison, Morgan, Newton, Oconee, Oglethorpe, Paulding, Pickens, Polk, Rockdale, Spalding, Stephens, Walton y White, Georgia

H0439-012 – Cigna TotalCare Plus (HMO D-SNP): Banks, Barrow, Bartow, Butts, Chattooga, Cherokee, Clarke, Clayton, Cobb, Coweta, Dawson, DeKalb, Douglas, Fayette, Floyd, Forsyth, Franklin, Fulton, Gordon, Greene, Gwinnett, Habersham, Hall, Henry, Jackson, Lumpkin, Madison, Morgan, Newton, Oconee, Oglethorpe, Paulding, Pickens, Polk, Rockdale, Spalding, Stephens, Walton y White, Georgia

Nivel del Medicamentos	Opción estándar de costo compartido minorista*	Opción estándar de costo compartido de pedido por correo*
	suministro para un máximo de 90 días	suministro para un máximo de 90 días
Nivel 1: Medicamentos cubiertos	25% o \$0 / \$1.35 / \$3.95 / 15% (genéricos) \$0 / \$4.00 / \$9.85 / 15% (todos los demás medicamentos)	25% o \$0 / \$1.35 / \$3.95 / 15% (genéricos) \$0 / \$4.00 / \$9.85 / 15% (todos los demás medicamentos)

* El costo compartido se basa en su nivel de “Ayuda adicional”

Área de servicio: Atlántico central

H2108-001 – Cigna TotalCare (HMO D-SNP): Anne Arundel, Baltimore, Baltimore City y Harford, Maryland; Kent, New Castle y Sussex, Delaware

H2108-039 – Cigna TotalCare Plus (HMO D-SNP): Kent, New Castle y Sussex, Delaware

Nivel del Medicamentos	Opción estándar de costo compartido minorista*	Opción estándar de costo compartido de pedido por correo*
	suministro para un máximo de 90 días	suministro para un máximo de 90 días
Nivel 1: Medicamentos cubiertos	25% o \$0 / \$1.35 / \$3.95 / 15% (genéricos) \$0 / \$4.00 / \$9.85 / 15% (todos los demás medicamentos)	25% o \$0 / \$1.35 / \$3.95 / 15% (genéricos) \$0 / \$4.00 / \$9.85 / 15% (todos los demás medicamentos)

Área de servicio: Mississippi

H4407-004 – Cigna TotalCare (HMO D-SNP): Covington, Forrest, George, Hancock, Harrison, Hinds, Jackson, Jones, Lamar, Madison, Marion, Pearl River, Perry, Rankin y Stone, Mississippi

Nivel del Medicamentos	Opción estándar de costo compartido minorista*	Opción estándar de costo compartido de pedido por correo*
	suministro para un máximo de 90 días	suministro para un máximo de 90 días
Nivel 1: Medicamentos cubiertos	25% o Si reúne los requisitos para el subsidio por bajos ingresos (LIS)**, su costo compartido será de \$0 para todos los medicamentos cubiertos	25% o

Área de servicio: North Carolina

H9725-003 – Cigna TotalCare (HMO D-SNP): Alexander, Anson, Cabarrus, Catawba, Chatham, Cleveland, Davidson, Davie, Durham, Forsyth, Gaston, Guilford, Iredell, Lincoln, Mecklenburg, Orange, Polk, Rowan, Stokes, Union y Yadkin, North Carolina

Nivel del Medicamentos	Opción estándar de costo compartido minorista*	Opción estándar de costo compartido de pedido por correo*
	suministro para un máximo de 90 días	suministro para un máximo de 90 días
Nivel 1: Medicamentos cubiertos	25% o Si reúne los requisitos para el subsidio por bajos ingresos (LIS)**, su costo compartido será de \$0 para todos los medicamentos cubiertos	25% o

* El costo compartido se basa en su nivel de “Ayuda adicional”

** Independientemente de sus ingresos y su condición institucional

Área de servicio: Pennsylvania

H3949-009 – Cigna TotalCare (HMO D-SNP): Bucks, Chester, Delaware, Montgomery y Philadelphia, Pennsylvania

H3949-036 – Cigna TotalCare (HMO D-SNP): Adams, Berks, Cumberland Dauphin, Lancaster, Lebanon y York, Pennsylvania

H3949-037 – Cigna TotalCare Plus (HMO D-SNP): Adams, Berks, Bucks, Chester, Cumberland, Dauphin, Delaware, Lancaster, Lebanon, Montgomery, Philadelphia y York, Pennsylvania

Nivel del Medicamentos	Opción estándar de costo compartido minorista*	Opción estándar de costo compartido de pedido por correo*
	suministro para un máximo de 90 días	suministro para un máximo de 90 días
Nivel 1: Medicamentos cubiertos	25% o \$0 / \$1.35 / \$3.95 / 15% (genéricos) \$0 / \$4.00 / \$9.85 / 15% (todos los demás medicamentos)	25% o \$0 / \$1.35 / \$3.95 / 15% (genéricos) \$0 / \$4.00 / \$9.85 / 15% (todos los demás medicamentos)

Área de servicio: Tennessee

H4513-034 – Cigna TotalCare Plus (HMO D-SNP): Bedford, Benton, Cannon, Carroll, Cheatham, Chester, Clay, Coffee, Crockett, Cumberland, Davidson, Decatur, DeKalb, Dickson, Fayette, Fentress, Gibson, Giles, Hardeman, Hardin, Haywood, Henderson, Hickman, Houston, Humphreys, Jackson, Lauderdale, Lawrence, Lewis, Lincoln, Macon, Madison, Marshall, Maury, McNairy, Montgomery, Moore, Overton, Perry, Pickett, Putnam, Robertson, Rutherford, Shelby, Smith, Stewart, Sumner, Tipton, Trousdale, Van Buren, Warren, Wayne, White, Williamson y Wilson, Tennessee

H4513-040 – Cigna TotalCare Plus (HMO D-SNP): Bledsoe, Bradley, Grundy, Hamilton, Marion, Polk y Sequatchie, Tennessee

H4513-035 – Cigna Primary Medicare (HMO): Anderson, Blount, Bradley, Cocke, Grainger, Grundy, Hamblen, Hamilton, Jefferson, Knox, Loudon, Marion, Morgan, Sequatchie, Sevier y Union, Tennessee

H4513-053 – Cigna Primary Medicare (HMO): Benton, Carroll, Chester, Crockett, Decatur, Fayette, Gibson, Hardeman, Hardin, Haywood, Henderson, Lauderdale, Madison, McNairy, Shelby y Tipton, Tennessee

Nivel del Medicamentos	Opción estándar de costo compartido minorista*	Opción estándar de costo compartido de pedido por correo*
	suministro para un máximo de 90 días	suministro para un máximo de 90 días
Nivel 1: Medicamentos cubiertos	25% o \$0 / \$1.35 / \$3.95 / 15% (genéricos) \$0 / \$4.00 / \$9.85 / 15% (todos los demás medicamentos)	25% o \$0 / \$1.35 / \$3.95 / 15% (genéricos) \$0 / \$4.00 / \$9.85 / 15% (todos los demás medicamentos)

* El costo compartido se basa en su nivel de “Ayuda adicional”

Área de servicio: Texas

H4513-060-001 – CignaTotalCare (HMO D-SNP): Angelina, Atascosa, Bandera, Bexar, Brazoria, Chambers, Comal, Fort Bend, Galveston, Guadalupe, Hardin, Harris, Jasper, Jefferson, Kendall, Liberty, Medina, Montgomery, Nacogdoches, Newton, Orange, Polk, San Jacinto, Tyler, Walker, Waller y Wilson, Texas

H4513-060-002 – CignaTotalCare (HMO D-SNP): Cameron, Hidalgo, Webb y Willacy, Texas

H4513-060-003 – CignaTotalCare (HMO D-SNP): El Paso, Texas

Nivel del Medicamentos	Opción estándar de costo compartido minorista*	Opción estándar de costo compartido de pedido por correo*
	suministro para un máximo de 90 días	suministro para un máximo de 90 días
Nivel 1: Medicamentos cubiertos	25% o \$0 / \$1.35 / \$3.95 / 15% (genéricos) \$0 / \$4.00 / \$9.85 / 15% (todos los demás medicamentos)	25% o \$0 / \$1.35 / \$3.95 / 15% (genéricos) \$0 / \$4.00 / \$9.85 / 15% (todos los demás medicamentos)

Área de servicio: Texas

H4513-027 – CignaTotalCare (HMO D-SNP): Henderson, Rusk, Smith, Upshur y Van Zandt, Texas

H4513-029 – Cigna TotalCare (HMO D-SNP): Bexar, Collin, Dallas, Denton, Hood, Johnson, Parker, Tarrant y Wise, Texas

Nivel del Medicamentos	Opción estándar de costo compartido minorista*	Opción estándar de costo compartido de pedido por correo*
	suministro para un máximo de 90 días	suministro para un máximo de 90 días
Nivel 1: Medicamentos cubiertos	25% o Si reúne los requisitos para el subsidio por bajos ingresos (LIS)** , su costo compartido será de \$0 para todos los medicamentos cubiertos	25% o

* El costo compartido se basa en su nivel de “Ayuda adicional”
 ** Independientemente de sus ingresos y su condición institucional

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 1-800-668-3813, del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes. Se usa un servicio de mensajes los fines de semana, fuera del horario de atención y en los días festivos federales. Los usuarios de TTY pueden llamar al 711.

[illegible]

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	12
MEDICAMENTOS ANTINEOPLÁSICOS/INMUNODEPRESORES	19
MEDICAMENTOS PARA EL SISTEMA NERVIOSO AUTÓNOMO/CENTRAL, NEUROLOGÍA/PSIC.....	27
CARDIOVASCULARES, HIPERTENSIÓN/LÍPIDOS	38
PRODUCTOS DERMATOLÓGICOS/TRATAMIENTO TÓPICO.....	43
PRODUCTOS DE DIAGNÓSTICO/AGENTES VARIOS	46
MEDICAMENTOS PARA NARIZ, GARGANTA Y OÍDO	48
SISTEMA ENDOCRINO/DIABETES.....	48
GASTROENTEROLOGÍA.....	53
INMUNOLOGÍA, VACUNAS/BIOTECNOLOGÍA.....	55
SISTEMA LOCOMOTOR/REUMATOLOGÍA.....	57
OBSTETRICIA/GINECOLOGÍA.....	58
OFTALMOLOGÍA.....	61
SISTEMA RESPIRATORIO Y ALERGIA	62
UROLÓGICOS	65
VITAMINAS, HEMATÍNICOS/ELECTROLITOS	65

Guía de la Lista de medicamentos:

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

LA: Disponibilidad limitada. Es posible que este medicamento con receta solo esté disponible en determinadas farmacias. Para obtener más información, consulte su Directorio de farmacias o llame a Servicio al Cliente al 1-800-668-3813 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes. Se usa un servicio de mensajes los fines de semana, fuera del horario de atención y en los días festivos federales. También puede visitar CignaMedicare.com.

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

PA: Este medicamento requiere de autorización previa.

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

ST: Este medicamento tiene requisitos de tratamiento escalonado.

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

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
ANTIINFECCIOSOS		
AGENTES ANTIMICÓTICOS		
ABELCET	1	PA
AMBISOME	1	PA; NDS
<i>anfotericina b</i>	1	PA
<i>anfotericina b liposomal</i>	1	PA; NDS
<i>caspofungina, sol. para reconst. intravenosa, 50 mg</i>	1	PA; NDS
<i>caspofungina, sol. para reconst. intravenosa, 70 mg</i>	1	PA
<i>clotrimazol, membrana mucosa</i>	1	
CRESEMBA ORAL	1	NDS
<i>fluconazol</i>	1	
<i>fluconazol en nacl (iso-osm.)</i>	1	PA
<i>flucitosina</i>	1	NDS
<i>griseofulvina micronizada</i>	1	
<i>griseofulvina ultramicronizada</i>	1	
<i>itraconazol, cápsulas orales</i>	1	QL (120/30)
<i>itraconazol, solución oral</i>	1	
<i>ketoconazol oral</i>	1	
<i>micafungina</i>	1	NDS
<i>nistatina, suspensión oral</i>	1	
<i>nistatina, comprimidos orales</i>	1	
<i>posaconazol</i>	1	QL (96/30); NDS
<i>clorhidrato de terbinafina oral</i>	1	
<i>voriconazol intravenoso</i>	1	PA; NDS
<i>voriconazol, suspensión oral para reconstitución</i>	1	NDS
<i>voriconazol, comprimidos orales</i>	1	
ANTIVÍRICOS		
<i>abacavir, solución oral</i>	1	QL (960/30)
<i>abacavir, comprimidos orales</i>	1	QL (60/30)
<i>abacavir-lamivudina</i>	1	QL (30/30)
<i>aciclovir, cápsulas orales</i>	1	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>aciclovir, suspensión oral, 200 mg/5 ml</i>	1	
<i>aciclovir, comprimidos orales</i>	1	
<i>aciclovir sódico, solución intravenosa</i>	1	B/D PA
<i>adefovir</i>	1	
<i>clorhidrato de amantadina</i>	1	
APRETUDE	1	NDS
APTIVUS	1	QL (120/30); NDS
<i>atazanavir, cápsulas orales, 150 mg, 300 mg</i>	1	QL (30/30)
<i>atazanavir, cápsulas orales, 200 mg</i>	1	QL (60/30)
BARACLUDE, SOLUCIÓN ORAL	1	QL (630/30)
BIKTARVY	1	NDS
CABENUVA	1	NDS
CIMDUO	1	NDS
COMPLERA	1	QL (30/30); NDS
DELSTRIGO	1	NDS
DESCOVY	1	QL (30/30); NDS
DOVATO	1	NDS
EDURANT	1	QL (30/30); NDS
<i>efavirenz, cápsulas orales, 200 mg</i>	1	QL (120/30)
<i>efavirenz, cápsulas orales, 50 mg</i>	1	QL (180/30)
<i>efavirenz, comprimidos orales</i>	1	QL (30/30)
<i>efavirenz-emtricitabina-tenofovir</i>	1	QL (30/30); NDS
<i>disoproxilo de efavirenz-lamivudina-tenofovir, comprimidos orales, 400-300-300 mg</i>	1	QL (30/30); NDS
<i>disoproxilo de efavirenz-lamivudina-tenofovir, comprimidos orales, 600-300-300 mg</i>	1	NDS
<i>emtricitabina</i>	1	QL (30/30)

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

Cursiva minúscula = Medicamento genérico

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 11.

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
EMTRICITABINE-TENOFOVIR (TDF), COMPRIMIDOS ORALES, 100-150 MG, 133-200 MG, 167-250 MG	1	QL (30/30); NDS
<i>emtricitabina-tenofovir (tdf), comprimidos orales, 200-300 mg</i>	1	QL (30/30); NDS
EMTRIVA, SOLUCIÓN ORAL	1	QL (680/28)
<i>entecavir</i>	1	QL (30/30)
EPCLUSA, PÍLDORAS DE ADMINISTRACIÓN ORAL EN PAQUETES, 150-37.5 MG	1	PA; QL (28/28); NDS
EPCLUSA, PÍLDORAS DE ADMINISTRACIÓN ORAL EN PAQUETES, 200-50 MG	1	PA; QL (56/28); NDS
EPCLUSA, COMPRIMIDOS ORALES, 200-50 MG	1	PA; QL (56/28); NDS
EPCLUSA, COMPRIMIDOS ORALES, 400-100 MG	1	PA; QL (28/28); NDS
EPIVIR HBV, SOLUCIÓN ORAL	1	
<i>etravirina</i>	1	QL (60/30); NDS
EVOTAZ	1	QL (30/30); NDS
<i>famciclovir</i>	1	QL (60/30)
<i>fosamprenavir</i>	1	QL (120/30); NDS
FUZEON, SOL. PARA RECONST. SUBCUTÁNEA	1	QL (60/30); NDS
GENVOYA	1	QL (30/30); NDS
HARVONI, PÍLDORAS DE ADMINISTRACIÓN ORAL EN PAQUETES, 33.75-150 MG	1	PA; QL (28/28); NDS
HARVONI, PÍLDORAS DE ADMINISTRACIÓN ORAL EN PAQUETES, 45-200 MG	1	PA; QL (56/28); NDS
HARVONI, COMPRIMIDOS ORALES, 45-200 MG	1	PA; QL (56/28); NDS
HARVONI, COMPRIMIDOS ORALES, 90-400 MG	1	PA; QL (28/28); NDS
INTELENCE, COMPRIMIDOS ORALES, 100 MG, 200 MG	1	QL (60/30); NDS

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
INTELENCE, COMPRIMIDOS ORALES, 25 MG	1	QL (120/30)
INVIRASE, COMPRIMIDOS ORALES	1	QL (120/30); NDS
ISENTRESS, DE DOSIS ALTA	1	NDS
ISENTRESS, PAQUETE DE POLVO ORAL	1	QL (60/30)
ISENTRESS, COMPRIMIDOS ORALES	1	QL (120/30); NDS
ISENTRESS, COMPRIMIDOS ORALES MASTICABLES, 100 MG	1	QL (180/30); NDS
ISENTRESS, COMPRIMIDOS ORALES MASTICABLES, 25 MG	1	QL (180/30)
JULUCA	1	NDS
KALETRA, COMPRIMIDOS ORALES, 100-25 MG	1	QL (300/30)
KALETRA, COMPRIMIDOS ORALES, 200-50 MG	1	QL (120/30); NDS
<i>lamivudina, solución oral</i>	1	QL (900/30)
<i>lamivudina, comprimidos orales, 100 mg, 300 mg</i>	1	QL (30/30)
<i>lamivudina, comprimidos orales, 150 mg</i>	1	QL (60/30)
<i>lamivudina-zidovudina</i>	1	QL (60/30)
LEXIVA, SUSPENSIÓN ORAL	1	QL (1575/28)
<i>lopinavir-ritonavir, solución oral</i>	1	
<i>lopinavir-ritonavir, comprimidos orales, 100-25 mg</i>	1	QL (300/30)
<i>lopinavir-ritonavir, comprimidos orales, 200-50 mg</i>	1	QL (120/30)
<i>maraviroc, comprimidos orales, 150 mg</i>	1	QL (60/30); NDS
<i>maraviroc, comprimidos orales, 300 mg</i>	1	QL (120/30); NDS
MAVYRET, PÍLDORAS DE ADMINISTRACIÓN ORAL EN PAQUETES	1	PA; QL (168/28); 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 11.

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
MAVYRET, COMPRIMIDOS ORALES	1	PA; QL (84/28); NDS
<i>nevirapina, suspensión oral</i>	1	QL (1200/30)
<i>nevirapina, comprimidos orales</i>	1	QL (60/30)
<i>nevirapina, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas, 100 mg</i>	1	QL (90/30)
<i>nevirapina, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas, 400 mg</i>	1	QL (30/30)
NORVIR, PAQUETE DE POLVO ORAL	1	
NORVIR, SOLUCIÓN ORAL	1	QL (480/30)
ODEFSEY	1	QL (30/30); NDS
<i>oseltamivir</i>	1	
PIFELTRO	1	NDS
PREVYMIS, ORAL	1	QL (30/30); NDS
PREZCOBIX	1	QL (30/30); NDS
PREZISTA, SUSPENSIÓN ORAL	1	QL (400/30); NDS
PREZISTA, COMPRIMIDOS ORALES, 150 MG	1	QL (240/30)
PREZISTA, COMPRIMIDOS ORALES, 600 MG	1	QL (60/30); NDS
PREZISTA, COMPRIMIDOS ORALES, 75 MG	1	QL (480/30)
PREZISTA, COMPRIMIDOS ORALES, 800 MG	1	QL (30/30); NDS
RETROVIR INTRAVENOSO	1	
REYATAZ, PAQUETE DE POLVO ORAL	1	QL (240/30); NDS
<i>ribavirina, cápsulas orales</i>	1	
<i>ribavirina, comprimidos orales, 200 mg</i>	1	
<i>rimantadina</i>	1	
<i>ritonavir</i>	1	QL (360/30)
RUKOBIA	1	NDS
SELZENTRY, SOLUCIÓN ORAL	1	NDS

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
SELZENTRY, COMPRIMIDOS ORALES, 150 MG, 75 MG	1	QL (60/30); NDS
SELZENTRY, COMPRIMIDOS ORALES, 25 MG	1	QL (120/30)
SELZENTRY, COMPRIMIDOS ORALES, 300 MG	1	QL (120/30); NDS
<i>estavudina, cápsulas orales</i>	1	QL (60/30)
STRIBILD	1	QL (30/30); NDS
SYM TUZA	1	NDS
TEMIXYS	1	NDS
<i>fumarato de disoproxilo de tenofovir</i>	1	QL (30/30)
TIVICAY, COMPRIMIDOS ORALES, 10 MG	1	QL (60/30)
TIVICAY, COMPRIMIDOS ORALES, 25 MG, 50 MG	1	QL (60/30); NDS
TIVICAY PD	1	QL (180/30); NDS
TRIUMEQ	1	QL (30/30); NDS
TRIUMEQ PD	1	QL (300/30); NDS
TRIZIVIR	1	QL (60/30); NDS
TROGARZO	1	NDS
TYBOST	1	
<i>valaciclovir, comprimidos orales, 1 gramo</i>	1	QL (120/30)
<i>valaciclovir, comprimidos orales, 500 mg</i>	1	QL (60/30)
<i>valganciclovir, sol. para reconst. oral</i>	1	NDS
<i>valganciclovir, comprimidos orales</i>	1	
VEKLURY	1	QL (4/180); NDS
VEMLIDY	1	NDS
VIRACEPT, COMPRIMIDOS ORALES, 250 MG	1	QL (270/30); NDS
VIRACEPT, COMPRIMIDOS ORALES, 625 MG	1	QL (120/30); NDS
VIREAD, POLVO ORAL	1	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 11.

Medicamentos cubiertos por categoría

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
cefotetan inyectable	1	PA
cefoxitina	1	PA
cefoxitina en dextrosa, iso-osm.	1	PA
cefepodoxima	1	
cefprozilo	1	
ceftazidima	1	PA
ceftazidima en d5w	1	PA
ceftriaxona	1	
ceftriaxona en dextrosa, iso-osm.	1	
cefuroxima axetilo, comprimidos orales	1	
cefuroxima sódica, sol. para reconst. inyect., 750 mg	1	PA
cefuroxima sódica intravenosa	1	PA
cefaletina, cápsulas orales, 250 mg, 500 mg	1	
cefaletina, suspensión oral para reconstitución	1	
SUPRAX, SUSPENSIÓN ORAL PARA RECONSTITUCIÓN, 500 MG/5 ML	1	
tazicef	1	PA
TEFLARO	1	PA; NDS
ERITROMICINAS/OTROS MACRÓLIDOS		
azitromicina intravenosa	1	PA
azitromicina, paquete oral	1	
azitromicina, suspensión oral para reconstitución	1	
azitromicina, comprimidos orales	1	
claritromicina, suspensión oral para reconstitución	1	
claritromicina, comprimidos orales	1	
claritromicina, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas	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 11.

Medicamentos cubiertos por categoría

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
CAPASTAT	1	
CAYSTON	1	PA; LA; QL (84/28); NDS
<i>succinato sódico de cloranfenicol</i>	1	
<i>fosfato de cloroquina</i>	1	
<i>clorhidrato de clindamicina</i>	1	
<i>clindamicina en cloruro de sodio al 0.9%</i>	1	PA
<i>clindamicina en dextrosa al 5%</i>	1	PA
<i>clorhirato de palmitato de clindamicina</i>	1	
<i>clindamicina pediátrica</i>	1	
<i>fosfato de clindamicina inyectable</i>	1	PA
<i>fosfato de clindamicina intravenoso</i>	1	PA
COARTEM	1	QL (24/30)
<i>colistina (colistimetato sódico)</i>	1	PA; NDS
<i>cicloserina</i>	1	
<i>dapsona oral</i>	1	
DAPTOMYCIN, SOL. PARA RECONST. INTRAVENOSA, 350 MG	1	NDS
<i>daptomicina, sol. para reconst. intravenosa, 500 mg</i>	1	NDS
EMVERM	1	NDS
<i>ertapenem</i>	1	
<i>etambutol</i>	1	
FIRVANQ, SOL. PARA RECONST. INTRAVENOSA, 25 MG/ML	1	QL (400/10)
FIRVANQ, SOL. PARA RECONST. INTRAVENOSA, 50 MG/ML	1	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 11.

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>praziquantel</i>	1	
PRIFTIN	1	
PRIMAQUINE	1	
<i>pirazinamida</i>	1	
<i>pirimetamina</i>	1	PA; NDS
<i>sulfato de quinina</i>	1	PA; QL (42/7)
<i>rifabutina</i>	1	
<i>rifampina intravenosa</i>	1	
<i>rifampina oral</i>	1	
SIRTURO	1	PA; LA
SIVEXTRO INTRAVENOSO	1	PA; QL (6/28); NDS
SIVEXTRO ORAL	1	QL (6/28); NDS
<i>estreptomina</i>	1	PA; NDS
<i>tigeciclina</i>	1	PA; NDS
TOBI PODHALER, CÁPSULA DE INHALACIÓN CON DISPOSITIVO DE INHALACIÓN	1	QL (224/28); NDS
<i>tobramicina en nacl al 0.225%</i>	1	B/D PA; QL (280/28); NDS
<i>sulfato de tobramicina</i>	1	PA
TRECATOR	1	
VANCOMYCIN EN CLORURO DE SODIO AL 0.9%, INFUSIÓN SECUNDARIA INTRAVENOSA	1	
VANCOMYCIN EN DEXTROSA AL 5%, INFUSIÓN SECUNDARIA INTRAVENOSA, 1 GRAMO/200 ML, 750 MG/150 ML	1	
<i>vancomicina en dextrosa al 5%, infusión secundaria intravenosa, 500 mg/100 ml</i>	1	
<i>vancomicina inyectable</i>	1	
<i>vancomicina, sol. para reconst. intravenosa, 1,000 mg, 10 gramos, 5 gramos, 500 mg, 750 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 11.

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
VANCOMYCIN, SOL. PARA RECONST. INTRAVENOSA, 1.25 GRAMOS, 1.5 GRAMOS	1	
<i>vancomicina</i> , cápsulas orales, 125 mg	1	PA; QL (40/10)
<i>vancomicina</i> , cápsulas orales, 250 mg	1	PA; QL (80/10)
VANCOMYCIN-WATER, INYECTABLE (PEG)	1	
XIFAXAN, COMPRIMIDOS ORALES, 550 MG	1	PA; QL (90/30); NDS
PENICILINAS		
<i>amoxicilina</i> , cápsulas orales	1	
<i>amoxicilina</i> , suspensión oral para reconstitución	1	
<i>amoxicilina</i> , comprimidos orales	1	
<i>amoxicilina</i> , comprimidos orales masticables, 125 mg, 250 mg	1	
<i>amoxicilina-clavulanato de pot.</i> , suspensión oral para reconstitución	1	
<i>amoxicilina-clavulanato de pot.</i> , comprimidos orales	1	
<i>amoxicilina-clavulanato de pot.</i> , comprimidos orales, liberación prolongada, 12 horas	1	
<i>amoxicilina-clavulanato de pot.</i> , comprimidos orales masticables	1	
<i>ampicilina</i> , cápsulas orales, 500 mg	1	
<i>ampicilina</i> sódica	1	PA
<i>ampicilina-sulbactam</i>	1	PA
AUGMENTIN, SUSPENSIÓN ORAL PARA RECONSTITUCIÓN, 125-31.25 MG/5 ML	1	NDS
BICILLIN L-A	1	PA
<i>dicloxacilina</i>	1	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>naftilina en dextrosa, iso-osm.</i>	1	PA
<i>naftilina inyectable</i>	1	PA
<i>naftilina</i> , sol. para reconst. intravenosa, 2 gramos	1	PA
<i>oxacilina inyectable</i>	1	PA
<i>penicilina g potásica</i>	1	PA
<i>penicilina v potásica</i> , solución para reconst. oral	1	
<i>penicilina v potásica</i> , comprimidos orales, 250 mg	1	
<i>penicilina v potásica</i> , comprimidos orales, 500 mg	1	
<i>pfizerpen-g</i>	1	PA
<i>piperacilina-tazobactam</i>	1	
ZOSYN EN DEXTROSA (ISO-OSM.)	1	
QUINOLONAS		
CIPRO, RECONST. DE MICROCÁPSULAS PARA SUSPENSIÓN ORAL	1	
<i>clorhidrato de ciprofloxacina</i> , comprimidos orales, 100 mg	1	
<i>clorhidrato de ciprofloxacina</i> , comprimidos orales, 250 mg, 500 mg, 750 mg	1	
<i>ciprofloxacina en dextrosa al 5%</i>	1	PA
<i>levofloxacina en d5w</i>	1	PA
<i>levofloxacina intravenosa</i>	1	PA
<i>levofloxacina</i> , solución oral	1	
<i>levofloxacina</i> , comprimidos orales	1	
<i>moxifloxacina oral</i>	1	
<i>moxifloxacina-acetato sódico</i> , sulfato en agua	1	PA
<i>moxifloxacina-cloruro de sodio (iso)</i>	1	PA
SULFAMIDAS/AGENTES RELACIONADOS		
<i>sulfadiazina</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 11.

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>sulfametoxazol/trimetoprima, intravenoso</i>	1	PA
<i>sulfametoxazol-trimetoprima, suspensión oral</i>	1	
<i>sulfametoxazol-trimetoprima, comprimidos orales</i>	1	
TETRACICLINAS		
<i>demeclociclina</i>	1	
<i>doxiciclina-100</i>	1	PA
<i>hiclato de doxiciclina intravenoso</i>	1	PA
<i>hiclato de doxiciclina, cápsulas orales</i>	1	
<i>hiclato de doxiciclina, comprimidos orales, 100 mg</i>	1	
<i>hiclato de doxiciclina, comprimidos orales, 20 mg</i>	1	
<i>monohidrato de doxiciclina, cápsulas orales, 100 mg, 50 mg</i>	1	
<i>monohidrato de doxiciclina, cápsulas orales, lib. inmediata-lib. retardada, bifásica</i>	1	
<i>monohidrato de doxiciclina, suspensión oral para reconstitución</i>	1	
<i>monohidrato de doxiciclina, comprimidos orales</i>	1	
<i>minociclina, cápsulas orales</i>	1	
<i>minociclina, comprimidos orales</i>	1	
<i>mondoxyne nl, cápsulas orales, 100 mg</i>	1	
NUZYRA INTRAVENOSO	1	PA; NDS
NUZYRA ORAL	1	NDS
<i>tetraciclina</i>	1	
AGENTES DE LAS VÍAS URINARIAS		
<i>fosfomicina trometamina</i>	1	
<i>hipurato de metenamina</i>	1	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>nitrofurantoína</i>	1	
<i>nitrofurantoína, macrocristales</i>	1	
<i>monohidrato de nitrofurantoína/macrocris.</i>	1	
<i>trimetoprima</i>	1	
MEDICAMENTOS ANTINEOPLÁSICOS/ INMUNODEPRESORES		
AGENTES COADYUVANTES		
<i>leucovorina cálcica, inyectable</i>	1	
<i>leucovorina cálcica oral</i>	1	
<i>mesna</i>	1	B/D PA
MESNEX ORAL	1	NDS
XGEVA	1	PA; QL (1.7/28); NDS
MEDICAMENTOS ANTINEOPLÁSICOS/ INMUNODEPRESORES		
<i>abiraterona, comprimidos orales, 250 mg</i>	1	PA; QL (120/30); NDS
ABIRATERONE, COMPRIMIDOS ORALES, 500 MG	1	PA; QL (60/30); NDS
ABRAXANE	1	PA; NDS
ADCETRIS	1	PA; NDS
AFINITOR DISPERZ, COMPRIMIDOS ORALES PARA SUSPENSIÓN, 2 MG	1	PA; QL (150/30); NDS
AFINITOR DISPERZ, COMPRIMIDOS ORALES PARA SUSPENSIÓN, 3 MG, 5 MG	1	PA; QL (56/28); NDS
AFINITOR, COMPRIMIDOS ORALES, 10 MG	1	PA; QL (30/30); NDS
ALECENSA	1	PA; QL (240/30); NDS
ALIMTA	1	PA; NDS
ALIQOPA	1	PA; NDS
ALUNBRIG, COMPRIMIDOS ORALES, 180 MG, 90 MG	1	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 11.

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
ALUNBRIG, COMPRIMIDOS ORALES, 30 MG	1	PA; QL (60/30); NDS
ALUNBRIG, COMPRIMIDOS ORALES, PAQUETE DOSIFICADO	1	PA; QL (60/365); NDS
<i>anastrozol</i>	1	
ARRANON	1	B/D PA
<i>tríóxido de arsénico</i>	1	B/D PA; NDS
ARZERRA	1	B/D PA; NDS
AYVAKIT	1	PA; LA; QL (30/30); NDS
<i>azacitidina</i>	1	B/D PA; NDS
AZASAN	1	B/D PA
<i>azatioprina, comprimidos orales, 100 mg, 75 mg</i>	1	B/D PA
<i>azatioprina, comprimidos orales, 50 mg</i>	1	B/D PA
<i>azatioprina sódica</i>	1	B/D PA
BALVERSA	1	PA; LA; NDS
BAVENCIO	1	PA; NDS
BELEODAQ	1	B/D PA; NDS
BENDEKA	1	B/D PA; NDS
BESPONS	1	PA; NDS
<i>bexaroteno</i>	1	PA; NDS
<i>bicalutamida</i>	1	
BLINCYTO	1	PA; NDS
KIT INTRAVENOSO	1	PA; NDS
<i>bortezomib, inyectable</i>	1	PA; NDS
<i>bortezomib, sol. para reconst. intravenosa</i>	1	PA; NDS
BOSULIF, COMPRIMIDOS ORALES, 100 MG	1	PA; QL (90/30); NDS
BOSULIF, COMPRIMIDOS ORALES, 400 MG, 500 MG	1	PA; QL (30/30); NDS
BRAFTOVI, CÁPSULAS ORALES, 75 MG	1	PA; LA; QL (180/30); NDS
BRUKINSA	1	PA; LA; NDS

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
BUSULFAN	1	B/D PA; NDS
CABOMETYX	1	PA; LA; QL (30/30); NDS
CALQUENCE	1	PA; LA; QL (60/30); NDS
CALQUENCE (ACALABRUTINIB MAL)	1	PA; QL (60/30); NDS
CAPRELSA, COMPRIMIDOS ORALES, 100 MG	1	PA; LA; QL (60/30); NDS
CAPRELSA, COMPRIMIDOS ORALES, 300 MG	1	PA; LA; QL (30/30); NDS
<i>carboplatino, solución intravenosa</i>	1	B/D PA
<i>carmustina, sol. para reconst. intravenosa, 100 mg</i>	1	B/D PA
<i>cisplatino, solución intravenosa</i>	1	B/D PA
<i>cladribina</i>	1	B/D PA
<i>clofarabina</i>	1	B/D PA
COMETRIQ, CÁPSULAS ORALES, 100 MG/DÍA (80 MG X 1-20 MG X 1)	1	PA; QL (56/28); NDS
COMETRIQ, CÁPSULAS ORALES, 140 MG/DÍA (80 MG X 1-20 MG X 3)	1	PA; QL (112/28); NDS
COMETRIQ, CÁPSULAS ORALES, 60 MG/DÍA (20 MG X 3/DÍA)	1	PA; QL (84/28); NDS
COPIKTRA	1	PA; LA; QL (60/30); NDS
COSMEGEN	1	B/D PA; NDS
COTELLIC	1	PA; LA; QL (63/28); NDS
<i>ciclofosfamida intravenosa</i>	1	B/D PA; NDS
<i>ciclofosfamida oral</i>	1	B/D PA
<i>ciclosporina intravenosa</i>	1	B/D PA
<i>ciclosporina modificada</i>	1	B/D PA
<i>ciclosporina, cápsulas orales</i>	1	B/D PA
CYRAMZA	1	PA; NDS
<i>citarabina</i>	1	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 11.

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>citarabina (pf)</i>	1	B/D PA
<i>dacarbazina</i>	1	B/D PA
<i>dactinomycin</i>	1	B/D PA
DANYELZA	1	PA; NDS
DARZALEX	1	PA; NDS
DARZALEX FASPRO	1	PA; NDS
<i>daunorubicina, solución intravenosa</i>	1	B/D PA
DAURISMO, COMPRIMIDOS ORALES, 100 MG	1	PA; QL (30/30); NDS
DAURISMO, COMPRIMIDOS ORALES, 25 MG	1	PA; QL (60/30); NDS
<i>decitabina</i>	1	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>	1	B/D PA
<i>doxorubicina, sol. para reconst. intravenosa, 50 mg</i>	1	B/D PA
<i>doxorubicina, solución intravenosa</i>	1	B/D PA
<i>doxorubicina, liposomal pegilada</i>	1	B/D PA; NDS
DROXIA	1	
ELIGARD	1	PA
ELIGARD (3 MESES)	1	PA
ELIGARD (4 MESES)	1	PA
ELIGARD (6 MESES)	1	PA
ELZONRIS	1	PA; NDS
EMCYT	1	NDS
EMPLICITI	1	PA
ENHERTU	1	PA; NDS
ENVARUS XR	1	B/D PA
<i>epirubicina, solución intravenosa</i>	1	B/D PA
ERBITUX	1	B/D PA; NDS

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
ERIVEDGE	1	PA; QL (30/30); NDS
ERLEADA	1	PA; QL (120/30); NDS
<i>erlotinib, comprimidos orales, 100 mg, 150 mg</i>	1	PA; QL (30/30); NDS
<i>erlotinib, comprimidos orales, 25 mg</i>	1	PA; QL (60/30); NDS
ETOPOPHOS	1	B/D PA
<i>etopósido intravenoso</i>	1	B/D PA
EVEROLIMUS (ANTINEOPLÁSICO), COMPRIMIDOS ORALES, 10 MG	1	PA; QL (30/30); NDS
<i>everolimus (antineoplásico), comprimidos orales, 2.5 mg, 5 mg, 7.5 mg</i>	1	PA; QL (30/30); NDS
<i>everolimus (antineoplásico), comprimidos orales para suspensión, 2 mg</i>	1	PA; QL (150/30); NDS
<i>everolimus (antineoplásico), comprimidos orales para suspensión, 3 mg, 5 mg</i>	1	PA; QL (56/28); NDS
<i>everolimus (inmunodepresor)</i>	1	B/D PA; NDS
EVOMELA	1	PA; NDS
<i>exemestano</i>	1	
EXKIVITY	1	PA; LA; NDS
FARYDAK	1	PA; QL (6/21); NDS
FIRMAGON, KIT CON JERINGA DILUYENTE, SOL. PARA RECONST. SUBCUTÁNEA, 120 MG	1	B/D PA; NDS
FIRMAGON, KIT CON JERINGA DILUYENTE, SOL. PARA RECONST. SUBCUTÁNEA, 80 MG	1	B/D PA
<i>floxuridina</i>	1	B/D PA
<i>fludarabina</i>	1	B/D PA
<i>fluorouracilo intravenoso</i>	1	B/D PA
<i>flutamida</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 11.

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
FOLOTYN	1	B/D PA; NDS
FOTIVDA	1	PA; LA; QL (21/28); NDS
<i>fulvestrant</i>	1	B/D PA; NDS
GAVRETO	1	PA; LA; QL (120/30); NDS
GAZYVA	1	PA; NDS
<i>gemcitabina, sol. para reconst. intravenosa</i>	1	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>	1	B/D PA
<i>gemcitabina, solución intravenosa, 100 mg/ml</i>	1	B/D PA; NDS
<i>gengraf</i>	1	B/D PA
GILOTRIF	1	PA; QL (30/30); NDS
HALAVEN	1	PA; NDS
<i>hidroxiurea</i>	1	
IBRANCE	1	PA; QL (21/28); NDS
ICLUSIG	1	PA; QL (30/30); NDS
<i>idarrubicina</i>	1	B/D PA
IDHIFA	1	PA; LA; QL (30/30); NDS
<i>ifosfamida</i>	1	B/D PA
<i>imatinib, comprimidos orales, 100 mg</i>	1	PA; QL (180/30); NDS
<i>imatinib, comprimidos orales, 400 mg</i>	1	PA; QL (60/30); NDS
IMBRUVICA, CÁPSULAS ORALES, 140 MG	1	PA; QL (120/30); NDS
IMBRUVICA, CÁPSULAS ORALES, 70 MG	1	PA; QL (30/30); NDS
IMBRUVICA, SUSPENSIÓN ORAL	1	PA; QL (180/30); NDS

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
IMBRUVICA, COMPRIMIDOS ORALES	1	PA; QL (30/30); NDS
IMFINZI	1	PA; NDS
INFUGEM	1	B/D PA; NDS
INLYTA, COMPRIMIDOS ORALES, 1 MG	1	PA; QL (180/30); NDS
INLYTA, COMPRIMIDOS ORALES, 5 MG	1	PA; QL (120/30); NDS
INQOVI	1	PA; QL (5/28); NDS
INREBIC	1	PA; LA; QL (120/30); NDS
IRESSA	1	PA; QL (30/30); NDS
<i>irinotecán</i>	1	B/D PA
IXEMPRA	1	B/D PA; NDS
JAKAFI	1	PA; QL (60/30); NDS
JEMPERLI	1	PA; NDS
JEVTANA	1	B/D PA
KADCYLA	1	PA; NDS
KEYTRUDA	1	PA; NDS
KIMMTRAK	1	PA; NDS
KISQALI	1	PA; QL (63/28); NDS
KISQALI FEMARA CO-PACK, COMPRIMIDOS ORALES, 200 MG/DÍA (200 MG X 1), 2.5 MG	1	PA; QL (49/28); NDS
KISQALI FEMARA CO-PACK, COMPRIMIDOS ORALES, 400 MG/DÍA (200 MG X 2), 2.5 MG	1	PA; QL (70/28); NDS
KISQALI FEMARA CO-PACK, COMPRIMIDOS ORALES, 600 MG/DÍA (200 MG X 3), 2.5 MG	1	PA; QL (91/28); NDS
KLISYRI	1	ST; QL (5/30)
KYPROLIS	1	B/D PA; NDS
<i>lapatinib</i>	1	PA; QL (180/30); NDS
<i>lenalidomida, cápsulas orales, 10 mg, 15 mg, 25 mg, 5 mg</i>	1	PA; LA; QL (28/28); 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 11.

Medicamentos cubiertos por categoría

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
LUPRON DEPOT-PED (3 MESES), KIT CON JERINGA INTRAMUSCULAR, 30 MG	1	PA; NDS
LYNPARZA	1	PA; QL (120/30); NDS
LYSODREN	1	NDS
MARGENZA	1	PA; NDS
MARQIBO	1	B/D PA; NDS
MATULANE	1	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>	1	PA
<i>megestrol, comprimidos orales</i>	1	PA
MEKINIST, COMPRIMIDOS ORALES, 0.5 MG	1	PA; QL (90/30); NDS
MEKINIST, COMPRIMIDOS ORALES, 2 MG	1	PA; QL (30/30); NDS
MEKTOVI	1	PA; LA; QL (180/30); NDS
<i>melfalán</i>	1	B/D PA
<i>clorhidrato de melfalán</i>	1	B/D PA; NDS
<i>mercaptopurina</i>	1	
<i>metotrexato sódico (pf)</i>	1	B/D PA
<i>metotrexato sódico inyectable</i>	1	B/D PA
<i>metotrexato sódico oral</i>	1	
<i>mitomicina intravenosa</i>	1	B/D PA
<i>mitoxantrona</i>	1	B/D PA
MONJUVI	1	PA; NDS
<i>mofetil micofenolato (clorhidrato)</i>	1	B/D PA
<i>mofetil micofenolato, cápsulas orales</i>	1	B/D PA
<i>mofetil micofenolato, suspensión oral para reconstitución</i>	1	B/D PA; NDS
<i>mofetil micofenolato, comprimidos orales</i>	1	B/D PA
<i>micofenolato sódico</i>	1	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 11.

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
MYLOTARG	1	PA; NDS
<i>nelarabina</i>	1	B/D PA; NDS
NERLYNX	1	PA; LA; NDS
NEXAVAR	1	PA; LA; QL (120/30); NDS
<i>nilutamida</i>	1	NDS
NINLARO	1	PA; QL (3/28); NDS
NIPENT	1	B/D PA
NUBEQA	1	PA; LA; QL (120/30); NDS
NULOJIX	1	B/D PA; NDS
<i>acetato de octreotida, solución inyectable, 1,000 mcg/ml, 100 mcg/ml, 200 mcg/ml, 50 mcg/ml</i>	1	PA
<i>acetato de octreotida, solución inyectable, 500 mcg/ml</i>	1	PA; NDS
<i>acetato de octreotida, jeringa inyectable</i>	1	PA
ODOMZO	1	PA; LA; QL (30/30); NDS
ONCASPAR	1	B/D PA; NDS
ONIVYDE	1	PA; NDS
ONUREG	1	PA; QL (14/28); NDS
OPDIVO	1	PA; NDS
OPDUALAG	1	PA; NDS
ORGOVYX	1	PA; LA; QL (32/30); NDS
<i>oxaliplatino</i>	1	B/D PA
<i>paclitaxel</i>	1	B/D PA
PACLITAXEL PROTEIN-BOUND	1	PA; NDS
PADCEV	1	PA; NDS
PEMAZYRE	1	PA; LA; QL (14/21); NDS
<i>pemetrexed disódico, sol. para reconst. intravenosa</i>	1	PA; NDS
PERJETA	1	PA; NDS
PHESGO	1	PA; NDS

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
PIQRAY	1	PA; NDS
POLIVY	1	PA; NDS
POMALYST	1	PA; LA; QL (21/28); NDS
PORTRAZZA	1	B/D PA
POTELIGEO	1	PA; NDS
PROGRAF INTRAVENOSO	1	B/D PA
PROGRAF, PAQUETE DE GRÁNULOS ORALES	1	B/D PA
PURIXAN	1	NDS
QINLOCK	1	PA; LA; QL (90/30); NDS
RETEVMO, CÁPSULAS ORALES, 40 MG	1	PA; LA; QL (180/30); NDS
RETEVMO, CÁPSULAS ORALES, 80 MG	1	PA; LA; QL (120/30); NDS
REVLIMID	1	PA; LA; QL (28/28); NDS
ROMIDEPSIN	1	PA; NDS
ROZLYTREK, CÁPSULAS ORALES, 100 MG	1	PA; QL (150/30); NDS
ROZLYTREK, CÁPSULAS ORALES, 200 MG	1	PA; QL (90/30); NDS
RUBRACA	1	PA; LA; QL (120/30); NDS
RUXIENCE	1	PA; NDS
RYBREVANT	1	PA; NDS
RYDAPT	1	PA; QL (240/30); NDS
RYLAZE	1	B/D PA; NDS
SANDIMMUNE, SOLUCIÓN ORAL	1	B/D PA
SANDOSTATIN LAR DEPOT, SUSPENSIÓN INTRAMUSCULAR, RECONST. DE LIB. PROLONGADA	1	PA; NDS
SARCLISA	1	PA; NDS
SCSEMBLIX, COMPRIMIDOS ORALES, 20 MG	1	PA; QL (60/30); NDS

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

Cursiva minúscula = Medicamento genérico

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 11.

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
SCEMBLIX, COMPRIMIDOS ORALES, 40 MG	1	PA; QL (30/30); NDS
SIGNIFOR	1	PA; NDS
SIMULECT	1	B/D PA; NDS
<i>sirolimus, solución oral</i>	1	B/D PA; NDS
<i>sirolimus, comprimidos orales</i>	1	B/D PA
SOLTAMOX	1	NDS
SOMATULINE DEPOT	1	PA; NDS
<i>sorafenib</i>	1	PA; QL (120/30); NDS
SPRYCEL, COMPRIMIDOS ORALES, 100 MG, 140 MG, 50 MG, 80 MG	1	PA; QL (30/30); NDS
SPRYCEL, COMPRIMIDOS ORALES, 20 MG, 70 MG	1	PA; QL (60/30); NDS
STIVARGA	1	PA; QL (84/28); NDS
<i>sunitinib</i>	1	PA; QL (30/30); NDS
SUTENT	1	PA; QL (30/30); NDS
SYNRIBO	1	PA; NDS
TABLOID	1	
TABRECTA	1	PA; NDS
<i>tacrolimus oral</i>	1	B/D PA
TAFINLAR	1	PA; QL (120/30); NDS
TAGRISSO	1	PA; LA; QL (30/30); NDS
TALZENNA, CÁPSULAS ORALES, 0.25 MG	1	PA; QL (90/30); NDS
TALZENNA, CÁPSULAS ORALES, 0.5 MG, 0.75 MG, 1 MG	1	PA; QL (30/30); NDS
<i>tamoxifeno</i>	1	
TARGRETIN TÓPICO	1	PA; NDS
TASIGNA, CÁPSULAS ORALES, 150 MG, 200 MG	1	PA; QL (112/28); NDS

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
TASIGNA, CÁPSULAS ORALES, 50 MG	1	PA; QL (120/30); NDS
TAZVERIK	1	PA; LA; NDS
TECENTRIQ	1	PA; NDS
TEMODAR INTRAVENOSO	1	B/D PA; NDS
<i>temsirolimus</i>	1	B/D PA; NDS
TEPMETKO	1	PA; LA; QL (60/30); NDS
THALOMID, CÁPSULAS ORALES, 100 MG, 150 MG, 50 MG	1	PA; QL (28/28); NDS
THALOMID, CÁPSULAS ORALES, 200 MG	1	PA; QL (56/28); NDS
<i>tiotepa</i>	1	PA
TIBSOVO	1	PA; NDS
TIVDAK	1	PA; NDS
<i>toposar</i>	1	B/D PA
<i>topotecán, sol. para reconst. intravenosa</i>	1	B/D PA; NDS
<i>topotecán, solución intravenosa, 4 mg/4 ml (1 mg/ml)</i>	1	B/D PA
<i>toremifeno</i>	1	NDS
TRAZIMERA	1	PA; NDS
TREANDA	1	B/D PA; NDS
TRELSTAR, SUSPENSIÓN INTRAMUSCULAR PARA RECONSTITUCIÓN, 11.25 MG, 3.75 MG	1	PA
TRELSTAR, SUSPENSIÓN INTRAMUSCULAR PARA RECONSTITUCIÓN, 22.5 MG	1	PA; NDS
<i>tretinoína (antineoplásico)</i>	1	NDS
TRIPTODUR	1	PA; QL (1/168); NDS
TRODELVY	1	PA; NDS
TRUSELTIQ, CÁPSULAS ORALES, 100 MG/DÍA (100 MG X 1)	1	PA; LA; QL (21/28); 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 11.

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
TRUSELTIQ, CÁPSULAS ORALES, 125 MG/DÍA (100 MG X 1-25 MG X 1), 50 MG/DÍA (25 MG X 2)	1	PA; LA; QL (42/28); NDS
TRUSELTIQ, CÁPSULAS ORALES, 75 MG/DÍA (25 MG X 3)	1	PA; LA; QL (63/28); NDS
TUKYSA, COMPRIMIDOS ORALES, 150 MG	1	PA; LA; QL (120/30); NDS
TUKYSA, COMPRIMIDOS ORALES, 50 MG	1	PA; LA; QL (300/30); NDS
TURALIO	1	PA; LA; QL (120/30); NDS
UNITUXIN	1	PA; NDS
<i>valrubicina</i>	1	B/D PA
VECTIBIX	1	PA; NDS
VELCADE	1	PA; NDS
VENCLEXTA, COMPRIMIDOS ORALES, 10 MG	1	PA; LA; QL (60/30)
VENCLEXTA, COMPRIMIDOS ORALES, 100 MG	1	PA; LA; QL (120/30); NDS
VENCLEXTA, COMPRIMIDOS ORALES, 50 MG	1	PA; LA; QL (30/30); NDS
VENCLEXTA, PAQUETE INICIAL	1	PA; LA; QL (84/365); NDS
VERZENIO	1	PA; LA; QL (60/30); NDS
<i>vinblastina</i>	1	B/D PA
<i>vincasar pfs</i>	1	B/D PA
<i>vincristina</i>	1	B/D PA
<i>vinorelbina</i>	1	B/D PA
VITRAKVI, CÁPSULAS ORALES, 100 MG	1	PA; LA; QL (60/30); NDS
VITRAKVI, CÁPSULAS ORALES, 25 MG	1	PA; LA; QL (180/30); NDS
VITRAKVI, SOLUCIÓN ORAL	1	PA; LA; QL (300/30); NDS
VIZIMPRO	1	PA; QL (30/30); NDS

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
VONJO	1	PA; QL (120/30); NDS
VOTRIENT	1	PA; QL (120/30); NDS
VYXEOS	1	B/D PA; NDS
WELIREG	1	PA; LA; QL (90/30); NDS
XALKORI	1	PA; QL (60/30); NDS
XATMEP	1	PA
XOSPATA	1	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)	1	PA; LA; NDS
XTANDI, CÁPSULAS ORALES	1	PA; QL (120/30); NDS
XTANDI, COMPRIMIDOS ORALES, 40 MG	1	PA; QL (120/30); NDS
XTANDI, COMPRIMIDOS ORALES, 80 MG	1	PA; QL (60/30); NDS
YERVOY	1	PA; NDS
YONDELIS	1	PA; NDS
ZALTRAP	1	B/D PA
ZANOSAR	1	B/D PA
ZEJULA	1	PA; LA; QL (90/30); NDS
ZELBORAF	1	PA; QL (240/30); NDS
ZEPZELCA	1	PA; NDS
ZIRABEV	1	PA; NDS
ZOLADEX	1	B/D PA
ZOLINZA	1	PA; 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 11.

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
ZORTRESS, COMPRIMIDOS ORALES, 1 MG	1	B/D PA; NDS
ZYDELIG	1	PA; QL (60/30); NDS
ZYKADIA	1	PA; QL (90/30); NDS
ZYNLONTA	1	PA; NDS

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

ANTICONVULSIVOS

APTOM, COMPRIMIDOS ORALES, 200 MG	1	QL (180/30); NDS
APTOM, COMPRIMIDOS ORALES, 400 MG	1	QL (90/30); NDS
APTOM, COMPRIMIDOS ORALES, 600 MG, 800 MG	1	QL (60/30); NDS
BANZEL, SUSPENSIÓN ORAL	1	PA; NDS
BRIVIACT INTRAVENOSO	1	NDS
BRIVIACT, SOLUCIÓN ORAL	1	QL (600/30); NDS
BRIVIACT, COMPRIMIDOS ORALES	1	QL (60/30); NDS
<i>carbamazepina</i>	1	
CELONTIN, CÁPSULAS ORALES, 300 MG	1	
<i>clobazam, suspensión oral</i>	1	PA; QL (480/30)
<i>clobazam, comprimidos orales, 10 mg</i>	1	PA; QL (120/30)
<i>clobazam, comprimidos orales, 20 mg</i>	1	PA; QL (60/30)
<i>clonazepam, comprimidos orales, 0.5 mg, 1 mg</i>	1	QL (120/30)
<i>clonazepam, comprimidos orales, 2 mg</i>	1	QL (300/30)
<i>clonazepam, comprimidos de desintegración oral, 0.125 mg, 0.25 mg</i>	1	QL (90/30)

<i>clonazepam, comprimidos de desintegración oral, 0.5 mg, 1 mg</i>	1	QL (120/30)
<i>clonazepam, comprimidos de desintegración oral, 2 mg</i>	1	QL (300/30)
DIACOMIT	1	LA
<i>diazepam rectal</i>	1	
DILANTIN, 30 MG	1	
<i>divalproex</i>	1	
EPIDIOLEX	1	PA; LA; NDS
<i>epitol</i>	1	
EPRONTIA	1	PA; QL (480/30)
<i>etosuximida</i>	1	
<i>felbamato</i>	1	
FINTEPLA	1	PA; LA; QL (360/30); NDS
<i>fosfenitoína</i>	1	
FYCOMPA, SUSPENSIÓN ORAL	1	QL (720/30)
FYCOMPA, COMPRIMIDOS ORALES, 10 MG, 12 MG, 8 MG	1	QL (30/30); NDS
FYCOMPA, COMPRIMIDOS ORALES, 2 MG	1	QL (60/30)
FYCOMPA, COMPRIMIDOS ORALES, 4 MG, 6 MG	1	QL (60/30); NDS
<i>gabapentina, cápsulas orales, 100 mg, 300 mg</i>	1	QL (360/30)
<i>gabapentina, cápsulas orales, 400 mg</i>	1	QL (270/30)
<i>gabapentina, solución oral</i>	1	QL (2160/30)
<i>gabapentina, comprimidos orales, 600 mg</i>	1	QL (180/30)
<i>gabapentina, comprimidos orales, 800 mg</i>	1	QL (120/30)
<i>lacosamida intravenosa</i>	1	QL (1200/30)
<i>lacosamida, solución oral</i>	1	QL (1200/30); NDS

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

Cursiva minúscula = Medicamento genérico

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 11.

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>lacosamida, comprimidos orales, 100 mg, 150 mg, 200 mg</i>	1	QL (60/30)
<i>lacosamida, comprimidos orales, 50 mg</i>	1	QL (120/30)
<i>lamotrigina, comprimidos orales</i>	1	
<i>lamotrigina, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas</i>	1	
<i>lamotrigina, comprimidos orales masticables dispersables</i>	1	
<i>lamotrigina, comprimidos de desintegración oral</i>	1	
<i>levetiracetam en nacl (iso-osm.), infusión secundaria intravenosa, 1,000 mg/100 ml, 1,500 mg/100 ml, 500 mg/100 ml</i>	1	
<i>levetiracetam intravenoso</i>	1	
<i>levetiracetam oral</i>	1	
NAYZILAM	1	PA; QL (10/30); NDS
<i>oxcarbazepina</i>	1	
<i>fenobarbital, elixir oral</i>	1	PA; QL (1500/30)
<i>fenobarbital, comprimidos orales</i>	1	PA; QL (120/30)
<i>fenobarbital sódico, solución inyectable</i>	1	
<i>fenitoína, suspensión oral</i>	1	
<i>fenitoína, comprimidos orales masticables</i>	1	
<i>fenitoína sódica, liberación prolongada</i>	1	
<i>fenitoína sódica, solución intravenosa</i>	1	
<i>pregabalina, cápsulas orales, 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	1	QL (120/30)
<i>pregabalina, cápsulas orales, 200 mg</i>	1	QL (90/30)

<i>pregabalina, cápsulas orales, 225 mg, 300 mg</i>	1	QL (60/30)
<i>pregabalina, solución oral</i>	1	QL (900/30)
<i>pregabalina, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas, 165 mg, 82.5 mg</i>	1	QL (30/30)
<i>pregabalina, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas, 330 mg</i>	1	QL (60/30)
<i>primidona</i>	1	
<i>roweepra, comprimidos orales, 500 mg</i>	1	
RUFINAMIDE, SUSPENSIÓN ORAL	1	PA; NDS
<i>rufinamida, comprimidos orales</i>	1	PA
SPRITAM	1	
<i>subvenite</i>	1	
<i>subvenite, paquete inicial (azul)</i>	1	
<i>subvenite, paquete inicial (verde)</i>	1	
<i>subvenite, paquete inicial (naranja)</i>	1	
SYMPAZAN	1	PA; QL (60/30); NDS
<i>tiagabina</i>	1	
<i>topiramato, cápsulas orales, con gránulos</i>	1	PA
<i>topimarato, comprimidos orales</i>	1	PA
TROKENDI XR, CÁPSULAS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA, 24 HORAS, 100 MG, 25 MG, 50 MG	1	PA
TROKENDI XR, CÁPSULAS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA, 24 HORAS, 200 MG	1	PA; NDS
<i>valproato sódico</i>	1	
<i>ácido valproico</i>	1	
<i>ácido valproico (como sal sódica)</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 11.

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
VALTOCO	1	PA; QL (10/30); NDS
<i>vigabatrina</i>	1	PA; LA; QL (180/30); NDS
<i>vigadrone</i>	1	PA; LA; QL (180/30); NDS
VIMPAT INTRAVENOSO	1	QL (1200/30); NDS
VIMPAT, SOLUCIÓN ORAL	1	QL (1200/30); NDS
VIMPAT, COMPRIMIDOS ORALES, 100 MG, 150 MG, 200 MG	1	QL (60/30); NDS
VIMPAT, COMPRIMIDOS ORALES, 50 MG	1	QL (120/30)
XCOPRI, PAQUETE DE MANTENIMIENTO, COMPRIMIDOS ORALES, 250 MG/DÍA (150 MG X 1-100 MG X 1)	1	PA; NDS
XCOPRI, PAQUETE DE MANTENIMIENTO, COMPRIMIDOS ORALES, 350 MG/DÍA (200 MG X 1-150 MG X 1)	1	PA; QL (56/28); NDS
XCOPRI, COMPRIMIDOS ORALES, 100 MG	1	PA; NDS
XCOPRI, COMPRIMIDOS ORALES, 150 MG, 200 MG	1	PA; QL (60/30); NDS
XCOPRI, COMPRIMIDOS ORALES, 50 MG	1	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)	1	PA; QL (56/28)
XCOPRI, PAQUETE DE AJUSTE DE DOSIS, COMPRIMIDOS ORALES, PAQUETE DOSIFICADO, 50 MG (14)-100 MG (14)	1	PA; QL (56/365)
ZONISADE	1	PA; NDS
<i>zonisamida</i>	1	PA

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
ZTALMY	1	PA; QL (90/30); NDS
AGENTES ANTIPARKINSONIANOS		
<i>benzatropina inyectable</i>	1	
<i>benzatropina oral</i>	1	PA
<i>bromocriptina</i>	1	
<i>carbidopa</i>	1	
<i>carbidopa-levodopa, comprimidos orales</i>	1	
<i>carbidopa-levodopa, comprimidos orales, liberación prolongada</i>	1	
<i>carbidopa-levodopa, comprimidos de desintegración oral</i>	1	
<i>carbidopa-levodopa-entacapona</i>	1	
DHIVY	1	ST
<i>entacapona</i>	1	
KYNMOBI, PELÍCULA SUBLINGUAL, 10 MG, 15 MG, 20 MG, 25 MG, 30 MG	1	PA; QL (150/30); NDS
NEUPRO	1	
<i>pramipexol, comprimidos orales</i>	1	
<i>pramipexol, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas</i>	1	
<i>rasagilina</i>	1	
<i>ropinirol, comprimidos orales</i>	1	
RYTARY	1	ST
<i>clorhidrato de selegilina</i>	1	
<i>tolcapona</i>	1	NDS
<i>trihexifenidilo</i>	1	PA
TRATAMIENTO DE LA MIGRAÑA/CEFALEA EN RACIMOS		
AIMOVIG, AUTOINYECTOR	1	PA; QL (1/28)
AJOVY, AUTOINYECTOR	1	PA; QL (1.5/30)
AJOVY, JERINGA	1	PA; QL (1.5/30)
<i>dihidroergotamina nasal</i>	1	PA; QL (8/28); NDS

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

Cursiva minúscula = Medicamento genérico

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 11.

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>ergotamina-cafeína</i>	1	
<i>migergot</i>	1	NDS
<i>naratriptán</i>	1	QL (18/28)
NURTEC ODT	1	PA; QL (16/30)
<i>rizatriptán</i>	1	QL (36/28)
<i>sumatriptán, rociador nasal no aerosol, 20 mg/activación</i>	1	QL (18/28)
<i>sumatriptán, rociador nasal no aerosol, 5 mg/activación</i>	1	QL (36/28)
<i>succinato de sumatriptán oral</i>	1	QL (18/28)
<i>succinato de sumatriptán, subcutáneo en cartucho</i>	1	QL (8/28)
<i>succinato de sumatriptán, subcutáneo en lapicera</i>	1	QL (8/28)
<i>succinato de sumatriptán, solución subcutánea</i>	1	QL (8/28)

TRATAMIENTOS NEUROLÓGICOS VARIOS

ADLARITY	1	ST; QL (4/28)
AUSTEDO, COMPRIMIDOS ORALES, 12 MG, 9 MG	1	PA; LA; QL (120/30); NDS
AUSTEDO, COMPRIMIDOS ORALES, 6 MG	1	PA; LA; QL (60/30); NDS
COPAXONE, JERINGA SUBCUTÁNEA, 20 MG/ML	1	PA; QL (30/30); NDS
COPAXONE, JERINGA SUBCUTÁNEA, 40 MG/ML	1	PA; QL (12/28); NDS
<i>dalfampridina</i>	1	PA; QL (60/30)
<i>dimetilfumarato, cápsulas orales, liberación retardada (dr/ec), 120 mg (14)-240 mg (46)</i>	1	PA; QL (120/365); NDS
<i>dimetilfumarato, cápsulas orales, liberación retardada (dr/ec), 120 mg, 240 mg</i>	1	PA; QL (60/30); NDS
<i>donepezilo, comprimidos orales, 10 mg</i>	1	QL (60/30)
<i>donepezilo, comprimidos orales, 5 mg</i>	1	QL (30/30)
<i>donepezilo, comprimidos de desintegración oral, 10 mg</i>	1	QL (60/30)

<i>donepezilo, comprimidos de desintegración oral, 5 mg</i>	1	QL (30/30)
FIRDAPSE	1	PA; LA; NDS
<i>galantamina, cápsulas orales, píldoras de lib. prol., 24 horas</i>	1	QL (30/30)
<i>galantamina, solución oral</i>	1	QL (200/30)
<i>galantamina, comprimidos orales</i>	1	QL (60/30)
GILENYA, CÁPSULAS ORALES, 0.5 MG	1	PA; QL (30/30); NDS
INGREZZA	1	PA; LA; QL (30/30); NDS
INGREZZA, PAQUETE DE INICIACIÓN	1	PA; LA; QL (56/365); NDS
<i>memantina, cápsulas orales con gránulos, lib. prolongada, 24 horas</i>	1	PA
<i>memantina, solución oral</i>	1	PA; QL (300/30)
<i>memantina, comprimidos orales, 10 mg</i>	1	PA; QL (60/30)
<i>memantina, comprimidos orales, 5 mg</i>	1	PA; QL (90/30)
<i>memantina, comprimidos orales, paquete dosificado</i>	1	PA; QL (98/365)
NAMZARIC	1	PA
NUDEXTA	1	PA; NDS
OCREVUS	1	PA; NDS
<i>rivastigmina</i>	1	
<i>tartrato de rivastigmina</i>	1	QL (60/30)
<i>tetrabenazina, comprimidos orales, 12.5 mg</i>	1	PA; QL (240/30); NDS
<i>tetrabenazina, comprimidos orales, 25 mg</i>	1	PA; QL (120/30); NDS
TYSABRI	1	PA; NDS
VUMERITY	1	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 11.

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>baclofeno, comprimidos orales, 20 mg</i>	1	
<i>ciclobenzaprina, comprimidos orales, 10 mg, 5 mg</i>	1	PA
<i>dantroleno oral</i>	1	
<i>metocarbamol, comprimidos orales, 500 mg, 750 mg</i>	1	PA
<i>bromuro de piridostigmina, jarabe oral</i>	1	NDS
<i>bromuro de piridostigmina, comprimidos orales, 60 mg</i>	1	
<i>bromuro de piridostigmina, comprimidos orales, liberación prolongada</i>	1	
<i>regonol</i>	1	
<i>tizanidina, cápsulas orales</i>	1	
<i>tizanidina, comprimidos orales</i>	1	

ANALGÉSICOS NARCÓTICOS

<i>acetaminofeno-codeína, solución oral</i>	1	QL (4500/30); NDS
<i>acetaminofeno-codeína, comprimidos orales, 300-15 mg, 300-30 mg</i>	1	QL (360/30); NDS
<i>acetaminofeno-codeína, comprimidos orales, 300-60 mg</i>	1	QL (180/30); NDS
<i>clorhidrato de buprenorfina, inyectable</i>	1	NDS
<i>clorhidrato de buprenorfina sublingual</i>	1	PA
<i>BUPRENORPHINE, PARCHE TRANSDÉRMICO SEMANAL, 10 MCG/HORA, 15 MCG/HORA, 20 MCG/HORA, 5 MCG/HORA</i>	1	QL (4/28); NDS
<i>buprenorfina, parche transdérmico semanal, 7.5 mcg/hora</i>	1	QL (4/28); NDS
<i>endocet</i>	1	QL (360/30); NDS
<i>fentanilo</i>	1	QL (10/30); NDS

<i>citrato de fentanilo (pf), solución inyectable</i>	1	NDS
<i>FENTANYL CITRATE (PF), JERINGA INYECTABLE, 50 MCG/ML</i>	1	NDS
<i>citrato de fentanilo (pf), jeringa intravenosa, 100 mcg/2 ml (50 mcg/ml)</i>	1	NDS
<i>citrato de fentanilo, pastilla bucal con aplicador, 1,200 mcg, 1,600 mcg, 400 mcg, 600 mcg, 800 mcg</i>	1	PA; QL (120/30); NDS
<i>citrato de fentanilo, pastilla bucal con aplicador, 200 mcg</i>	1	PA; QL (120/30); NDS
<i>hidrocodona-acetaminofeno, solución oral, 7.5-325 mg/15 ml</i>	1	QL (5550/30); NDS
<i>HYDROCODONE-ACETAMINOPHEN, COMPRIMIDOS ORALES, 10-300 MG, 7.5-300 MG</i>	1	QL (390/30); NDS
<i>hidrocodona-acetaminofeno, comprimidos orales, 10-325 mg, 5-325 mg, 7.5-325 mg</i>	1	QL (360/30); NDS
<i>hidrocodona-ibuprofeno</i>	1	QL (50/30); NDS
<i>hidromorfona, líquido oral</i>	1	QL (2400/30); NDS
<i>hidromorfona, comprimidos orales</i>	1	QL (180/30); NDS
<i>INFUMORPH P/F</i>	1	B/D PA; NDS
<i>metadona, solución inyectable</i>	1	NDS
<i>metadona, concentrado oral</i>	1	QL (90/30); NDS
<i>metadona, solución oral, 10 mg/5 ml</i>	1	QL (600/30); NDS
<i>metadona, solución oral, 5 mg/5 ml</i>	1	QL (1200/30); NDS
<i>metadona, comprimidos orales, 10 mg</i>	1	QL (120/30); NDS
<i>metadona, comprimidos orales, 5 mg</i>	1	QL (240/30); NDS
<i>morfina (pf), solución inyectable, 0.5 mg/ml, 1 mg/ml</i>	1	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 11.

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>morfina, solución oral concentrada</i>	1	QL (900/30); NDS
MORPHINE, SOLUCIÓN INYECTABLE, 10 MG/ML, 2 MG/ML, 4 MG/ML, 5 MG/ML	1	NDS
<i>morfina, solución inyectable, 8 mg/ml</i>	1	NDS
MORPHINE, JERINGA INYECTABLE, 2 MG/ML, 4 MG/ML	1	NDS
<i>morfina, solución intravenosa, 10 mg/ml, 4 mg/ml, 8 mg/ml</i>	1	NDS
MORPHINE, JERINGA INTRAVENOSA, 10 MG/ML, 8 MG/ML	1	NDS
<i>morfina, jeringa intravenosa, 2 mg/ml, 4 mg/ml</i>	1	NDS
<i>morfina, solución oral</i>	1	QL (900/30); NDS
MORPHINE, COMPRIMIDOS ORALES	1	QL (180/30); NDS
<i>morfina, comprimidos orales, liberación prolongada</i>	1	QL (120/30); NDS
<i>oxicodona, concentrado oral</i>	1	QL (180/30); NDS
<i>oxicodona, solución oral</i>	1	QL (1200/30); NDS
OXICODONE, JERINGA ORAL	1	QL (180/30); NDS
<i>oxicodona, comprimidos orales, 10 mg, 15 mg, 20 mg, 30 mg</i>	1	QL (180/30); NDS
<i>oxicodona, comprimidos orales, 5 mg</i>	1	QL (360/30); NDS
<i>oxicodona-acetaminofeno, comprimidos orales, 10-325 mg, 2.5-325 mg, 5-325 mg, 7.5-325 mg</i>	1	QL (360/30); NDS
<i>oximorfona, comprimidos orales, liberación prolongada, 12 horas</i>	1	QL (90/30); NDS
XTAMPZA ER	1	QL (90/30); NDS
ANALGÉSICOS NO NARCÓTICOS		
<i>buprenorfina-naloxona, película sublingual, 12-3 mg</i>	1	QL (60/30)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>buprenorfina-naloxona, película sublingual, 2-0.5 mg</i>	1	QL (360/30)
<i>buprenorfina-naloxona, película sublingual, 4-1 mg, 8-2 mg</i>	1	QL (90/30)
<i>buprenorfina-naloxona, comprimidos sublinguales, 2-0.5 mg</i>	1	QL (360/30)
<i>buprenorfina-naloxona, comprimidos sublinguales, 8-2 mg</i>	1	QL (90/30)
<i>butorfanol nasal</i>	1	QL (10/28); NDS
<i>celecoxib</i>	1	QL (60/30)
<i>diclofenaco potásico, comprimidos orales, 50 mg</i>	1	
<i>diclofenaco sódico oral</i>	1	
<i>diclofenaco sódico, gotas tópicas</i>	1	QL (300/28)
<i>diclofenaco sódico, gel tópico al 1%</i>	1	QL (1000/28)
<i>diflunisal</i>	1	
<i>ec-naproxeno</i>	1	
<i>etodolaco</i>	1	
<i>flurbiprofeno, comprimidos orales, 100 mg</i>	1	
<i>ibu</i>	1	
<i>ibuprofeno, suspensión oral</i>	1	
<i>ibuprofeno, comprimidos orales, 400 mg, 600 mg, 800 mg</i>	1	
KLOXXADO	1	
<i>meloxicam, comprimidos orales, 15 mg</i>	1	
<i>meloxicam, comprimidos orales, 7.5 mg</i>	1	QL (60/30)
<i>nabumetona</i>	1	
<i>naloxona, solución inyectable</i>	1	
<i>naloxona, jeringa inyectable, 1 mg/ml</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 11.

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>naloxona nasal</i>	1	
<i>naltrexona</i>	1	
<i>naproxeno, suspensión oral</i>	1	
<i>naproxeno, comprimidos orales</i>	1	
<i>naproxeno, comprimidos orales, liberación retardada (dr/ec)</i>	1	
<i>naproxeno sódico, comprimidos orales, 275 mg, 550 mg</i>	1	
NARCAN	1	
<i>oxaprozina</i>	1	
<i>salsalato</i>	1	
<i>sulindaco</i>	1	
<i>tramadol, comprimidos orales, 50 mg</i>	1	QL (240/30); NDS
<i>tramadol-acetaminofeno</i>	1	QL (240/30); NDS
VIVITROL	1	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	1	QL (30/30)
ZUBSOLV, COMPRIMIDOS SUBLINGUALES, 8.6-2.1 MG	1	QL (60/30)
MEDICAMENTOS PSICOTERAPÉUTICOS		
ABILIFY MAINTENA	1	QL (1/28); NDS
<i>alprazolam, comprimidos orales, 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg</i>	1	QL (120/30)
<i>alprazolam, comprimidos orales, 2 mg</i>	1	QL (150/30)
<i>alprazolam, comprimidos de desintegración oral, 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg</i>	1	QL (90/30)
<i>alprazolam, comprimidos de desintegración oral, 2 mg</i>	1	QL (150/30)
<i>amitriptilina</i>	1	
<i>amoxapina</i>	1	
<i>aripiprazol, solución oral</i>	1	
<i>aripiprazol, comprimidos orales, 10 mg, 15 mg, 2 mg, 5 mg</i>	1	QL (60/30)

<i>aripiprazol, comprimidos orales, 20 mg, 30 mg</i>	1	QL (30/30)
<i>aripiprazol, comprimidos de desintegración oral</i>	1	QL (60/30)
ARISTADA INITIO	1	QL (4.8/365); NDS
ARISTADA, SUSPENSIÓN INTRAMUSCULAR, LIBERACIÓN PROLONGADA, JERINGA, 1,064 MG/3.9 ML	1	QL (3.9/56); NDS
ARISTADA, SUSPENSIÓN INTRAMUSCULAR, LIBERACIÓN PROLONGADA, JERINGA, 441 MG/1.6 ML	1	QL (1.6/28); NDS
ARISTADA, SUSPENSIÓN INTRAMUSCULAR, LIBERACIÓN PROLONGADA, JERINGA, 662 MG/2.4 ML	1	QL (2.4/28); NDS
ARISTADA, SUSPENSIÓN INTRAMUSCULAR, LIBERACIÓN PROLONGADA, JERINGA, 882 MG/3.2 ML	1	QL (3.2/28); NDS
<i>armodafinil</i>	1	PA; QL (30/30)
<i>maleato de asenapina, comprimidos sublinguales, 10 mg, 2.5 mg</i>	1	QL (60/30)
<i>maleato de asenapina, comprimidos sublinguales, 5 mg</i>	1	QL (90/30)
<i>atomoxetina, cápsulas orales, 10 mg, 18 mg, 25 mg, 40 mg</i>	1	QL (60/30)
<i>atomoxetina, cápsulas orales, 100 mg, 60 mg, 80 mg</i>	1	QL (30/30)
BELSOMRA	1	QL (30/30)
<i>clorhidrato de bupropión, comprimidos orales, 100 mg</i>	1	QL (120/30)
<i>clorhidrato de bupropión, comprimidos orales, 75 mg</i>	1	QL (180/30)
<i>clorhidrato de bupropión, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas, 150 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 11.

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>clorhidrato de bupropión, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas, 300 mg</i>	1	QL (30/30)
<i>clorhidrato de bupropión, comprimidos orales, liberación sostenida, 12 horas, 100 mg</i>	1	QL (120/30)
<i>clorhidrato de bupropión, comprimidos orales, liberación sostenida, 12 horas, 150 mg, 200 mg</i>	1	QL (60/30)
<i>buspirona</i>	1	
CAPLYTA	1	QL (30/30); NDS
<i>clorpromazina inyectable</i>	1	
<i>clorpromazina oral</i>	1	
<i>citalopram, solución oral</i>	1	
<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>	1	
<i>clorazepato dipotásico, comprimidos orales, 15 mg</i>	1	QL (180/30)
<i>clorazepato dipotásico, comprimidos orales, 3.75 mg</i>	1	QL (90/30)
<i>clorazepato dipotásico, comprimidos orales, 7.5 mg</i>	1	QL (360/30)
<i>clozapina, comprimidos orales</i>	1	
<i>clozapina, comprimidos de desintegración oral</i>	1	
DAYVIGO	1	QL (30/30)
<i>desipramina</i>	1	
<i>succinato de desvenlafaxina, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas, 100 mg</i>	1	QL (120/30)
<i>succinato de desvenlafaxina, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas, 25 mg</i>	1	QL (60/30)
<i>succinato de desvenlafaxina, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas, 50 mg</i>	1	QL (90/30)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>dexmetilfenidato, comprimidos orales</i>	1	
<i>sulfato de dextroanfetamina, cápsulas orales, liberación prolongada</i>	1	
<i>sulfato de dextroanfetamina, solución oral</i>	1	QL (1800/30)
<i>sulfato de dextroanfetamina, comprimidos orales</i>	1	
<i>dextroanfetamina-anfetamina, cápsulas orales, liberación prolongada, 24 horas</i>	1	QL (60/30)
<i>dextroanfetamina-anfetamina, comprimidos orales, 10 mg</i>	1	QL (180/30)
<i>dextroanfetamina-anfetamina, comprimidos orales, 12.5 mg, 30 mg, 7.5 mg</i>	1	QL (60/30)
<i>dextroanfetamina-anfetamina, comprimidos orales, 15 mg</i>	1	QL (120/30)
<i>dextroanfetamina-anfetamina, comprimidos orales, 20 mg</i>	1	QL (90/30)
<i>dextroanfetamina-anfetamina, comprimidos orales, 5 mg</i>	1	QL (360/30)
<i>diazepam inyectable</i>	1	
<i>diazepam, intenosol</i>	1	QL (360/30)
<i>diazepam, concentrado oral</i>	1	QL (360/30)
<i>diazepam, solución oral</i>	1	QL (1800/30)
<i>diazepam, comprimidos orales</i>	1	QL (180/30)
<i>doxepina, cápsulas orales</i>	1	
<i>doxepina, concentrado oral</i>	1	
DRIZALMA, CÁPSULAS ORALES CON GRÁNULOS, LIB. RETARDADA, 20 MG, 60 MG	1	QL (60/30)
DRIZALMA, CÁPSULAS ORALES CON GRÁNULOS, LIB. RETARDADA, 30 MG	1	QL (120/30)
DRIZALMA, CÁPSULAS ORALES CON GRÁNULOS, LIB. RETARDADA, 40 MG	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 11.

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>	1	QL (60/30)
<i>duloxetina, cápsulas orales, liberación retardada (dr/ec), 30 mg</i>	1	QL (120/30)
EMSAM	1	QL (30/30); NDS
<i>oxalato de escitalopram, solución oral</i>	1	QL (600/30)
<i>oxalato de escitalopram, comprimidos orales, 10 mg, 5 mg</i>	1	QL (60/30)
<i>oxalato de escitalopram, comprimidos orales, 20 mg</i>	1	QL (30/30)
FANAPT, COMPRIMIDOS ORALES, 1 MG, 2 MG, 4 MG	1	PA; QL (60/30)
FANAPT, COMPRIMIDOS ORALES, 10 MG, 12 MG, 6 MG	1	PA; QL (60/30); NDS
FANAPT, COMPRIMIDOS ORALES, 8 MG	1	PA; QL (90/30); NDS
FANAPT, COMPRIMIDOS ORALES, PAQUETE DOSIFICADO	1	PA; QL (16/365)
FETZIMA, CÁPSULAS ORALES, LIB. PROL., 24 HORAS, PAQUETE DOSIFICADO	1	ST; QL (56/365)
FETZIMA, CÁPSULAS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA, 24 HORAS	1	ST; QL (30/30)
<i>fluoxetina (trastorno disfórico premenstrual), comprimidos orales, 10 mg</i>	1	QL (120/30)
<i>fluoxetina (trastorno disfórico premenstrual), comprimidos orales, 20 mg</i>	1	
<i>fluoxetina, cápsulas orales, 10 mg</i>	1	QL (120/30)
<i>fluoxetina, cápsulas orales, 20 mg</i>	1	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>fluoxetina, cápsulas orales, 40 mg</i>	1	QL (90/30)
<i>fluoxetina, cápsulas orales, liberación retardada (dr/ec)</i>	1	QL (4/28)
<i>fluoxetina, solución oral</i>	1	
<i>fluoxetina, comprimidos orales, 10 mg</i>	1	QL (120/30)
<i>fluoxetina, comprimidos orales, 20 mg</i>	1	
<i>decanoato de flufenazina</i>	1	
<i>clorhidrato de flufenazina inyectable</i>	1	
<i>clorhidrato de flufenazina, concentrado oral</i>	1	
<i>clorhidrato de flufenazina, elixir oral</i>	1	
<i>clorhidrato de flufenazina, comprimidos orales</i>	1	
<i>fluvoxamina, comprimidos orales, 100 mg, 25 mg</i>	1	QL (90/30)
<i>fluvoxamina, comprimidos orales, 50 mg</i>	1	QL (120/30)
<i>guanfacina, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas</i>	1	QL (30/30)
<i>decanoato de haloperidol</i>	1	
<i>lactato de haloperidol inyectable</i>	1	
<i>lactato de haloperidol oral</i>	1	
<i>haloperidol, comprimidos orales, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 5 mg</i>	1	
<i>haloperidol, comprimidos orales, 10 mg, 20 mg</i>	1	
HETLIOZ	1	PA; QL (30/30); NDS
<i>clorhidrato de imipramina</i>	1	
INVEGA HAFYERA, JERINGA INTRAMUSCULAR, 1,092 MG/3.5 ML	1	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 11.

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
INVEGA HAFYERA, JERINGA INTRAMUSCULAR, 1,560 MG/5 ML	1	QL (5/180); NDS
INVEGA SUSTENNA, JERINGA INTRAMUSCULAR, 117 MG/0.75 ML	1	QL (0.75/28); NDS
INVEGA SUSTENNA, JERINGA INTRAMUSCULAR, 156 MG/ML	1	QL (1/28); NDS
INVEGA SUSTENNA, JERINGA INTRAMUSCULAR, 234 MG/1.5 ML	1	QL (1.5/28); NDS
INVEGA SUSTENNA, JERINGA INTRAMUSCULAR, 39 MG/0.25 ML	1	QL (0.25/28)
INVEGA SUSTENNA, JERINGA INTRAMUSCULAR, 78 MG/0.5 ML	1	QL (0.5/28); NDS
INVEGA TRINZA, JERINGA INTRAMUSCULAR, 273 MG/0.88 ML	1	QL (0.88/90)
INVEGA TRINZA, JERINGA INTRAMUSCULAR, 410 MG/1.32 ML	1	QL (1.32/90)
INVEGA TRINZA, JERINGA INTRAMUSCULAR, 546 MG/1.75 ML	1	QL (1.75/90)
INVEGA TRINZA, JERINGA INTRAMUSCULAR, 819 MG/2.63 ML	1	QL (2.63/90)
LATUDA, COMPRIMIDOS ORALES, 120 MG, 20 MG, 40 MG, 60 MG	1	QL (30/30); NDS
LATUDA, COMPRIMIDOS ORALES, 80 MG	1	QL (60/30); NDS
<i>carbonato de litio</i>	1	
<i>lorazepam, solución inyectable</i>	1	
<i>lorazepam, jeringa inyectable, 2 mg/ml</i>	1	
<i>lorazepam, intensol</i>	1	QL (150/30)
<i>lorazepam, concentrado oral</i>	1	QL (150/30)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>lorazepam, jeringa oral</i>	1	QL (150/30)
<i>lorazepam, comprimidos orales, 0.5 mg, 1 mg</i>	1	QL (90/30)
<i>lorazepam, comprimidos orales, 2 mg</i>	1	QL (150/30)
<i>succinato de loxapina</i>	1	
LYBALVI	1	PA; QL (30/30); NDS
MARPLAN	1	QL (180/30)
<i>metadate, liberación prolongada</i>	1	
<i>clorhidrato de metilfenidato, comprimidos orales</i>	1	QL (90/30)
<i>clorhidrato de metilfenidato, comprimidos orales, liberación prolongada</i>	1	
<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>	1	
<i>mirtazapina, comprimidos orales</i>	1	
<i>mirtazapina, comprimidos de desintegración oral</i>	1	QL (30/30)
<i>modafinil, comprimidos orales, 100 mg</i>	1	PA; QL (30/30)
<i>modafinil, comprimidos orales, 200 mg</i>	1	PA; QL (60/30)
<i>molindona</i>	1	
<i>nefazodona</i>	1	
<i>nortriptilina, cápsulas orales</i>	1	
<i>nortriptilina, solución oral</i>	1	
NUPLAZID	1	PA; QL (30/30); NDS
<i>olanzapina intramuscular</i>	1	QL (30/30)
<i>olanzapina, comprimidos orales, 10 mg, 2.5 mg, 5 mg, 7.5 mg</i>	1	QL (60/30)

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

Cursiva minúscula = Medicamento genérico

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 11.

Medicamentos cubiertos por categoría

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
quetiapina, comprimidos orales, 150 mg, 200 mg	1	QL (90/30)
quetiapina, comprimidos orales, 300 mg, 400 mg	1	QL (60/30)
quetiapina, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas, 150 mg, 200 mg	1	QL (30/30)
quetiapina, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas, 300 mg, 400 mg, 50 mg	1	QL (60/30)
ramelteón	1	QL (30/30)
REXULTI	1	QL (30/30); NDS
RISPERDAL CONSTA, SUSPENSIÓN INTRAMUSCULAR, RECONST. DE LIB. PROLONGADA, 12.5 MG/2 ML	1	QL (2/28)
RISPERDAL CONSTA, SUSPENSIÓN INTRAMUSCULAR, RECONST. DE LIB. PROLONGADA, 25 MG/2 ML, 37.5 MG/2 ML, 50 MG/2 ML	1	QL (2/28); NDS
risperidona, solución oral	1	
risperidona, jeringa oral	1	
risperidona, comprimidos orales, 0.25 mg, 0.5 mg, 4 mg	1	QL (120/30)
risperidona, comprimidos orales, 1 mg	1	QL (180/30)
risperidona, comprimidos orales, 2 mg	1	QL (90/30)
risperidona, comprimidos orales, 3 mg	1	QL (60/30)
risperidona, comprimidos de desintegración oral, 0.25 mg, 0.5 mg, 4 mg	1	QL (120/30)
risperidona, comprimidos de desintegración oral, 1 mg	1	QL (180/30)
risperidona, comprimidos de desintegración oral, 2 mg	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 11.

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>risperidona, comprimidos de desintegración oral, 3 mg</i>	1	QL (60/30)
SECUADO	1	QL (30/30); NDS
<i>sertralina, concentrado oral</i>	1	
<i>sertralina, comprimidos orales</i>	1	QL (60/30)
<i>temazepam, cápsulas orales, 15 mg, 30 mg</i>	1	QL (60/365)
<i>tioridazina</i>	1	
<i>tiotixeno</i>	1	
<i>tranilcipromina</i>	1	
<i>trazodona</i>	1	
<i>trifluoperazina</i>	1	
<i>trimipramina</i>	1	
TRINTELLIX	1	ST; QL (30/30)
<i>venlafaxina, cápsulas orales, liberación prolongada, 24 horas, 150 mg, 37.5 mg</i>	1	QL (60/30)
<i>venlafaxina, cápsulas orales, liberación prolongada, 24 horas, 75 mg</i>	1	QL (90/30)
<i>venlafaxina, comprimidos orales, 100 mg, 25 mg, 37.5 mg</i>	1	QL (90/30)
<i>venlafaxina, comprimidos orales, 50 mg, 75 mg</i>	1	QL (120/30)
VERSACLOZ	1	NDS
VIIBRYD, COMPRIMIDOS ORALES	1	ST; QL (30/30)
VIIBRYD, COMPRIMIDOS ORALES, PAQUETE DOSIFICADO, 10 MG (7), 20 MG (23)	1	ST; QL (60/365)
<i>vilazodona</i>	1	ST; QL (30/30)
VRAYLAR, CÁPSULAS ORALES	1	PA; QL (30/30); NDS
VRAYLAR, CÁPSULAS ORALES, PAQUETE DOSIFICADO	1	PA; QL (14/365)
XYREM	1	PA; LA; QL (540/30); NDS

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>zaleplon, cápsulas orales, 10 mg</i>	1	QL (60/30)
<i>zaleplon, cápsulas orales, 5 mg</i>	1	QL (30/30)
<i>clorhidrato de ziprasidona, cápsulas orales, 20 mg</i>	1	QL (180/30)
<i>clorhidrato de ziprasidona, cápsulas orales, 40 mg</i>	1	QL (120/30)
<i>clorhidrato de ziprasidona, cápsulas orales, 60 mg, 80 mg</i>	1	QL (60/30)
<i>mesilato de ziprasidona</i>	1	QL (6/30)
<i>zolpidem, comprimidos orales</i>	1	QL (30/30)
ZYPREXA RELPREVV, SUSPENSIÓN INTRAMUSCULAR PARA RECONSTITUCIÓN, 210 MG	1	PA; QL (2/28)
ZYPREXA RELPREVV, SUSPENSIÓN INTRAMUSCULAR PARA RECONSTITUCIÓN, 300 MG	1	PA; QL (2/28); NDS
ZYPREXA RELPREVV, SUSPENSIÓN INTRAMUSCULAR PARA RECONSTITUCIÓN, 405 MG	1	PA; QL (1/28); NDS

CARDIOVASCULARES, HIPERTENSIÓN/LÍPIDOS

AGENTES ANTIARRÍTMICOS

<i>amiodarona, solución intravenosa</i>	1	B/D PA
<i>amiodarona oral</i>	1	
<i>dofetilida</i>	1	
<i>flecainida</i>	1	
<i>lidocaína (pf), intravenosa</i>	1	
<i>mexiletina</i>	1	
<i>pacerona, comprimidos orales, 100 mg, 200 mg, 400 mg</i>	1	
<i>propafenona, cápsulas orales, liberación prolongada, 12 horas</i>	1	
<i>propafenona, comprimidos orales</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 11.

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>sulfato de quinidina, comprimidos orales</i>	1	
<i>sorine</i>	1	
<i>sotalol af</i>	1	
<i>sotalol oral</i>	1	
SOTYLIZE	1	
TRATAMIENTO ANTIHIPERTENSIVO		
<i>acebutolol</i>	1	
<i>aliskireno</i>	1	
<i>amilorida</i>	1	
<i>amilorida-hidroclorotiazida</i>	1	
<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>	1	
BIDIL	1	QL (180/30)
<i>fumarato de bisoprolol</i>	1	
<i>bisoprolol-hidroclorotiazida</i>	1	
<i>bumetanida inyectable</i>	1	
<i>bumetanida oral</i>	1	
<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	1	
<i>cartia xt</i>	1	
<i>carvedilol</i>	1	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>fosfato de carvedilol</i>	1	
<i>clorotiazida sódica</i>	1	
<i>clortalidona, comprimidos orales, 25 mg, 50 mg</i>	1	
<i>clonidina</i>	1	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>	1	
<i>clorhidrato de diltiazem intravenoso</i>	1	
<i>clorhidrato de diltiazem, cápsulas orales, liberación prolongada, 24 horas, degradable</i>	1	
<i>clorhidrato de diltiazem, cápsulas orales, liberación prolongada, 12 horas</i>	1	
<i>clorhidrato de diltiazem, cápsulas orales, liberación prolongada, 24 horas, 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg, 420 mg</i>	1	
<i>clorhidrato de diltiazem, cápsulas orales, liberación prolongada, 24 horas, 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg</i>	1	
<i>clorhidrato de diltiazem, comprimidos orales</i>	1	
<i>clorhidrato de diltiazem, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas</i>	1	
<i>dilt-xr</i>	1	
<i>doxazosina, comprimidos orales, 1 mg, 2 mg, 4 mg</i>	1	QL (30/30)
<i>doxazosina, comprimidos orales, 8 mg</i>	1	QL (60/30)
EDARBI	1	
EDARBYCLOR	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 11.

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>maleato de enalapril, comprimidos orales</i>	1	
<i>enalapril-hidroclorotiazida</i>	1	
<i>etacrinato sódico</i>	1	
<i>felodipina</i>	1	
<i>fosinopril</i>	1	
<i>fosinopril-hidroclorotiazida</i>	1	
<i>furosemida inyectable</i>	1	
<i>furosemida, solución oral, 10 mg/ml, 40 mg/5 ml (8 mg/ml)</i>	1	
FUROSEMIDE, SOLUCIÓN ORAL, 40 MG/4 ML	1	
<i>furosemida, comprimidos orales</i>	1	
<i>hidralazina inyectable</i>	1	
<i>hidralazina oral</i>	1	
<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>	1	
KERENDIA	1	PA; QL (30/30)
<i>labetalol oral</i>	1	
<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>	1	
<i>metildopa</i>	1	
<i>metolazona</i>	1	
<i>succinato de metoprolol</i>	1	
<i>tartrato de metoprolol-hidroclorotiazida</i>	1	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>tartrato de metoprolol oral</i>	1	
<i>metirosina</i>	1	PA; NDS
<i>minoxidil oral</i>	1	
<i>moexipril</i>	1	
<i>nadolol</i>	1	
<i>nebivolol</i>	1	
<i>nicardipina, solución intravenosa</i>	1	
<i>nicardipina oral</i>	1	
<i>nifedipina, comprimidos orales, liberación prolongada</i>	1	
<i>nifedipina, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas</i>	1	
<i>nimodipina</i>	1	
<i>nisoldipina</i>	1	
<i>olmesartán</i>	1	
<i>olmesartán-amlodipina-hidroclorotiazida</i>	1	
<i>olmesartán-hidroclorotiazida</i>	1	
<i>perindopril erbumina</i>	1	
<i>fenoxibenzamina</i>	1	NDS
<i>pindolol</i>	1	
<i>prazosina</i>	1	
<i>propranolol, cápsulas orales, liberación prolongada, 24 horas</i>	1	
<i>propranolol, solución oral</i>	1	
<i>propranolol, comprimidos orales</i>	1	
<i>propranolol-hidroclorotiazida</i>	1	
<i>quinapril</i>	1	
<i>quinapril-hidroclorotiazida</i>	1	
<i>ramipril</i>	1	
<i>espironolactona</i>	1	
<i>espironolactona-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 11.

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>taztia xt, cápsulas orales, liberación prolongada, 24 horas, 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg</i>	1	
TEKTURNA HCT	1	
telmisartán	1	
telmisartán-amlodipina	1	
telmisartán-hidroclorotiazida	1	
terazosina, cápsulas orales, 1 mg, 2 mg, 5 mg	1	QL (30/30)
terazosina, cápsulas orales, 10 mg	1	QL (60/30)
tiadylt, liberación prolongada	1	
maleato de timolol oral	1	
torsemina oral	1	
trandolapril	1	
triamtereno-hidroclorotiazida	1	
UPTRAVI, ORAL	1	PA; LA; NDS
valsartán, comprimidos orales, 160 mg, 40 mg, 80 mg	1	QL (60/30)
valsartán, comprimidos orales, 320 mg	1	QL (30/30)
valsartán-hidroclorotiazida	1	QL (30/30)
verapamilo, solución intravenosa	1	
verapamilo, cápsulas orales, píldoras ct de lib. prol., 24 horas	1	
verapamilo, cápsulas orales, píldoras de lib. prol., 24 horas, 120 mg, 180 mg, 240 mg	1	
VERAPAMIL, CÁPSULAS ORALES, PÍLDORAS DE LIB. PROL., 24 HORAS, 360 MG	1	
verapamilo, comprimidos orales	1	
verapamilo, comprimidos orales, liberación prolongada	1	
TRATAMIENTO DE COAGULACIÓN		
ácido aminocaproico oral	1	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>aspirina-dipiridamol</i>	1	
BRILINTA	1	QL (60/30)
<i>cilostazol</i>	1	
<i>clopidogrel, comprimidos orales, 300 mg</i>	1	
<i>clopidogrel, comprimidos orales, 75 mg</i>	1	QL (30/30)
<i>etexilato de dabigatrán</i>	1	
<i>dipiridamol oral</i>	1	
DOPTLET (PAQUETE DE 10 COMPRIMIDOS)	1	PA; NDS
DOPTLET (PAQUETE DE 15 COMPRIMIDOS)	1	PA; LA; NDS
DOPTLET (PAQUETE DE 30 COMPRIMIDOS)	1	PA; LA; NDS
ELIQUIS	1	
ELIQUIS, TRATAMIENTO INICIAL PARA TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA/ EMBOLIA PULMONAR, 30 DÍAS	1	
<i>enoxaparina</i>	1	
<i>fondaparinux, jeringa subcutánea, 10 mg/0.8 ml, 5 mg/0.4 ml, 7.5 mg/0.6 ml</i>	1	NDS
<i>fondaparinux, jeringa subcutánea, 2.5 mg/0.5 ml</i>	1	
<i>heparina (porcina) en dext. al 5%</i>	1	
<i>heparina (porcina) en nacl (pf)</i>	1	
<i>heparina (porcina), solución inyectable</i>	1	
HEPARIN (PORCINA), JERINGA INYECTABLE, 5,000 UNIDADES/ML	1	
<i>heparina (porcina) en nacl al 0.45%, solución parenteral, intravenosa, 25,000 unidades/250 ml, 25,000 unidades/500 ml</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 11.

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>heparina, porcina (pf), jeringa inyectable</i>	1	
<i>jantoven</i>	1	
<i>pentoxifilina</i>	1	
PRADAXA	1	
PRASUGREL	1	
PROMACTA, PAQUETE DE POLVO ORAL, 12.5 MG	1	PA; LA; QL (360/30); NDS
PROMACTA, PAQUETE DE POLVO ORAL, 25 MG	1	PA; LA; QL (180/30); NDS
PROMACTA, COMPRIMIDOS ORALES, 12.5 MG, 25 MG, 50 MG	1	PA; LA; QL (30/30); NDS
PROMACTA, COMPRIMIDOS ORALES, 75 MG	1	PA; LA; QL (60/30); NDS
<i>warfarina</i>	1	
XARELTO	1	
XARELTO, TRATAMIENTO INICIAL PARA TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA/ EMBOLIA PULMONAR, 30 DÍAS	1	
AGENTES PARA REDUCIR LOS LÍPIDOS/EL COLESTEROL		
<i>atorvastatina</i>	1	QL (30/30)
<i>colestiramina (con azúcar)</i>	1	
<i>colestiramina suave</i>	1	
<i>colestiramina-aspartamo</i>	1	
<i>colesevelam</i>	1	
<i>colestipol, gránulos orales</i>	1	
<i>colestipol, paquete oral</i>	1	
<i>colestipol, comprimidos orales</i>	1	
<i>ezetimiba</i>	1	QL (30/30)
<i>ezetimiba-simvastatina</i>	1	QL (30/30)
<i>fenofibrato, cápsulas orales micronizadas, 134 mg, 200 mg, 67 mg</i>	1	
<i>fenofibrato nanocristalizado</i>	1	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>fenofibrato, comprimidos orales, 160 mg, 54 mg</i>	1	
<i>ácido fenofíbrico (colina)</i>	1	
<i>fluvastatina, cápsulas orales, 20 mg</i>	1	QL (30/30)
<i>fluvastatina, cápsulas orales, 40 mg</i>	1	QL (60/30)
<i>fluvastatina, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas</i>	1	QL (30/30)
<i>gemfibrozil</i>	1	
LIVALO	1	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	1	PA; QL (30/30)
NEXLIZET	1	PA; QL (30/30)
<i>niacina, comprimidos orales, 500 mg</i>	1	
<i>niacina, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas</i>	1	
<i>niacor</i>	1	
<i>ésteres etílicos de los ácidos omega 3</i>	1	
<i>pravastatina</i>	1	QL (30/30)
<i>prevalite</i>	1	
REPATHA	1	PA; QL (3/28)
REPATHA PUSHTRONEX	1	PA; QL (3.5/28)
REPATHA SURECLICK	1	PA; QL (3/28)
<i>rosuvastatina</i>	1	QL (30/30)
<i>simvastatina, comprimidos orales</i>	1	QL (30/30)
VASCEPA	1	
AGENTES CARDIOVASCULARES VARIOS		
CORLANOR, COMPRIMIDOS ORALES	1	PA; QL (60/30)
<i>digitek</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 11.

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>digoxina, solución inyectable</i>	1	
<i>digoxina, solución oral</i>	1	
<i>digoxina, comprimidos orales, 125 mcg (0.125 mg), 250 mcg (0.25 mg), 62.5 mcg (0.0625 mg)</i>	1	
<i>digoxina, comprimidos orales, 62.5 mcg (0.0625 mg)</i>	1	
ENTRESTO	1	QL (60/30)
LANOXIN, COMPRIMIDOS ORALES, 62.5 MCG (0.0625 MG)	1	
LANOXIN, PEDIÁTRICO	1	
<i>ranolazina</i>	1	QL (60/30)
VYNDAMAX	1	PA; NDS
VYNDAQEL	1	PA; NDS
NITRATOS		
<i>dinitrato de isosorbida, comprimidos orales</i>	1	
<i>mononitrato de isosorbida</i>	1	
<i>isosorbida-hidralazina</i>	1	QL (180/30)
<i>nitroglicerina intravenosa</i>	1	B/D PA
<i>nitroglicerina sublingual</i>	1	
<i>nitroglicerina, parche transdérmico, 24 horas</i>	1	
<i>nitroglicerina, translingual</i>	1	
PRODUCTOS DERMATOLÓGICOS/TRATAMIENTO TÓPICO		
ANTIPSORIÁSICOS/ANTISEBORREICOS		
<i>acitretina</i>	1	PA
<i>calcipotrieno, cuero cabelludo</i>	1	QL (120/30)
<i>calcipotrieno, crema tópica</i>	1	QL (120/30)
<i>calcipotrieno, pomada tópica</i>	1	QL (120/30)
<i>calcitriol tópico</i>	1	
<i>sulfuro de selenio, loción tópica</i>	1	
SKYRIZI, INTRAVENOSO	1	PA; QL (1/28); NDS

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
SKYRIZI, LAPICERA PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA	1	PA; QL (1/28); NDS
SKYRIZI, JERINGA SUBCUTÁNEA, 150 MG/ML	1	PA; QL (1/28); NDS
SKYRIZI, KIT DE JERINGA SUBCUTÁNEA	1	PA; QL (2/28); NDS
STELARA, SOLUCIÓN SUBCUTÁNEA	1	PA; QL (0.5/28); NDS
STELARA, JERINGA SUBCUTÁNEA, 45 MG/0.5 ML	1	PA; QL (0.5/28); NDS
STELARA, JERINGA SUBCUTÁNEA, 90 MG/ML	1	PA; QL (1/28); NDS
TALTZ, JERINGA	1	PA; QL (4/28); NDS
PRODUCTOS DERMATOLÓGICOS VARIOS		
<i>lactato de amonio</i>	1	
DUPIXENT, LAPICERA PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA, 200 MG/1.14 ML	1	PA; QL (4.56/28); NDS
DUPIXENT, LAPICERA PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA, 300 MG/2 ML	1	PA; QL (8/28); NDS
DUPIXENT, JERINGA SUBCUTÁNEA, 100 MG/0.67 ML	1	PA; QL (1.34/28); NDS
DUPIXENT, JERINGA SUBCUTÁNEA, 200 MG/1.14 ML	1	PA; QL (4.56/28); NDS
DUPIXENT, JERINGA SUBCUTÁNEA, 300 MG/2 ML	1	PA; QL (8/28); NDS
<i>fluorouracilo, crema tópica, 0.5%</i>	1	NDS
<i>fluorouracilo, crema tópica, 5%</i>	1	
<i>fluorouracilo, solución tópica</i>	1	
<i>glydo</i>	1	QL (60/30)
<i>imiquimod, crema tópica en bomba de dosis medidas</i>	1	NDS
<i>imiquimod, crema tópica en paquete, 3.75%</i>	1	NDS
<i>imiquimod, crema tópica en paquete, 5%</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 11.

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>lidocaína (pf), solución inyectable</i>	1	
<i>clorhidrato de lidocaína, solución inyectable</i>	1	
<i>clorhidrato de lidocaína, laringotraqueal</i>	1	
<i>clorhidrato de lidocaína, gel para membrana mucosa</i>	1	QL (60/30)
<i>clorhidrato de lidocaína, solución para membrana mucosa, 4% (40 mg/ml)</i>	1	
<i>lidocaína, parche adhesivo tópico, medicado, 5%</i>	1	PA; QL (90/30)
<i>lidocaína, pomada tópica</i>	1	QL (50/30)
<i>lidocaína viscosa</i>	1	
<i>lidocaína-prilocaina, crema tópica</i>	1	QL (30/30)
<i>metoxaleno</i>	1	
PANRETIN	1	NDS
<i>pimecrolimus</i>	1	PA; QL (100/30)
<i>podofilox</i>	1	
REGRANEX	1	PA; NDS
SANTYL	1	
<i>sulfadiazina de plata</i>	1	
<i>ssd</i>	1	
<i>tacrolimus tópico</i>	1	PA; QL (100/30)
VALCHLOR	1	PA; NDS
ZTLIDO	1	PA; QL (90/30)
TRATAMIENTO DEL ACNÉ		
<i>amnestem</i>	1	
<i>avita</i>	1	PA
<i>claravis</i>	1	
<i>clindacin etz, paño tópico</i>	1	QL (69/30)
<i>clindacin p</i>	1	QL (69/30)
<i>fosfato de clindamicina, gel tópico</i>	1	QL (120/30)
CLINDAMYCIN PHOSPHATE, GEL TÓPICO, UNA VEZ AL DÍA	1	QL (120/30)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>fosfato de clindamicina, loción tópica</i>	1	QL (120/30)
<i>fosfato de clindamicina, solución tópica</i>	1	QL (120/30)
<i>fosfato de clindamicina, paño tópico</i>	1	QL (60/30)
<i>eritromicina, paños</i>	1	
ERYTHROMYCIN CON ETANOL, GEL TÓPICO	1	
<i>eritromicina con etanol, solución tópica</i>	1	
<i>eritromicina-peróxido de benzoilo</i>	1	
<i>isotretinoína, cápsulas orales, 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg</i>	1	
<i>metronidazol tópico</i>	1	
<i>myorisan</i>	1	
<i>rosadan, crema tópica</i>	1	
<i>rosadan, gel tópico</i>	1	
<i>tazaroteno, crema tópica</i>	1	PA
<i>tazaroteno, gel tópico</i>	1	PA
TAZORAC, CREMA TÓPICA, 0.05%	1	PA
TAZORAC, GEL TÓPICO	1	PA
<i>tretinoína, microesferas</i>	1	PA
<i>tretinoína, crema tópica, 0.025%, 0.05%, 0.1%</i>	1	PA
<i>tretinoína tópica, gel tópico, 0.01%</i>	1	PA
<i>tretinoína tópica, gel tópico, 0.025%, 0.05%</i>	1	PA
<i>zenatane</i>	1	
ANESTÉSICOS TÓPICOS		
<i>clorhidrato de lidocaína, gel para membrana mucosa en aplicador</i>	1	QL (60/30)
<i>clorhidrato de lidocaína, solución para membrana mucosa, 2%</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 11.

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
ANTIBACTERIANOS TÓPICOS		
<i>gentamicina, crema tópica</i>	1	QL (60/30)
<i>gentamicina, pomada tópica</i>	1	
<i>mupirocina</i>	1	QL (44/30)
<i>mupirocina cálcica</i>	1	QL (30/30)
<i>sulfacetamida sódica (acné)</i>	1	
ANTIMICÓTICOS TÓPICOS		
<i>ciclodan, solución tópica</i>	1	
<i>ciclopirox, crema tópica</i>	1	QL (90/28)
<i>ciclopirox, champú tópico</i>	1	QL (120/28)
<i>ciclopirox, solución tópica</i>	1	
<i>ciclopirox, suspensión tópica</i>	1	QL (60/28)
<i>clotrimazol, crema tópica</i>	1	QL (45/28)
<i>clotrimazol, solución tópica</i>	1	QL (30/28)
<i>clotrimazol-betametasona, crema tópica</i>	1	QL (45/28)
<i>clotrimazol-betametasona, loción tópica</i>	1	QL (60/28)
<i>econazol</i>	1	QL (85/28)
<i>ketconazol, crema tópica</i>	1	QL (60/28)
<i>ketconazol, champú tópico</i>	1	QL (120/28)
<i>naftifina, crema tópica</i>	1	QL (60/28)
NAFTIN, GEL TÓPICO, 2%	1	QL (60/28)
<i>nyamyc</i>	1	QL (180/30)
<i>nistatina, crema tópica</i>	1	QL (30/28)
<i>nistatina, pomada tópica</i>	1	QL (30/28)
<i>nistatina, polvo tópico</i>	1	QL (180/30)
<i>nistatina-triamcinolona</i>	1	QL (60/28)
<i>nystop</i>	1	QL (180/30)
ANTIVIRALES TÓPICOS		
<i>aciclovir, pomada tópica</i>	1	QL (30/30)
DENAVIR	1	QL (5/30); NDS
CORTICOESTEROIDES TÓPICOS		
<i>ala-cort, crema tópica, 1%</i>	1	
<i>alclometasona</i>	1	
<i>dipropionato de betametasona</i>	1	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>valerato de betametasona, crema tópica</i>	1	
<i>valerato de betametasona, espuma tópica</i>	1	
<i>valerato de betametasona, loción tópica</i>	1	
<i>valerato de betametasona, pomada tópica</i>	1	
<i>betametasona, aumentada</i>	1	
<i>clobetasol, cuero cabelludo</i>	1	QL (100/28)
<i>clobetasol, crema tópica</i>	1	QL (120/28)
<i>clobetasol, espuma tópica</i>	1	QL (100/28)
<i>clobetasol, gel tópico</i>	1	QL (120/28)
<i>clobetasol, pomada tópica</i>	1	QL (120/28)
<i>clobetasol, champú tópico</i>	1	QL (236/28)
<i>clobetasol-emoliente, crema tópica</i>	1	QL (120/28)
<i>clobetasol-emoliente, espuma tópica</i>	1	QL (100/28)
CLOCORTOLONE PIVALATE	1	
<i>clodan</i>	1	QL (236/28)
<i>desonida, crema tópica</i>	1	
<i>desonida, loción tópica</i>	1	
<i>desonida, pomada tópica</i>	1	
<i>desoximetasona, crema tópica</i>	1	
<i>desoximetasona, gel tópico</i>	1	
<i>desoximetasona, pomada tópica</i>	1	
<i>fluocinolona y gorra de baño</i>	1	
<i>fluocinolona, crema tópica</i>	1	
<i>fluocinolona, aceite tópico</i>	1	
<i>fluocinolona, pomada tópica</i>	1	
<i>fluocinolona, solución tópica</i>	1	
<i>fluocinonida, crema tópica, 0.05%</i>	1	QL (120/30)
<i>fluocinonida, crema tópica, 0.1%</i>	1	QL (120/30)
<i>fluocinonida, gel tópico</i>	1	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 11.

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>fluocinonida, pomada tópica</i>	1	QL (120/30)
<i>fluocinonida, solución tópica</i>	1	QL (120/30)
<i>propionato de fluticasona, crema tópica</i>	1	
<i>propionato de fluticasona, pomada tópica</i>	1	
<i>propionato de halobetasol, crema tópica</i>	1	
<i>propionato de halobetasol, pomada tópica</i>	1	
<i>butirato de hidrocortisona, crema tópica</i>	1	QL (120/30)
<i>butirato de hidrocortisona, pomada tópica</i>	1	QL (120/30)
<i>butirato de hidrocortisona, solución tópica</i>	1	QL (120/30)
<i>butirato de hidrocortisona-emoliente</i>	1	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>	1	
<i>hidrocortisona, pomada tópica, 1%, 2.5%</i>	1	
<i>valerato de hidrocortisona</i>	1	
<i>mometasona tópica</i>	1	
<i>prednicarbato, pomada tópica</i>	1	
<i>acetónido de triamcinolona, crema tópica, 0.025%, 0.5%</i>	1	
<i>acetónido de triamcinolona, crema tópica, 0.1%</i>	1	
<i>acetónido de triamcinolona, loción tópica</i>	1	
<i>acetónido de triamcinolona, pomada tópica</i>	1	
<i>triderm, crema tópica, 0.1%</i>	1	
ESCABICIDAS/PEDICULICIDAS TÓPICOS		

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>lindano, champú tópico</i>	1	
<i>malatión</i>	1	
<i>permetrina</i>	1	
PRODUCTOS DE DIAGNÓSTICO/AGENTES VARIOS		
SOLUCIONES DE IRRIGACIÓN		
<i>irrigación de solución de lactato sódico compuesta</i>	1	
<i>neomicina-polimixina b gu</i>	1	
<i>irrigación de solución de lactato sódico compuesta</i>	1	
<i>tis-u-sol pentalito</i>	1	
AGENTES VARIOS		
<i>acamprosato</i>	1	
<i>anagrelida</i>	1	
ARALAST NP, SOL. PARA RECONST. INTRAVENOSA, 1,000 MG	1	PA; LA; NDS
ARALAST NP, SOL. PARA RECONST. INTRAVENOSA, 500 MG	1	PA; NDS
<i>betaína</i>	1	NDS
CARBAGLU	1	PA; LA; NDS
<i>ácido carglúmico</i>	1	PA; NDS
CHEMET	1	PA
CLINIMIX, 4.25%/D5W, SIN SULFITOS	1	B/D PA
<i>d al 10%-cloruro de sodio al 0.45%</i>	1	
<i>d al 2.5%-cloruro de sodio al 0.45%</i>	1	
<i>d al 5% y cloruro de sodio al 0.9%</i>	1	
<i>d al 5%-cloruro de sodio al 0.45%</i>	1	
<i>deferasirox, paquete de gránulos orales</i>	1	PA; NDS
<i>deferasirox, comprimidos orales</i>	1	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 11.

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>deferiprona</i>	1	PA; NDS
<i>dextrosa al 10% y nacl al 0.2%</i>	1	
DEXTROSE AL 10% EN AGUA (D10W)	1	
<i>dextrosa al 25% en agua (d25w)</i>	1	
<i>dextrosa al 5% en agua (d5w)</i>	1	
<i>dextrosa al 5%-solución de lactato sódico compuesta</i>	1	
<i>dextrosa al 5%-cloruro de sodio al 0.2%</i>	1	
<i>dextrosa al 5%-cloruro de sodio al 0.3%</i>	1	
<i>dextrosa al 50% en agua (d50w)</i>	1	
<i>dextrosa al 70% en agua (d70w)</i>	1	
<i>disulfiram</i>	1	
<i>droxidopa, cápsulas orales, 100 mg</i>	1	PA; QL (90/30)
<i>droxidopa, cápsulas orales, 200 mg, 300 mg</i>	1	PA; QL (180/30)
FERRIPROX	1	PA; NDS
FERRIPROX (2 VECES POR DÍA)	1	PA; NDS
INCRELEX	1	PA; LA
<i>levocarnitina (con azúcar)</i>	1	
<i>levocarnitina, solución oral, 100 mg/ml</i>	1	
<i>levocarnitina, comprimidos orales</i>	1	
LOKELMA	1	
<i>midodrina</i>	1	
<i>nitisinona</i>	1	NDS
NORTHERA, CÁPSULAS ORALES, 100 MG	1	PA; QL (90/30); NDS
NORTHERA, CÁPSULAS ORALES, 200 MG, 300 MG	1	PA; QL (180/30); NDS
<i>clorhidrato de pilocarpina oral</i>	1	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
PROLASTIN-C, SOL. PARA RECONST. INTRAVENOSA	1	PA; LA; NDS
PROLASTIN-C, SOLUCIÓN INTRAVENOSA	1	PA; NDS
<i>riluzol</i>	1	
<i>risedronato, comprimidos orales, 30 mg</i>	1	QL (30/30)
SEVELAMER CARBONATE	1	
<i>cloruro de sodio al 0.9%, intravenoso</i>	1	
<i>cloruro de sodio para irrigación</i>	1	
<i>fenilbutirato sódico</i>	1	PA; NDS
<i>sulfonato de poliestireno sódico, polvo oral</i>	1	
<i>sps (con sorbitol)</i>	1	
<i>trientina</i>	1	PA; QL (240/30); NDS
VELPHORO	1	NDS
VELTASSA	1	
<i>agua para irrigación, estéril</i>	1	
XIAFLEX	1	PA; NDS
ZEMAIRA	1	PA; LA; NDS
ZOLEDRONIC ACID-MANNITOL-WATER, INFUSIÓN SECUNDARIA INTRAVENOSA, 5 MG/100 ML	1	B/D PA
AGENTES PARA DEJAR DE FUMAR		
<i>clorhidrato de bupropión (agente para dejar de fumar)</i>	1	QL (60/30)
CHANTIX, PAQUETE MENSUAL DE CONTINUACIÓN	1	
CHANTIX, COMPRIMIDOS ORALES, 1 MG	1	
CHANTIX, PAQUETE MENSUAL INICIAL	1	
NICOTROL	1	
NICOTROL NS	1	
<i>vareniclina</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 11.

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
MEDICAMENTOS PARA NARIZ, GARGANTA Y OÍDO		
AGENTES VARIOS		
<i>azelastina nasal</i>	1	QL (60/30)
<i>gluconato de clorhexidina, membrana mucosa</i>	1	
<i>fluoruro (de sodio), pasta dental</i>	1	
<i>bromuro de ipratropio nasal</i>	1	QL (30/30)
<i>oralone</i>	1	
<i>paroex, enjuague bucal</i>	1	
<i>fluoruro de sodio 5000 para sequedad en la boca</i>	1	
<i>fluoruro de sodio-nitrato potásico</i>	1	
<i>acetónido de triamcinolona, pasta dental</i>	1	
PREPARACIONES ÓTICAS VARIAS		
<i>ácido acético ótico (oído)</i>	1	
<i>flac, aceite ótico</i>	1	
<i>acetónido de fluocinolona, aceite</i>	1	
<i>hidrocortisona-ácido acético</i>	1	
<i>ofloxacina ótica (oídos)</i>	1	
ESTEROIDES/ANTIBIÓTICOS ÓTICOS		
<i>CIPRO HC</i>	1	
<i>ciprofloxacina-dexametasona</i>	1	
<i>cortisporin-tc</i>	1	
<i>neomicina-polimixina-hidrocortisona ótica (oído)</i>	1	
SISTEMA ENDOCRINO/DIABETES		
HORMONAS SUPRARRENALES		
<i>DEPO-MEDROL</i>	1	
<i>dexametasona, intensol</i>	1	
<i>dexametasona, elixir oral</i>	1	
<i>dexametasona, solución oral</i>	1	
<i>dexametasona, comprimidos orales</i>	1	

<i>fosfato sódico de dexametasona (pf), solución inyectable</i>	1	
<i>fosfato sódico de dexametasona, solución inyectable</i>	1	
<i>fludrocortisona</i>	1	
<i>hidrocortisona oral</i>	1	
MEDROL, COMPRIMIDOS ORALES, 2 MG	1	B/D PA
<i>methypred dp</i>	1	
<i>acetato de metilprednisolona</i>	1	
<i>metilprednisolona, comprimidos orales</i>	1	B/D PA
<i>metilprednisolona, comprimidos orales, paquete dosificado</i>	1	
<i>succinato sódico de metilprednisolona, sol. para reconst. inyect., 125 mg, 40 mg</i>	1	
<i>succinato sódico de metilprednisolona intravenoso</i>	1	
<i>prednisolona, solución oral</i>	1	
<i>fosfato sódico de prednisolona, solución oral, 15 mg/5 ml (3 mg/ml), 15 mg/5 ml (5 ml), 25 mg/5 ml (5 mg/ml), 5 mg base/5 ml (6.7 mg/5 ml)</i>	1	
<i>prednisona, intensol</i>	1	
<i>prednisona, solución oral</i>	1	
<i>prednisona, comprimidos orales, 1 mg, 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg</i>	1	
<i>prednisona, comprimidos orales, 50 mg</i>	1	
<i>prednisona, comprimidos orales, paquete dosificado</i>	1	
SOLU-CORTEF ACT-O-VIAL (PF)	1	
<i>acetónido de triamcinolona, suspensión inyectable, 40 mg/ml</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 11.

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
AGENTES ANTITIROIDEOS		
<i>metimazol, comprimidos orales, 10 mg, 5 mg</i>	1	
<i>propiltiouracilo</i>	1	
TRATAMIENTO DE LA DIABETES		
<i>acarbosea, comprimidos orales, 100 mg</i>	1	QL (90/30)
<i>acarbosea, comprimidos orales, 25 mg</i>	1	QL (360/30)
<i>acarbosea, comprimidos orales, 50 mg</i>	1	QL (180/30)
PAÑOS CON ALCOHOL	1	
BAQSIMI	1	
<i>bd safetyglide, jeringa para insulina, 1 ml, calibre 31 x 15/64"</i>	1	QL (200/30)
<i>bd ultra-fine nano, aguja para lapicera</i>	1	QL (200/30)
<i>bd ultra-fine short, aguja para lapicera</i>	1	QL (200/30)
BYDUREON BCISE	1	QL (4/28)
CYCLOSET	1	QL (180/30)
<i>diazoxida</i>	1	
<i>dropsafe, paños preparados con alcohol</i>	1	
GASAS, 2 X 2	1	
<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)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>glipizida, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas, 2.5 mg</i>	1	QL (240/30)
<i>glipizida, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas, 5 mg</i>	1	QL (120/30)
<i>glipizida-metformina, comprimidos orales, 2.5-250 mg</i>	1	QL (240/30)
<i>glipizida-metformina, comprimidos orales, 2.5-500 mg, 5-500 mg</i>	1	QL (120/30)
GLUCAGEN HYPOKIT	1	
GLUCAGON (HCL), KIT DE EMERGENCIAS	1	
GLUCAGON, KIT DE EMERGENCIAS (HUMANO)	1	
GLYXAMBI	1	QL (30/30)
GVOKE	1	
GVOKE HYPOPEN, PAQUETE DE 1	1	
GVOKE HYPOPEN, PAQUETE DE 2	1	
GVOKE PFS, PAQUETE CON 1 JERINGA	1	
GVOKE PFS, PAQUETE CON 2 JERINGAS	1	
HUMALOG JUNIOR KWIKPEN U-100	1	
HUMALOG KWIKPEN, INSULINA	1	
HUMALOG MIX 50-50, INSULINA U-100	1	
HUMALOG MIX 50-50 KWIKPEN	1	
HUMALOG MIX 75-25 KWIKPEN	1	
HUMALOG MIX 75-25 (U-100), INSULINA	1	
HUMALOG U-100, INSULINA	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 11.

Medicamentos cubiertos por categoría

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

JENTADUETO XR, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN INMEDIATA-LIBERACIÓN PROLONGADA, BIFÁSICA, 24 HORAS, 2.5-1,000 MG	1	QL (60/30)
JENTADUETO XR, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN INMEDIATA-LIBERACIÓN PROLONGADA, BIFÁSICA, 24 HORAS, 5-1,000 MG	1	QL (30/30)
LANTUS SOLOSTAR U-100, INSULINA	1	
LANTUS U-100, INSULINA	1	
LEVEMIR FLEXTOUCH U-100, INSULINA	1	
LEVEMIR U-100, INSULINA	1	
LYUMJEV KWIKPEN U-100, INSULINA	1	
LYUMJEV KWIKPEN U-200, INSULINA	1	
LYUMJEV U-100, INSULINA	1	
METFORMIN, SOLUCIÓN ORAL	1	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 (genérico de Glucophage XR)</i>	1	QL (120/30)
<i>metformina, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas, 750 mg (genérico de Glucophage XR)</i>	1	QL (60/30)
<i>metformina, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas, 1,000 mg</i>	1	QL (60/30)

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

Cursiva minúscula = Medicamento genérico

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 11.

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>metformina, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas, 500 mg</i>	1	QL (150/30)
<i>miglitol, comprimidos orales, 100 mg</i>	1	QL (90/30)
<i>miglitol, comprimidos orales, 25 mg</i>	1	QL (360/30)
<i>miglitol, comprimidos orales, 50 mg</i>	1	QL (180/30)
MOUNJARO	1	QL (2/28)
<i>nateglinida, comprimidos orales, 120 mg</i>	1	QL (90/30)
<i>nateglinida, comprimidos orales, 60 mg</i>	1	QL (180/30)
AGUJAS, INSULINA DES., DE SEGURIDAD	1	QL (200/30)
OMNIPOD 5 G6 INTRO KIT (GEN 5)	1	QL (1/365)
OMNIPOD 5 G6 PODS (GEN 5)	1	QL (30/30)
OMNIPOD CLASSIC PDM KIT (GEN 3)	1	QL (1/365)
OMNIPOD CLASSIC PODS (GEN 3)	1	QL (30/30)
OMNIPOD DASH INTRO KIT (GEN 4)	1	QL (1/365)
OMNIPOD DASH PDM KIT (GEN 4)	1	QL (30/30)
OMNIPOD DASH PODS (GEN 4)	1	QL (30/30)
OZEMPIC, LAPICERA PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA, 0.25 MG O 0.5 MG (2 MG/1.5 ML)	1	QL (1.5/28)
OZEMPIC, LAPICERA PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA, 1 MG/DOSIS (4 MG/3 ML, 2 MG/DOSIS (8 MG/3 ML)	1	QL (3/28)
<i>pioglitazona</i>	1	QL (30/30)
<i>pioglitazona-metformina</i>	1	QL (90/30)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<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	1	QL (30/30)
SOLIQUA 100/33	1	QL (15/25)
SYMLINPEN 120	1	PA; QL (10.8/30); NDS
SYMLINPEN 60	1	PA; QL (6/30); NDS
SYNJARDY	1	QL (60/30)
SYNJARDY XR, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN INMEDIATA-LIBERACIÓN PROLONGADA, BIFÁSICA, 24 HORAS, 10-1,000 MG, 12.5-1,000 MG, 5-1,000 MG	1	QL (60/30)
SYNJARDY XR, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN INMEDIATA-LIBERACIÓN PROLONGADA, BIFÁSICA, 24 HORAS, 25-1,000 MG	1	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	1	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"	1	QL (200/30)
TECHLITE, AGUJA PARA LAPICERA	1	QL (200/30)

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

Cursiva minúscula = Medicamento genérico

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 11.

Medicamentos cubiertos por categoría

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
CHORIONIC GONADOTROPIN, HUMANA INTRAMUSCULAR	1	PA
<i>cinacalcet, comprimidos orales, 30 mg, 60 mg</i>	1	QL (60/30)
<i>cinacalcet, comprimidos orales, 90 mg</i>	1	QL (120/30)
<i>danazol</i>	1	
<i>desmopresina inyectable</i>	1	NDS
<i>desmopresina, rociador nasal con bomba</i>	1	
<i>desmopresina, rociador nasal no aerosol, 10 mcg/aplicación (0.1 ml)</i>	1	
<i>desmopresina oral</i>	1	
<i>doxercalciferol</i>	1	
ELAPRASE	1	PA; NDS
FABRAZYME	1	NDS
KORLYM	1	PA; QL (120/30); NDS
KUVAN	1	PA; NDS
LUMIZYME	1	PA; NDS
MIACALCIN INYECTABLE	1	NDS
<i>miglustato</i>	1	LA; NDS
NAGLAZYME	1	PA; NDS
NATPARA	1	PA; LA; QL (2/28); NDS
<i>oxandrolona, comprimidos orales, 10 mg</i>	1	PA; QL (60/30)
<i>oxandrolona, comprimidos orales, 2.5 mg</i>	1	PA; QL (120/30)
<i>pamidronato</i>	1	
<i>paricalcitol oral</i>	1	
SAMSCA, COMPRIMIDOS ORALES, 15 MG	1	PA; QL (120/30); NDS
<i>sapropterina</i>	1	PA; NDS
SOMAVERT	1	PA; QL (30/30); NDS
SYNAREL	1	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 11.

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>cipionato de testosterona, aceite intramuscular, 100 mg/ml, 200 mg/ml (1 ml)</i>	1	
TESTOSTERONE CYPIONATE, ACEITE INTRAMUSCULAR, 200 MG/ML	1	
<i>enantato de testosterona</i>	1	
<i>testosterona, gel transdérmico</i>	1	PA; QL (300/30)
<i>testosterona, gel transdérmico en bomba con dosis medidas, 12.5 mg/1.25 gramos (1%)</i>	1	PA; QL (300/30)
<i>testosterona, gel transdérmico en paquete, 1% (25 mg/2.5 gramos), 1% (50 mg/5 gramos)</i>	1	PA; QL (300/30)
TOLVAPTAN, COMPRIMIDOS ORALES, 15 MG	1	PA; QL (120/30); NDS
<i>tolvaptán, comprimidos orales, 30 mg</i>	1	PA; QL (60/30); NDS
<i>ácido zoledrónico, solución intravenosa</i>	1	B/D PA
<i>ácido zoledrónico-manitol-agua, infusión secundaria intravenosa, 4 mg/100 ml</i>	1	B/D PA
<i>ácido zoledrónico-manitol-nacl al 0.9%</i>	1	B/D PA
HORMONAS TIROIDEAS		
EUTHYROX	1	
LEVO-T	1	
<i>levotiroxina, comprimidos orales</i>	1	
<i>levoxyl, comprimidos orales, 100 mcg, 112 mcg, 175 mcg</i>	1	
LEVOXYL, COMPRIMIDOS ORALES, 125 MCG, 137 MCG, 150 MCG, 200 MCG, 25 MCG, 50 MCG, 75 MCG, 88 MCG	1	
<i>liotironina oral</i>	1	
SYNTHROID	1	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
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	1	
<i>unithroid, comprimidos orales, 137 mcg</i>	1	

GASTROENTEROLOGÍA

ANTIDIARREICOS/ANTIESPASMÓDICOS

<i>atropina, solución inyectable, 0.4 mg/ml</i>	1	
<i>atropina, jeringa inyectable, 0.05 mg/ml, 0.1 mg/ml</i>	1	
<i>diciclomina, cápsulas orales</i>	1	
<i>diciclomina, solución oral</i>	1	
<i>diciclomina, comprimidos orales</i>	1	
<i>difenoxilato-atropina</i>	1	
<i>glicopirronio (pf)</i>	1	
<i>glicopirronio (pf) en agua, inyectable</i>	1	
<i>glicopirronio (pf) en agua, jeringa intravenosa, 0.4 mg/2 ml (0.2 mg/ml)</i>	1	
<i>glicopirronio inyectable</i>	1	
<i>glicopirronio, comprimidos orales</i>	1	
<i>loperamida, cápsulas orales</i>	1	

AGENTES GASTROINTESTINALES VARIOS

<i>aloseptrón, comprimidos orales, 0.5 mg</i>	1	PA
<i>aloseptrón, comprimidos orales, 1 mg</i>	1	PA; NDS
<i>aprepitant</i>	1	B/D PA
<i>balsalazida</i>	1	
<i>budesonida, cápsulas orales, liberación retardada y prolongada</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 11.

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>budesonida, comprimidos orales, liberación retardada y prolongada</i>	1	NDS
<i>compro</i>	1	
<i>constulosa</i>	1	
CORTIFOAM	1	
CREON	1	
<i>cromoglicato oral</i>	1	
CYSTADANE	1	NDS
<i>dronabinol</i>	1	B/D PA; QL (60/30)
EMEND, SUSPENSIÓN ORAL PARA RECONSTITUCIÓN	1	B/D PA
<i>enulosa</i>	1	
GATTEX, VIAL DE 30	1	PA; NDS
GATTEX, VIAL DE UNO	1	PA; NDS
<i>gavilyte-c</i>	1	
<i>generlac</i>	1	
<i>granisetron (pf), solución intravenosa, 1 mg/ml (1 ml)</i>	1	B/D PA
<i>clorhidrato de granisetron intravenoso</i>	1	
<i>clorhidrato de granisetron oral</i>	1	B/D PA
<i>hidrocortisona rectal</i>	1	
<i>hidrocortisona, crema tópica con aplicador perineal, 2.5%</i>	1	
INFLECTRA	1	PA; QL (20/30); NDS
<i>lactulosa, solución oral</i>	1	
LINZESS	1	QL (30/30)
<i>meclizina, comprimidos orales, 12.5 mg, 25 mg</i>	1	
<i>mesalamina, cápsulas orales, liberación prolongada, 24 horas</i>	1	
<i>mesalamina, enema rectal</i>	1	
<i>mesalamina con pañuelo limpiador</i>	1	
<i>clorhidrato de metoclopramida, solución oral</i>	1	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>clorhidrato de metoclopramida, comprimidos orales</i>	1	
MOVANTIK	1	QL (30/30)
OALIVA	1	PA; LA; QL (30/30); NDS
<i>ondansetrón</i>	1	B/D PA
<i>clorhidrato de ondansetrón (pf)</i>	1	
<i>clorhidrato de ondansetrón intravenoso</i>	1	
<i>clorhidrato de ondansetrón, solución oral</i>	1	B/D PA
<i>clorhidrato de ondansetrón, comprimidos orales, 4 mg, 8 mg</i>	1	B/D PA
<i>palonosetrón, solución intravenosa, 0.25 mg/5 ml</i>	1	
<i>peg 3350-electrolitos, sol. para reconst. oral, 236-22.74-6.74-5.86 gramos</i>	1	
<i>peg-electrolitos</i>	1	
PENTASA	1	
<i>proclorperazina</i>	1	
<i>edisilato de proclorperazina, solución inyectable, 10 mg/2 ml (5 mg/ml)</i>	1	
<i>maleato de proclorperazina oral</i>	1	
<i>procto-med hc</i>	1	
<i>procto-pak</i>	1	
<i>proctosol hc tópico</i>	1	
<i>proctozone-hc</i>	1	
RECTIV	1	
SANCUSO	1	NDS
<i>escopolamina base</i>	1	QL (10/30)
SKYRIZI, INYECTOR PONIBLE SUBCUTÁNEO	1	PA; QL (2.4/28); NDS
SUCRAID	1	PA; NDS
<i>sulfasalazina</i>	1	
SUPREP, KIT DE PREPARACIÓN INTESTINAL	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 11.

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
SUTAB	1	
<i>ursodiol, cápsulas orales, 300 mg</i>	1	
<i>ursodiol, comprimidos orales</i>	1	
VIOKACE	1	
ZENPEP, CÁPSULAS ORALES, LIBERACIÓN RETARDADA (DR/EC) 10,000-32,000 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	1	
TRATAMIENTO DE ÚLCERAS		
<i>esomeprazol magnésico, cápsulas orales, liberación retardada (dr/ec)</i>	1	QL (60/30)
<i>famotidina, suspensión oral</i>	1	
<i>famotidina, comprimidos orales, 20 mg, 40 mg</i>	1	
<i>lansoprazol, cápsulas orales, liberación retardada (dr/ec)</i>	1	QL (60/30)
<i>misoprostol</i>	1	
<i>nizatidina, cápsulas orales</i>	1	
<i>omeprazol, cápsulas orales, liberación retardada (dr/ec)</i>	1	QL (60/30)
<i>pantoprazol, comprimidos orales, liberación retardada (dr/ec)</i>	1	QL (60/30)
<i>sucralfato, suspensión oral</i>	1	
<i>sucralfato, comprimidos orales</i>	1	
TALICIA	1	QL (168/28)
INMUNOLOGÍA, VACUNAS/BIOTECNOLOGÍA		
MEDICAMENTOS BIOTECNOLÓGICOS		
ACTIMMUNE	1	PA; NDS
ARCALYST	1	PA; NDS

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
AVONEX, KIT DE LAPICERA PARA INYECCIÓN INTRAMUSCULAR	1	PA; QL (1/28); NDS
AVONEX, JERINGA INTRAMUSCULAR	1	PA; QL (1/28); NDS
AVONEX, KIT DE JERINGA INTRAMUSCULAR	1	PA; QL (1/28); NDS
BESREMI	1	PA; LA; QL (2/28); NDS
BETASERON, KIT PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA	1	PA; QL (14/28); NDS
GENOTROPIN	1	PA; NDS
GENOTROPIN MINISQUICK	1	PA; NDS
INTRON A, SOL. PARA RECONST. INYECT., 10 MILLONES DE UNIDADES (1 ML), 50 MILLONES DE UNIDADES (1 ML)	1	B/D PA; NDS
LEUKINE, SOL. PARA RECONST. INYECTABLE	1	PA; NDS
MOZOBIL	1	B/D PA; NDS
NIVESTYM	1	PA; NDS
NYVEPRIA	1	PA; NDS
PEGASYS, SOLUCIÓN SUBCUTÁNEA	1	PA; QL (4/28); NDS
PEGASYS, JERINGA SUBCUTÁNEA	1	PA; QL (2/28); NDS
PROCRIT	1	PA
PROLEUKIN	1	B/D PA
REBIF (CON ALBÚMINA)	1	PA; QL (6/28); NDS
REBIF REBIDOSE, LAPICERA PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA, 22 MCG/0.5 ML, 44 MCG/0.5 ML	1	PA; QL (6/28); NDS
REBIF REBIDOSE, LAPICERA PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA, 8.8 MCG/0.2 ML, 22 MCG/0.5 ML (6)	1	PA; QL (8.4/365); NDS
REBIF, PAQUETE DE AJUSTE DE DOSIS	1	PA; QL (8.4/365); NDS
RETACRIT	1	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 11.

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
VACUNAS/AGENTES INMUNOLÓGICOS VARIOS		
ACTHIB (PF)	1	
ADACEL (TDAP ADOLESC./ ADULTOS) (PF)	1	
ATGAM	1	B/D PA
BCG (PF), VACUNA CON VIRUS VIVOS	1	
BEXSERO	1	
BOOSTRIX TDAP	1	
BOTOX	1	PA
DAPTACEL (DTAP PEDIÁTRICA) (PF)	1	
DENG VAXIA (PF)	1	
ENGRIX-B (PF)	1	B/D PA
ENGRIX-B (PF), USO PEDIÁTRICO	1	B/D PA
<i>fomepizol</i>	1	NDS
GAMMAGARD, LÍQUIDO	1	B/D PA; NDS
GAMMAGARD S-D (IGA < 1 MCG/ML)	1	B/D PA; NDS
GAMMAKED	1	B/D PA; NDS
GAMMAPLEX	1	B/D PA; NDS
GAMMAPLEX (CON SORBITOL)	1	B/D PA; NDS
GAMUNEX-C	1	B/D PA; NDS
GARDASIL 9 (PF)	1	
HAVRIX (PF)	1	
HIBERIX (PF)	1	
HIZENTRA	1	B/D PA; NDS
IMOVAX (PF), VACUNA ANTIRRÁBICA	1	
INFANRIX (DTAP) (PF), JERINGA INTRAMUSCULAR	1	
IPOLE	1	
IXIARO (PF)	1	
KINRIX (PF), JERINGA INTRAMUSCULAR	1	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
MENACTRA (PF), SOLUCIÓN INTRAMUSCULAR	1	
MENQUADFI (PF)	1	
MENVEO A-C-Y-W-135-DIP (PF)	1	
M-M-R II (PF)	1	
PEDIARIX (PF)	1	
PEDVAX HIB (PF)	1	
PENTACEL (PF)	1	
PREHEVBRIQ (PF)	1	B/D PA
PROQUAD (PF)	1	
QUADRACEL (PF)	1	
RABAVER (PF)	1	
RECOMBIVAX HB (PF)	1	B/D PA
ROTARIX	1	
ROTATEQ, VACUNA	1	
SHINGRIX (PF)	1	QL (2/999)
STAMARIL (PF)	1	
TDVAX	1	
TENIVAC (PF)	1	
TETANUS, DIPHTHERIA TOX PEDIÁTRICA (PF)	1	
TICE BCG	1	B/D PA
TICOVAC	1	
TRUMENBA	1	
TWINRIX (PF)	1	
TYPHIM VI	1	
VAQTA (PF)	1	
VARIVAX (PF)	1	
VARIZIG	1	
YF-VAX (PF), SUSPENSIÓN SUBCUTÁNEA PARA RECONSTITUCIÓN, 10 EXP 4.74 UNIDADES/0.5 ML	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 11.

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
SISTEMA LOCOMOTOR/REUMATOLOGÍA		
TRATAMIENTO DE LA GOTA		
<i>alopurinol, comprimidos orales, 100 mg, 300 mg</i>	1	
<i>colchicina, comprimidos orales</i>	1	QL (120/30)
FEBUXOSTAT	1	ST
MITIGARE	1	
<i>probenecid</i>	1	
<i>probenecid/colchicina</i>	1	
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	1	QL (4/28)
<i>ibandronato oral</i>	1	QL (1/28)
PROLIA	1	QL (1/168)
<i>raloxifeno</i>	1	QL (30/30)
<i>risedronato, comprimidos orales, 150 mg</i>	1	QL (1/28)
<i>risedronato, comprimidos orales, 35 mg, 35 mg (paquete de 12), 35 mg (paquete de 4)</i>	1	QL (4/28)
<i>risedronato, comprimidos orales, 5 mg</i>	1	QL (30/30)
TERIPARATIDE	1	PA; QL (2.48/28); NDS
TYMLOS	1	PA; QL (1.56/30); NDS
OTROS AGENTES REUMATOLÓGICOS		
BENLYSTA	1	PA; NDS
ENBREL MINI	1	PA; QL (8/28); NDS
ENBREL, SOL. PARA RECONST. SUBCUTÁNEA	1	PA; QL (16/28); NDS
ENBREL, SOLUCIÓN SUBCUTÁNEA	1	PA; QL (8/28); NDS
ENBREL, JERINGA SUBCUTÁNEA	1	PA; QL (8/28); NDS

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
ENBREL SURECLICK	1	PA; QL (8/28); NDS
HUMIRA PEN	1	PA; QL (4/28); NDS
HUMIRA PEN CROHNS-UC-HS, PAQUETE INICIAL	1	PA; QL (12/365); NDS
HUMIRA PEN PSOR-UEITS-ADOL HS	1	PA; QL (8/365); NDS
HUMIRA, KIT DE JERINGA SUBCUTÁNEA, 40 MG/0.8 ML	1	PA; QL (4/28); NDS
HUMIRA (CF) PEDI CROHNS, PAQUETE INICIAL, KIT DE JERINGA SUBCUTÁNEA, 80 MG/0.8 ML	1	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	1	PA; QL (4/365); NDS
HUMIRA (CF) PEN CROHNS-UC-HS	1	PA; QL (6/365); NDS
HUMIRA (CF) PEN PEDIATRIC UC	1	PA; QL (4/180); NDS
HUMIRA (CF) PEN PSOR-UV-ADOL HS	1	PA; QL (6/365); NDS
HUMIRA (CF) PEN, KIT DE INYECTOR SUBCUTÁNEO, 40 MG/0.4 ML	1	PA; QL (4/28); NDS
HUMIRA (CF) PEN, KIT DE LAPICERA PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA, 80 MG/0.8 ML	1	PA; QL (2/28); NDS
HUMIRA (CF), KIT DE JERINGA SUBCUTÁNEA, 10 MG/0.1 ML, 20 MG/0.2 ML	1	PA; QL (2/28); NDS
HUMIRA (CF), KIT DE JERINGA SUBCUTÁNEA, 40 MG/0.4 ML	1	PA; QL (4/28); NDS
<i>leflunomida</i>	1	QL (30/30)
ORENCIA CLICKJECT	1	PA; QL (4/28); NDS
ORENCIA, JERINGA SUBCUTÁNEA, 125 MG/ML	1	PA; QL (4/28); NDS
ORENCIA, JERINGA SUBCUTÁNEA, 50 MG/0.4 ML	1	PA; QL (1.6/28); 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 11.

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
ORENCIA, JERINGA SUBCUTÁNEA, 87.5 MG/0.7 ML	1	PA; QL (2.8/28); NDS
<i>penicilamina</i>	1	NDS
RIDAURA	1	NDS
RINVOQ	1	PA; QL (30/30); NDS
XELJANZ, SOLUCIÓN ORAL	1	PA; QL (300/30); NDS
XELJANZ, COMPRIMIDOS ORALES	1	PA; QL (60/30); NDS
XELJANZ XR	1	PA; QL (30/30); NDS

OBSTETRICIA/GINECOLOGÍA

ESTRÓGENOS/PROGESTINAS

<i>camila</i>	1	
<i>deblitane</i>	1	
DELESTROGEN, ACEITE INTRAMUSCULAR, 10 MG/ML	1	
DEPO-ESTRADIOL	1	
<i>dotti</i>	1	QL (8/28)
DUAVEE	1	PA
<i>errin</i>	1	
<i>estradiol oral</i>	1	
<i>estradiol, parche transdérmico quincenal</i>	1	QL (8/28)
<i>estradiol, parche transdérmico semanal</i>	1	QL (4/28)
<i>estradiol vaginal</i>	1	
<i>valerato de estradiol, aceite intramuscular, 20 mg/ml, 40 mg/ml</i>	1	
ESTRING	1	
<i>fyavolv</i>	1	
<i>heather</i>	1	
<i>caproato de hidroxiprogesterona</i>	1	NDS

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>incassia</i>	1	
JENCYCLA	1	
<i>lyza</i>	1	
<i>medroxiprogesterona intramuscular</i>	1	
<i>medroxiprogesterona oral</i>	1	
MENOSTAR	1	QL (4/28)
<i>nora-be</i>	1	
<i>noretisterona (anticonceptivo)</i>	1	
<i>acetato de noretisterona</i>	1	
<i>acetato de noretisterona-etinilestradiol, comprimidos orales, 0.5-2.5 mg-mcg</i>	1	
PREMARIN INYECTABLE	1	
PREMARIN ORAL	1	
PREMARIN VAGINAL	1	
<i>progesterona micronizada</i>	1	
<i>sharobel</i>	1	
<i>yuvafem</i>	1	
PRODUCTOS OBSTÉTRICOS/GINECOLÓGICOS VARIOS		
<i>fosfato de clindamicina vaginal</i>	1	
<i>metronidazol vaginal</i>	1	
<i>terconazol</i>	1	
<i>ácido tranexámico oral</i>	1	
<i>vandazol</i>	1	
ANTICONCEPTIVOS ORALES/AGENTES RELACIONADOS		
<i>afirmelle</i>	1	
<i>altavera (28)</i>	1	
<i>alyacen 1/35 (28)</i>	1	
<i>alyacen 7/7/7 (28)</i>	1	
<i>amethia</i>	1	
<i>amethyst (28)</i>	1	
<i>apri</i>	1	
<i>aranelle (28)</i>	1	
<i>ashlyna</i>	1	
<i>aubra</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 11.

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>aubra eq</i>	1	
<i>aurovela 1.5/30 (21)</i>	1	
<i>aurovela 1/20 (21)</i>	1	
<i>aurovela 24 fe</i>	1	
<i>aurovela fe 1.5/30 (28)</i>	1	
<i>aurovela fe 1-20 (28)</i>	1	
<i>aviane</i>	1	
<i>ayuna</i>	1	
<i>azurette (28)</i>	1	
<i>balziva (28)</i>	1	
<i>blisovi 24 fe</i>	1	
<i>blisovi fe 1.5/30 (28)</i>	1	
<i>blisovi fe 1/20 (28)</i>	1	
<i>briellyn</i>	1	
<i>camrese</i>	1	
<i>camrese lo</i>	1	
<i>charlotte 24 fe</i>	1	
<i>chateal (28)</i>	1	
<i>chateal eq (28)</i>	1	
<i>cryselle (28)</i>	1	
<i>cyred</i>	1	
<i>cyred eq</i>	1	
<i>dasetta 1/35 (28)</i>	1	
<i>dasetta 7/7/7 (28)</i>	1	
<i>daysee</i>	1	
<i>desog-e.estradiol/e.estradiol</i>	1	
<i>desogestrel-etinilestradiol</i>	1	
<i>dolishale</i>	1	
<i>drospirenona-e.estradiol-lm.fa</i>	1	
<i>drospirenona-etinilestradiol</i>	1	
<i>elinest</i>	1	
<i>ELLA</i>	1	
<i>emoquette</i>	1	
<i>enpresse</i>	1	
<i>enskyce</i>	1	
<i>estarylla</i>	1	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>etiodiol diac-etinilestradiol</i>	1	
<i>falmina (28)</i>	1	
<i>feminor</i>	1	
<i>finzala</i>	1	
<i>gemmily</i>	1	
<i>hailey</i>	1	
<i>hailey 24 fe</i>	1	
<i>hailey fe 1.5/30 (28)</i>	1	
<i>hailey fe 1/20 (28)</i>	1	
<i>ICLEVIA</i>	1	
<i>introvale</i>	1	
<i>isibloom</i>	1	
<i>jaimiess</i>	1	
<i>jasmiel (28)</i>	1	
<i>jolessa</i>	1	
<i>juleber</i>	1	
<i>junel 1.5/30 (21)</i>	1	
<i>junel 1/20 (21)</i>	1	
<i>junel fe 1.5/30 (28)</i>	1	
<i>junel fe 1/20 (28)</i>	1	
<i>junel fe 24</i>	1	
<i>kaitlib fe</i>	1	
<i>kalliga</i>	1	
<i>kariva (28)</i>	1	
<i>kelnor 1/35 (28)</i>	1	
<i>kelnor 1-50 (28)</i>	1	
<i>kurvelo (28)</i>	1	
<i>l norgest/e.estradiol-e.estradiol</i>	1	
<i>larin 1.5/30 (21)</i>	1	
<i>larin 1/20 (21)</i>	1	
<i>larin 24 fe</i>	1	
<i>larin fe 1.5/30 (28)</i>	1	
<i>larin fe 1/20 (28)</i>	1	
<i>layolis fe</i>	1	
<i>leena 28</i>	1	
<i>lessina</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 11.

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>levonest (28)</i>	1	
<i>levonorgestrel-etinilestradiol</i>	1	
<i>levonorg-etetinilestradiol trifásico</i>	1	
<i>levora-28</i>	1	
<i>lojaimiess</i>	1	
<i>loryna (28)</i>	1	
<i>low-ogestrel (28)</i>	1	
<i>lo-zumandimine (28)</i>	1	
<i>lutra (28)</i>	1	
<i>marlissa (28)</i>	1	
<i>merzee</i>	1	
<i>microgestin 1.5/30 (21)</i>	1	
<i>microgestin 1/20 (21)</i>	1	
<i>microgestin fe 1.5/30 (28)</i>	1	
<i>microgestin fe 1/20 (28)</i>	1	
<i>mili</i>	1	
<i>mono-linyah</i>	1	
<i>necon 0.5/35 (28)</i>	1	
<i>nikki (28)</i>	1	
<i>noret.-etinilestradiol/hierro</i>	1	
<i>noretisterona ac-etinilestradiol, comprimidos orales, 1-20 mg-mcg, 1.5-30 mg-mcg</i>	1	
<i>noretisterona-etinilestradiol-hierro</i>	1	
<i>norgestimato-etinilestradiol</i>	1	
<i>nortrel 0.5/35 (28)</i>	1	
<i>nortrel 1/35 (21)</i>	1	
<i>nortrel 1/35 (28)</i>	1	
<i>nortrel 7/7/7 (28)</i>	1	
<i>nylia 1/35 (28)</i>	1	
<i>nylia 7/7/7 (28)</i>	1	
<i>nymyo</i>	1	
<i>ocella</i>	1	
<i>philith</i>	1	
<i>pimtrea (28)</i>	1	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>PIRMELLA, COMPRIMIDOS ORALES, 0.5/0.75/1 MG-35 MCG</i>	1	
<i>pirmella, comprimidos orales, 1-35 mg-mcg</i>	1	
<i>portia 28</i>	1	
<i>reclipsen (28)</i>	1	
<i>rivelsa</i>	1	
<i>setlakin</i>	1	
<i>simliya (28)</i>	1	
<i>simpesse</i>	1	
<i>sprintec (28)</i>	1	
<i>sronyx</i>	1	
<i>syeda</i>	1	
<i>tarina 24 fe</i>	1	
<i>tarina fe 1/20 (28)</i>	1	
<i>tarina fe 1-20 eq (28)</i>	1	
<i>TAYSOFY</i>	1	
<i>tilia fe</i>	1	
<i>tri femynor</i>	1	
<i>tri-estarylla</i>	1	
<i>tri-legest fe</i>	1	
<i>tri-linyah</i>	1	
<i>tri-lo-estarylla</i>	1	
<i>tri-lo-marzia</i>	1	
<i>tri-lo-mili</i>	1	
<i>tri-lo-sprintec</i>	1	
<i>tri-mili</i>	1	
<i>tri-nymyo</i>	1	
<i>tri-sprintec (28)</i>	1	
<i>trivora (28)</i>	1	
<i>tri-vylibra</i>	1	
<i>tri-vylibra lo</i>	1	
<i>tyblume</i>	1	
<i>tydemy</i>	1	
<i>velivet, régimen trifásico (28)</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 11.

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
vestura (28)	1	
vienva	1	
viorele (28)	1	
volnea (28)	1	
vyfemla (28)	1	
vylibra	1	
wera (28)	1	
wymzya fe	1	
zovia 1-35 (28)	1	
zumandimine (28)	1	
OFTALMOLOGÍA		
ANTIBIÓTICOS		
ak-poly-bac	1	
AZASITE	1	
bacitracina oftálmica (ojos)	1	
bacitracina-polimixina b	1	
BESIVANCE	1	
CILOXAN, POMADA OFTÁLMICA (OJOS)	1	
clorhidrato de ciprofloxacina oftálmico (ojos)	1	
eritromicina oftálmica (ojos)	1	
gentak, pomada oftálmica (ojos)	1	
gentamicina, gotas oftálmicas (ojos)	1	
moxifloxacina oftálmica (ojos)	1	
NATACYN	1	
neomicina-bacitracina-polimixina	1	
neomicina-polimixina-gramicidina	1	
neo-polycin	1	
ofloxacina oftálmica (ojos)	1	
polycin	1	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
polimixina b sulfato de trimetoprima	1	
tobramicina oftálmica (ojos)	1	
TOBREX, POMADA OFTÁLMICA (OJOS)	1	
ANTIVÍRICOS		
trifluridina	1	
ZIRGAN	1	
BETABLOQUEANTES		
carteolol	1	
levobunolol, gotas oftálmicas (ojos), 0.5%	1	
maleato de timolol, gotas oftálmicas (ojos)	1	
TIMOLOL MALEATE, SOLUCIÓN GELIFICANTE OFTÁLMICA (OJOS)	1	
PRODUCTOS OFTALMOLÓGICOS VARIOS		
atropina, gotas oftálmicas (ojos)	1	
azalastina oftálmica (ojos)	1	
cromoglicato oftálmico (ojos)	1	
CYSTARAN	1	PA; NDS
epinastina	1	
EYLEA	1	PA; NDS
LACRISERT	1	
olopatadina oftálmica (ojos)	1	
OXERVATE	1	PA; QL (112/56); NDS
PHOSPHOLINE IODIDE	1	
clorhidrato de pilocarpina, gotas oftálmicas (ojos), 1%, 2%, 4%	1	
RESTASIS	1	QL (60/30)
RESTASIS MULTIDOSIS	1	QL (11/30)
sulfacetamida sódica, gotas oftálmicas (ojos)	1	
sulfacetamida-prednisolona	1	
XIIDRA	1	QL (60/30)

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

Cursiva minúscula = Medicamento genérico

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 11.

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
AGENTES ANTIINFLAMATORIOS NO ESTEROIDEOS		
<i>bromfenaco</i>	1	
<i>diclofenaco sódico oftálmico (ojos)</i>	1	
<i>flurbiprofeno sódico</i>	1	
<i>ketorolaco oftálmico (ojos)</i>	1	
PROLENSA	1	
MEDICAMENTOS ORALES PARA EL GLAUCOMA		
<i>acetazolamida</i>	1	
<i>acetazolamida sódica</i>	1	
<i>metazolamida</i>	1	
OTROS MEDICAMENTOS PARA EL GLAUCOMA		
<i>bimatoprost oftálmico (ojos)</i>	1	
<i>brinzolamida</i>	1	
COMBIGAN	1	
<i>dorzolamida</i>	1	
<i>dorzolamida-timolol</i>	1	
<i>latanoprost</i>	1	
LUMIGAN, GOTAS OFTÁLMICAS (OJOS), 0.01%	1	
RHOPRESSA	1	ST
ROCKLATAN	1	ST
SIMBRINZA	1	
<i>travoprost</i>	1	
COMBINACIONES DE ESTEROIDES-ANTIBIÓTICOS		
<i>neomicina-bacitracina-polimixina-hc</i>	1	
<i>neomicina-polimixina b-dexametasona</i>	1	
<i>neomicina-polimixina-hc oftálmica (ojos)</i>	1	
<i>neo-polycin hc</i>	1	
TOBRADEX ST	1	
<i>tobramicina-dexametasona</i>	1	
ZYLET	1	
ESTEROIDES		
<i>fosfato sódico de dexametasona oftálmico (ojos)</i>	1	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>difluprednato</i>	1	
DUREZOL	1	
EYSUVIS	1	QL (20/30)
<i>fluorometolona</i>	1	
INVELTYS	1	
LOTEMAX	1	
LOTEMAX SM	1	
<i>etabonato de loteprednol, gotas oftálmicas (ojos), suspensión</i>	1	
<i>acetato de prednisolona</i>	1	
<i>fosfato sódico de prednisolona oftálmico (ojos)</i>	1	
AGENTES SIMPATICOMIMÉTICOS		
ALPHAGAN P, GOTAS OFTÁLMICAS (OJOS), 0.1%	1	
<i>apraclonidina</i>	1	
<i>brimonidina, gotas oftálmicas (ojos), 0.15%</i>	1	
<i>brimonidina, gotas oftálmicas (ojos), 0.2%</i>	1	
SISTEMA RESPIRATORIO Y ALERGIA		
AGENTES ANTIHISTAMÍNICOS/ANTIALÉRGICOS		
<i>desloratadina, comprimidos orales</i>	1	QL (30/30)
<i>clorhidrato de difenhidramina, solución inyectable, 50 mg/ml</i>	1	
<i>epinefrina, autoinyector para inyección</i>	1	QL (2/30)
<i>epinefrina, solución inyectable, 1 mg/ml</i>	1	
<i>clorhidrato de hidroxizina, comprimidos orales</i>	1	PA
<i>levocetirizina, solución oral</i>	1	
<i>levocetirizina, comprimidos orales</i>	1	QL (30/30)
<i>prometazina oral</i>	1	PA
<i>prometazina, supositorio rectal, 12.5 mg, 25 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 11.

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>promethegan, supositorio rectal, 25 mg, 50 mg</i>	1	
AGENTES PULMONARES		
<i>acetilcisteína</i>	1	B/D PA
ADEMPAS	1	PA; LA; QL (90/30); NDS
ADVAIR HFA	1	QL (12/30)
<i>sulfato de albuterol para inhalar, inhalador en aerosol de hfa, 90 mcg/activación (genérico de ProAir)</i>	1	QL (17/30)
ALBUTEROL SULFATE INHALATION, INHALADOR EN AEROSOL DE HFA, 90 MCG/ ACTIVACIÓN (GENÉRICO DE PROVENTIL)	1	QL (13.4/30)
<i>sulfato de albuterol para inhalar, inhalador en aerosol de hfa, 90 mcg/activación (genérico de Ventolin)</i>	1	QL (36/30)
<i>sulfato de albuterol para inhalar, solución para nebulización</i>	1	B/D PA
<i>sulfato de albuterol, jarabe oral</i>	1	
<i>sulfato de albuterol, comprimidos orales</i>	1	
<i>sulfato de albuterol, comprimidos orales, liberación prolongada, 12 horas</i>	1	
<i>alyq</i>	1	PA; QL (60/30)
<i>ambrisentan</i>	1	PA; LA; QL (30/30); NDS
ANORO ELLIPTA	1	QL (60/30)
<i>arformoterol</i>	1	B/D PA
ARNUITY ELLIPTA	1	QL (30/30)
ATROVENT HFA	1	QL (25.8/30)
<i>bosentan</i>	1	PA; LA; NDS
BREO ELLIPTA	1	QL (60/30)
BROVANA	1	B/D PA

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>budesonida, suspensión para inhalación para nebulización, 0.25 mg/2 ml, 0.5 mg/2 ml</i>	1	B/D PA; QL (120/30)
<i>budesonida, suspensión para inhalación para nebulización, 1 mg/2 ml</i>	1	B/D PA; QL (60/30)
COMBIVENT RESPIMAT	1	QL (8/30)
<i>cromoglicato para inhalar</i>	1	B/D PA
DALIRESP	1	PA; QL (30/30)
ESBRIET, CÁPSULAS ORALES	1	PA; QL (270/30); NDS
ESBRIET, COMPRIMIDOS ORALES, 267 MG	1	PA; QL (270/30); NDS
ESBRIET, COMPRIMIDOS ORALES, 801 MG	1	PA; QL (90/30); NDS
FLOVENT DISKUS PARA INHALAR, BLÍSTER CON DISPOSITIVO, 100 MCG/ ACTIVACIÓN, 50 MCG/ ACTIVACIÓN	1	QL (60/30)
FLOVENT DISKUS PARA INHALAR, BLÍSTER CON DISPOSITIVO, 250 MCG/ ACTIVACIÓN	1	QL (240/30)
FLOVENT, INHALADOR EN AEROSOL DE HFA, 110 MCG/ ACTIVACIÓN	1	QL (12/30)
FLOVENT, INHALADOR EN AEROSOL DE HFA, 220 MCG/ ACTIVACIÓN	1	QL (24/30)
FLOVENT, INHALADOR EN AEROSOL DE HFA, 44 MCG/ ACTIVACIÓN	1	QL (10.6/30)
<i>flunisolida</i>	1	QL (50/30)
<i>propionato de fluticasona nasal</i>	1	QL (16/30)
<i>propionato de fluticasona-salmeterol para inhalación, blíster con dispositivo</i>	1	QL (60/30)
<i>fumarato de formoterol</i>	1	B/D PA; QL (120/30)
HAEGARDA	1	PA; LA; NDS

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

Cursiva minúscula = Medicamento genérico

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 11.

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>icatibanto</i>	1	PA; QL (18/30); NDS
INCRUSE ELLIPTA	1	QL (30/30)
<i>bromuro de ipratropio para inhalar</i>	1	B/D PA
<i>ipratropio-albuterol</i>	1	B/D PA
KALYDECO, PAQUETE DE GRÁNULOS ORALES	1	PA; QL (56/28); NDS
KALYDECO, COMPRIMIDOS ORALES	1	PA; QL (60/30); NDS
<i>clorhidrato de levalbuterol</i>	1	B/D PA
<i>metaproterenol, jarabe oral</i>	1	
<i>mometasona nasal</i>	1	QL (34/30)
<i>montelukast, paquete de gránulos orales</i>	1	QL (30/30)
<i>montelukast, comprimidos orales</i>	1	QL (30/30)
<i>montelukast, comprimidos orales masticables</i>	1	QL (30/30)
NUCALA, AUTOINYECTOR, VÍA SUBCUTÁNEA	1	PA; QL (3/28); NDS
NUCALA, JERINGA SUBCUTÁNEA, 100 MG/ML	1	PA; QL (3/28); NDS
NUCALA, JERINGA SUBCUTÁNEA, 40 MG/0.4 ML	1	PA; LA; QL (0.4/28); NDS
OFEV	1	PA; QL (60/30); NDS
OPSUMIT	1	PA; LA; NDS
ORKAMBI, PAQUETE DE GRÁNULOS ORALES	1	PA; QL (56/28); NDS
ORKAMBI, COMPRIMIDOS ORALES	1	PA; QL (112/28); NDS
PERFOROMIST	1	B/D PA; QL (120/30)
<i>pirfenidona, comprimidos orales, 267 mg</i>	1	PA; QL (270/30); NDS
PIRFENIDONE, COMPRIMIDOS ORALES, 534 MG	1	PA; QL (90/30); NDS

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>pirfenidona, comprimidos orales, 801 mg</i>	1	PA; QL (90/30); NDS
PULMICORT, SUSPENSIÓN PARA INHALACIÓN PARA NEBULIZACIÓN, 0.25 MG/2 ML, 0.5 MG/2 ML	1	B/D PA; QL (120/30)
PULMICORT, SUSPENSIÓN PARA INHALACIÓN PARA NEBULIZACIÓN, 1 MG/2 ML	1	B/D PA; QL (60/30)
PULMOZYME	1	B/D PA; QL (150/30); NDS
<i>sajazir</i>	1	PA; QL (18/30); NDS
SEREVENT DISKUS	1	QL (60/30)
<i>sildenafil (hipertensión arterial pulmonar), comprimidos orales</i>	1	PA; QL (90/30)
SYMDEKO	1	PA; QL (56/28); NDS
<i>tadalafil (hipertensión arterial pulmonar), comprimidos orales, 20 mg</i>	1	PA; QL (60/30)
TADLIQ	1	PA; QL (300/30); NDS
<i>terbutalina</i>	1	
THEO-24	1	
<i>teofilina, comprimidos orales, liberación prolongada, 12 horas, 300 mg, 450 mg</i>	1	
<i>teofilina, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas</i>	1	
TRELEGY ELLIPTA	1	QL (60/30)
TRIKAFTA, COMPRIMIDOS ORALES, TERAPIA SECUENCIAL, 100-50-75 MG (D)/150 MG (N)	1	PA; QL (84/28); NDS
TRIKAFTA, COMPRIMIDOS ORALES, TERAPIA SECUENCIAL, 50-25-37.5 MG (D)/75 MG (N)	1	PA; NDS
VENTAVIS	1	PA; NDS
VENTOLIN HFA	1	QL (36/30)

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 11.

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>wixela inhub</i>	1	QL (60/30)
XHANCE	1	ST; QL (32/30)
XOLAIR, SOL. PARA RECONST. SUBCUTÁNEA	1	PA; LA; QL (8/28); NDS
XOLAIR, JERINGA SUBCUTÁNEA, 150 MG/ML	1	PA; LA; QL (8/28); NDS
XOLAIR, JERINGA SUBCUTÁNEA, 75 MG/0.5 ML	1	PA; LA; QL (1/28); NDS
XOPENEX	1	B/D PA
XOPENEX CONCENTRADO	1	B/D PA
YUPELRI	1	B/D PA; QL (90/30)
<i>zafirlukast</i>	1	QL (60/30)

UROLÓGICOS

ANTICOLINÉRGICOS/ANTIESPASMÓDICOS

<i>darifenacina</i>	1	
<i>flavoxato</i>	1	
GEMTESA	1	QL (30/30)
MYRBETRIQ, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA, 24 HORAS	1	
<i>cloruro de oxibutinina, jarabe oral</i>	1	
<i>cloruro de oxibutinina, comprimidos orales</i>	1	
<i>cloruro de oxibutinina, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas</i>	1	QL (60/30)
<i>solifenacina</i>	1	
<i>tolterodina</i>	1	
TOVIAZ	1	QL (30/30)

ANTICOLINÉRGICOS/ANTIESPASMÓDICOS

<i>fesoterodina</i>	1	QL (30/30)
---------------------	---	------------

TRATAMIENTO DE LA HIPERPLASIA PROSTÁTICA BENIGNA (HPB)

<i>alfuzosina</i>	1	
<i>dutasterida</i>	1	
<i>dutasterida-tamsulosina</i>	1	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>finasterida, comprimidos orales, 5 mg</i>	1	QL (30/30)
<i>tamsulosina</i>	1	QL (60/30)

AGENTES UROLÓGICOS VARIOS

<i>cloruro de betanecol</i>	1	
CYSTAGON	1	LA
ELMIRON	1	
K-PHOS ORIGINAL	1	
<i>citrato de potasio, comprimidos orales, liberación prolongada</i>	1	
RENACIDIN	1	

VITAMINAS, HEMATÍNICOS/ELECTROLITOS

ELECTROLITOS

<i>acetato de calcio (aglutinante de fosfato)</i>	1	
<i>klor-con</i>	1	
KLOR-CON 10	1	
KLOR-CON 8	1	
<i>klor-con m10</i>	1	
<i>klor-con m15</i>	1	
<i>klor-con m20</i>	1	
<i>solución de lactato sódico compuesta intravenosa</i>	1	
<i>sulfato de magnesio en d5w, infusión secundaria intravenosa, 1 gramo/100 ml</i>	1	
<i>sulfato de magnesio en agua</i>	1	
<i>sulfato de magnesio inyectable</i>	1	
POTASSIUM CHLORID-D5-0.45% NACL, SOLUCIÓN PARENTERAL INTRAVENOSA, 10 MEQ/L, 20 MEQ/L, 40 MEQ/L	1	
<i>cloruro de potasio en d5-nacl al 0.45%, solución parenteral intravenosa, 30 meq/l</i>	1	
<i>cloruro de potasio en nacl al 0.9%, solución parenteral intravenosa, 20 meq/l, 40 meq/l</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 11.

Medicamentos cubiertos por categoría

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

TPN ELECTROLYTES	1	B/D PA
PRODUCTOS NUTRICIONALES VARIOS		
AMINOSYN II 15%	1	B/D PA
AMINOSYN-PF 7% (SIN SULFITOS)	1	B/D PA
CLINIMIX 5%/D15W, SIN SULFITOS	1	B/D PA
CLINIMIX 4.25%/D10W, SIN SULFITOS	1	B/D PA
CLINIMIX 5%-D20W (SIN SULFITOS)	1	B/D PA
CLINIMIX 6%-D5W (SIN SULFITOS)	1	B/D PA
CLINIMIX 8%-D10W (SIN SULFITOS)	1	B/D PA
CLINIMIX 8%-D14W (SIN SULFITOS)	1	B/D PA
CLINIMIX E 4.25%/D10W, SIN SULFITOS	1	B/D PA
CLINISOL SF 15%	1	B/D PA
<i>electrolitos-48 en d5w</i>	1	
INTRALIPID, EMULSIÓN INTRAVENOSA, 20%, 30%	1	B/D PA
KABIVEN	1	B/D PA
NUTRILIPID	1	B/D PA
PERIKABIVEN	1	B/D PA
PLENAMINE	1	B/D PA
PREMASOL 10%	1	B/D PA
PROCALAMINE 3%	1	B/D PA
PROSOL 20%	1	B/D PA
TRAVASOL 10%	1	B/D PA
TROPHAMINE 10%	1	B/D PA
VITAMINAS/HEMATÍNICOS		
BAL-CARE DHA	1	
C-NATE DHA	1	
COMPLETE NATAL DHA	1	
ELITE-OB	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 11.

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<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	1	
<i>fluoruro Ludent, comprimidos orales masticables, 1 mg (2.2 mg de fluoruro de sodio)</i>	1	
M-NATAL PLUS	1	
PNV-DHA	1	
PNV-OMEGA	1	
PNV-SELECT	1	
PR NATAL 400	1	
PR NATAL 400 EC	1	
PR NATAL 430	1	
PR NATAL 430 EC	1	
<i>prenatal plus (carbonato de calcio)</i>	1	
VITAMINAS PRENATALES, COMPRIMIDOS ORALES	1	
SE-NATAL 19, MASTICABLE	1	
SE-NATAL-19	1	
TARON-C DHA	1	
TRINATAL RX 1	1	
VIRT-NATE DHA	1	
VIRT-PN DHA	1	
<i>westab plus</i>	1	
<i>westgel dha</i>	1	
ZATEAN-PN DHA	1	
ZATEAN-PN PLUS	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 11.

Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
A		ACETÓNIDO DE TRIAMCINOLONA, POMADA TÓPICA.....	46
ABACAVIR, COMPRIMIDOS ORALES.....	12	ACETÓNIDO DE TRIAMCINOLONA, SUSPENSIÓN INYECTABLE, 40 MG/ML.....	48
ABACAVIR-LAMIVUDINA.....	12	ACICLOVIR, CÁPSULAS ORALES.....	12
ABACAVIR, SOLUCIÓN ORAL.....	12	ACICLOVIR, COMPRIMIDOS ORALES.....	12
ABELCET.....	12	ACICLOVIR, POMADA TÓPICA.....	45
ABILIFY MAINTENA.....	33	ACICLOVIR SÓDICO, SOLUCIÓN INTRAVENOSA.....	12
ABIRATERONA, COMPRIMIDOS ORALES, 250 MG.....	19	ACICLOVIR, SUSPENSIÓN ORAL, 200 MG/5 ML.....	12
ABIRATERONE, COMPRIMIDOS ORALES, 500 MG.....	19	ÁCIDO ACÉTICO ÓTICO (OÍDO).....	48
ABRAXANE.....	19	ÁCIDO AMINOCAPROICO ORAL.....	41
ACAMPROSATO.....	46	ÁCIDO CARGLÚMICO.....	46
ACARBOSA, COMPRIMIDOS ORALES, 25 MG.....	49	ÁCIDO FENOFÍBRICO (COLINA).....	42
ACARBOSA, COMPRIMIDOS ORALES, 50 MG.....	49	ÁCIDO TRANEXÁMICO ORAL.....	58
ACARBOSA, COMPRIMIDOS ORALES, 100 MG.....	49	ÁCIDO VALPROICO.....	28
ACEBUTOLOL.....	39	ÁCIDO VALPROICO (COMO SAL SÓDICA).....	28
ACETAMINOFENO-CODEÍNA, COMPRIMIDOS ORALES, 300-15 MG, 300-30 MG.....	31	ÁCIDO ZOLEDRÓNICO-MANITOL-AGUA, INFUSIÓN SECUNDARIA INTRAVENOSA, 4 MG/100 ML.....	53
ACETAMINOFENO-CODEÍNA, COMPRIMIDOS ORALES, 300-60 MG.....	31	ÁCIDO ZOLEDRÓNICO-MANITOL-NACL AL 0.9%.....	53
ACETAMINOFENO-CODEÍNA, SOLUCIÓN ORAL.....	31	ÁCIDO ZOLEDRÓNICO, SOLUCIÓN INTRAVENOSA.....	53
ACETATO DE CALCIO (AGLUTINANTE DE FOSFATO) ..	65	ACITRETINA.....	43
ACETATO DE METILPREDNISOLONA.....	48	ACTHIB (PF).....	56
ACETATO DE NORETISTERONA.....	58	ACTIMMUNE.....	55
ACETATO DE NORETISTERONA-ETINILESTRADIOL, COMPRIMIDOS ORALES, 0.5-2.5 MG-MCG.....	58	ADACEL (TDAP ADOLESC./ADULTOS) (PF).....	56
ACETATO DE OCTREOTIDA, JERINGA INYECTABLE ..	24	ADCETRIS.....	19
ACETATO DE OCTREOTIDA, SOLUCIÓN INYECTABLE, 1,000 MCG/ML, 100 MCG/ML, 200 MCG/ML, 50 MCG/ML.....	24	ADEFOVIR.....	12
ACETATO DE OCTREOTIDA, SOLUCIÓN INYECTABLE, 500 MCG/ML.....	24	ADEMPAS.....	63
ACETATO DE PREDNISOLONA.....	62	ADLARITY.....	30
ACETAZOLAMIDA.....	62	ADVAIR HFA.....	63
ACETAZOLAMIDA SÓDICA.....	62	AFINITOR, COMPRIMIDOS ORALES, 10 MG.....	19
ACETILCISTEÍNA.....	63	AFINITOR DISPERZ, COMPRIMIDOS ORALES PARA SUSPENSIÓN, 2 MG.....	19
ACETÓNIDO DE FLUOCINOLONA, ACEITE.....	48	AFINITOR DISPERZ, COMPRIMIDOS ORALES PARA SUSPENSIÓN, 3 MG, 5 MG.....	19
ACETÓNIDO DE TRIAMCINOLONA, CREMA TÓPICA, 0.1%.....	46	AFIRMELLE.....	58
ACETÓNIDO DE TRIAMCINOLONA, CREMA TÓPICA, 0.025%, 0.5%.....	46	AGUA PARA IRRIGACIÓN, ESTÉRIL.....	47
ACETÓNIDO DE TRIAMCINOLONA, LOCIÓN TÓPICA ..	46	AGUJAS, INSULINA DES., DE SEGURIDAD.....	51
ACETÓNIDO DE TRIAMCINOLONA, PASTA DENTAL.....	48	AIMOVIG, AUTOINYECTOR.....	29
		AJOVY, AUTOINYECTOR.....	29
		AJOVY, JERINGA.....	29
		AK-POLY-BAC.....	61

Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
ALA-CORT, CREMA TÓPICA, 1%	45	AMILORIDA.....	39
ALBENDAZOL	16	AMILORIDA-HIDROCLOROTIAZIDA	39
ALBUTEROL SULFATE INHALATION, INHALADOR EN AEROSOL DE HFA, 90 MCG/ACTIVACIÓN (GENÉRICO DE PROVENTIL)	63	AMINOSYN II 15%	66
ALCLOMETASONA	45	AMINOSYN-PF 7% (SIN SULFITOS)	66
ALDURAZYME.....	52	AMIODARONA ORAL	38
ALECENSA	19	AMIODARONA, SOLUCIÓN INTRAVENOSA	38
ALENDRONATO, COMPRIMIDOS ORALES, 10 MG, 5 MG.....	57	AMITRIPTILINA	33
ALENDRONATO, COMPRIMIDOS ORALES, 35 MG, 70 MG	57	AMLODIPINA	39
ALFUZOSINA.....	65	AMLODIPINA-ATORVASTATINA	39
ALIMTA	19	AMLODIPINA-BENAZEPRIL	39
ALIQOPA	19	AMLODIPINA-OLMESARTÁN.....	39
ALISKIRENO.....	39	AMLODIPINA-VALSARTÁN	39
ALOPURINOL, COMPRIMIDOS ORALES, 100 MG, 300 MG	57	AMLODIPINA-VALSARTÁN-HIDROCLOROTIAZIDA	39
ALOSETRÓN, COMPRIMIDOS ORALES, 0.5 MG.....	53	AMNESTEEM.....	44
ALOSETRÓN, COMPRIMIDOS ORALES, 1 MG	53	AMOXAPINA.....	33
ALPHAGAN P, GOTAS OFTÁLMICAS (OJOS), 0.1%	62	AMOXICILINA, CÁPSULAS ORALES.....	18
ALPRAZOLAM, COMPRIMIDOS DE DESINTEGRACIÓN ORAL, 0.25 MG, 0.5 MG, 1 MG	33	AMOXICILINA-CLAVULANATO DE POT., COMPRIMIDOS ORALES	18
ALPRAZOLAM, COMPRIMIDOS DE DESINTEGRACIÓN ORAL, 2 MG	33	AMOXICILINA-CLAVULANATO DE POT., COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA, 12 HORAS	18
ALPRAZOLAM, COMPRIMIDOS ORALES, 0.25 MG, 0.5 MG, 1 MG	33	AMOXICILINA-CLAVULANATO DE POT., COMPRIMIDOS ORALES MASTICABLES.....	18
ALPRAZOLAM, COMPRIMIDOS ORALES, 2 MG	33	AMOXICILINA-CLAVULANATO DE POT., SUSPENSIÓN ORAL PARA RECONSTITUCIÓN.....	18
ALTAVERA (28)	58	AMOXICILINA, COMPRIMIDOS ORALES	18
ALUNBRIG, COMPRIMIDOS ORALES, 30 MG.....	20	AMOXICILINA, COMPRIMIDOS ORALES MASTICABLES, 125 MG, 250 MG.....	18
ALUNBRIG, COMPRIMIDOS ORALES, 180 MG, 90 MG..	19	AMOXICILINA, SUSPENSIÓN ORAL PARA RECONSTITUCIÓN	18
ALUNBRIG, COMPRIMIDOS ORALES, PAQUETE DOSIFICADO	20	AMPICILINA, CÁPSULAS ORALES, 500 MG	18
ALYACEN 1/35 (28).....	58	AMPICILINA SÓDICA.....	18
ALYACEN 7/7/7 (28).....	58	AMPICILINA-SULBACTAM.....	18
ALYQ.....	63	ANAGRELIDA.....	46
AMBISOME	12	ANASTROZOL.....	20
AMBRISENTÁN	63	ANFOTERICINA B.....	12
AMETHIA.....	58	ANFOTERICINA B LIPOSOMAL	12
AMETHYST (28)	58	ANORO ELLIPTA.....	63
AMIKACINA, SOLUCIÓN INYECTABLE, 1,000 MG/4 ML, 500 MG/2 ML	16	APRACLONIDINA	62
		APREPITANT	53
		APRI	58

Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
APTOM, COMPRIMIDOS ORALES, 200 MG	27	ATOMOXETINA, CÁPSULAS ORALES, 10 MG, 18 MG, 25 MG, 40 MG	33
APTOM, COMPRIMIDOS ORALES, 400 MG	27	ATOMOXETINA, CÁPSULAS ORALES, 100 MG, 60 MG, 80 MG	33
APTOM, COMPRIMIDOS ORALES, 600 MG, 800 MG	27	ATORVASTATINA	42
APTIVUS	12	ATOVACUONA	16
ARALAST NP, SOL. PARA RECONST. INTRAVENOSA, 1,000 MG	46	ATOVACUONA-PROGUANIL	16
ARALAST NP, SOL. PARA RECONST. INTRAVENOSA, 500 MG	46	ATROPINA, GOTAS OFTÁLMICAS (OJOS)	61
ARANELLE (28)	58	ATROPINA, JERINGA INYECTABLE, 0.05 MG/ML, 0.1 MG/ML	53
ARCALYST	55	ATROPINA, SOLUCIÓN INYECTABLE, 0.4 MG/ML	53
ARFORMOTEROL	63	ATROVENT HFA	63
ARIKAYCE	16	AUBRA	58
ARIPIPAZOL, COMPRIMIDOS DE DESINTEGRACIÓN ORAL	33	AUBRA EQ	59
ARIPIPAZOL, COMPRIMIDOS ORALES, 10 MG, 15 MG, 2 MG, 5 MG	33	AUGMENTIN, SUSPENSIÓN ORAL PARA RECONSTITUCIÓN, 125-31.25 MG/5 ML	18
ARIPIPAZOL, COMPRIMIDOS ORALES, 20 MG, 30 MG	33	AUROVELA 1.5/30 (21)	59
ARIPIPAZOL, SOLUCIÓN ORAL	33	AUROVELA 1/20 (21)	59
ARISTADA INITIO	33	AUROVELA 24 FE	59
ARISTADA, SUSPENSIÓN INTRAMUSCULAR, LIBERACIÓN PROLONGADA, JERINGA, 1,064 MG/3.9 ML	33	AUROVELA FE 1.5/30 (28)	59
ARISTADA, SUSPENSIÓN INTRAMUSCULAR, LIBERACIÓN PROLONGADA, JERINGA, 441 MG/1.6 ML	33	AUROVELA FE 1-20 (28)	59
ARISTADA, SUSPENSIÓN INTRAMUSCULAR, LIBERACIÓN PROLONGADA, JERINGA, 662 MG/2.4 ML	33	AUSTEDO, COMPRIMIDOS ORALES, 6 MG	30
ARISTADA, SUSPENSIÓN INTRAMUSCULAR, LIBERACIÓN PROLONGADA, JERINGA, 882 MG/3.2 ML	33	AUSTEDO, COMPRIMIDOS ORALES, 12 MG, 9 MG	30
ARMODAFINIL	33	AVIANE	59
ARNUIITY ELLIPTA	63	AVITA	44
ARRANON	20	AVONEX, JERINGA INTRAMUSCULAR	55
ARZERRA	20	AVONEX, KIT DE JERINGA INTRAMUSCULAR	55
ASHLYNA	58	AVONEX, KIT DE LAPICERA PARA INYECCIÓN INTRAMUSCULAR	55
ASPIRINA-DIPIRIDAMOL	41	AYUNA	59
ATAZANAVIR, CÁPSULAS ORALES, 150 MG, 300 MG	12	AYVAKIT	20
ATAZANAVIR, CÁPSULAS ORALES, 200 MG	12	AZACITIDINA	20
ATENOLOL	39	AZALASTINA OFTÁLMICA (OJOS)	61
ATENOLOL-CLORTALIDONA	39	AZASAN	20
ATGAM	56	AZASITE	61
		AZATIOPRINA, COMPRIMIDOS ORALES, 50 MG	20
		AZATIOPRINA, COMPRIMIDOS ORALES, 100 MG, 75 MG	20
		AZATIOPRINA SÓDICA	20
		AZELASTINA NASAL	48
		AZITROMICINA, COMPRIMIDOS ORALES	15

Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
AZITROMICINA INTRAVENOSA	15	BETAÍNA	46
AZITROMICINA, PAQUETE ORAL	15	BETAMETASONA, AUMENTADA.....	45
AZITROMICINA, SUSPENSIÓN ORAL PARA RECONSTITUCIÓN	15	BETASERON, KIT PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA... ..	55
AZTREONAM, SOL. PARA RECONST. INYECT., 1 GRAMO 16		BETAXOLOL ORAL	39
AZTREONAM, SOL. PARA RECONST. INYECT., 2 GRAMOS 16		BEXAROTENO.....	20
AZURETTE (28).....	59	BEXSERO	56
B		BICALUTAMIDA.....	20
BACITRACINA INTRAMUSCULAR	16	BICARBONATO DE SODIO, JERINGA INTRAVENOSA... ..	66
BACITRACINA OFTÁLMICA (OJOS)	61	BICILLIN L-A.....	18
BACITRACINA-POLIMIXINA B	61	BIDIL	39
BACLOFENO, COMPRIMIDOS ORALES, 10 MG, 5 MG ..	30	BIKTARVY	12
BACLOFENO, COMPRIMIDOS ORALES, 20 MG	31	BIMATOPROST OFTÁLMICO (OJOS).....	62
BAL-CARE DHA.....	66	BINOSTO	57
BALSALAZIDA	53	BISOPROLOL-HIDROCLOROTIAZIDA	39
BALVERSA	20	BLENREP	20
BALZIVA (28)	59	BLEOMICINA	20
BANZEL, SUSPENSIÓN ORAL	27	BLINCYTO, KIT INTRAVENOSO	20
BAQSIMI.....	49	BLISOVI 24 FE.....	59
BARACLUDE, SOLUCIÓN ORAL	12	BLISOVI FE 1.5/30 (28).....	59
BAVENCIO.....	20	BLISOVI FE 1/20 (28).....	59
BCG (PF), VACUNA CON VIRUS VIVOS	56	BOOSTRIX TDAP	56
BD SAFETYGLIDE, JERINGA PARA INSULINA, 1 ML, CALIBRE 31 X 15/64"	49	BORTEZOMIB, INYECTABLE.....	20
BD ULTRA-FINE NANO, AGUJA PARA LAPICERA	49	BORTEZOMIB, SOL. PARA RECONST. INTRAVENOSA... ..	20
BD ULTRA-FINE SHORT, AGUJA PARA LAPICERA	49	BOSENTÁN.....	63
BELEODAQ	20	BOSULIF, COMPRIMIDOS ORALES, 100 MG	20
BELSOMRA	33	BOSULIF, COMPRIMIDOS ORALES, 400 MG, 500 MG... ..	20
BENAZEPRIL	39	BOTOX	56
BENAZEPRIL-HIDROCLOROTIAZIDA	39	BRAFTOVI, CÁPSULAS ORALES, 75 MG	20
BENDEKA	20	BREO ELLIPTA	63
BENLYSTA.....	57	BRIELLYN	59
BENZATROPINA INYECTABLE	29	BRILINTA	41
BENZATROPINA ORAL.....	29	BRIMONIDINA, GOTAS OFTÁLMICAS (OJOS), 0.2%	62
BESIVANCE	61	BRIMONIDINA, GOTAS OFTÁLMICAS (OJOS), 0.15%	62
BESPONSA.....	20	BRINZOLAMIDA	62
BESREMI.....	55	BRIVIACT, COMPRIMIDOS ORALES.....	27
		BRIVIACT INTRAVENOSO	27
		BRIVIACT, SOLUCIÓN ORAL.....	27
		BROMFENACO	62
		BROMOCRIPTINA	29
		BROMURO DE IPRATROPIO NASAL	48

Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
BROMURO DE IPRATROPIO PARA INHALAR.....	64	C	
BROMURO DE PIRIDOSTIGMINA, COMPRIMIDOS ORALES, 60 MG.....	31	CABENUVA.....	12
BROMURO DE PIRIDOSTIGMINA, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA.....	31	CABERGOLINA.....	52
BROMURO DE PIRIDOSTIGMINA, JARABE ORAL.....	31	CABOMETYX.....	20
BROVANA.....	63	CALCIPOTRIENO, CREMA TÓPICA.....	43
BRUKINSA.....	20	CALCIPOTRIENO, CUERO CABELLUDO.....	43
BUDESONIDA, CÁPSULAS ORALES, LIBERACIÓN RETARDADA Y PROLONGADA.....	53	CALCIPOTRIENO, POMADA TÓPICA.....	43
BUDESONIDA, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN RETARDADA Y PROLONGADA.....	54	CALCITONINA (SALMÓN), INYECCIÓN.....	52
BUDESONIDA, SUSPENSIÓN PARA INHALACIÓN PARA NEBULIZACIÓN, 0.25 MG/2 ML, 0.5 MG/2 ML.....	63	CALCITONINA (SALMÓN), NASAL.....	52
BUDESONIDA, SUSPENSIÓN PARA INHALACIÓN PARA NEBULIZACIÓN, 1 MG/2 ML.....	63	CALCITRIOL, CÁPSULAS ORALES.....	52
BUMETANIDA INYECTABLE.....	39	CALCITRIOL, SOLUCIÓN INTRAVENOSA, 1 MCG/ML.....	52
BUMETANIDA ORAL.....	39	CALCITRIOL, SOLUCIÓN ORAL.....	52
BUPRENORFINA-NALOXONA, COMPRIMIDOS SUBLINGUALES, 2-0.5 MG.....	32	CALCITRIOL TÓPICO.....	43
BUPRENORFINA-NALOXONA, COMPRIMIDOS SUBLINGUALES, 8-2 MG.....	32	CALQUENCE.....	20
BUPRENORFINA-NALOXONA, PELÍCULA SUBLINGUAL, 2-0.5 MG.....	32	CALQUENCE (ACALABRUTINIB MAL).....	20
BUPRENORFINA-NALOXONA, PELÍCULA SUBLINGUAL, 4-1 MG, 8-2 MG.....	32	CAMILA.....	58
BUPRENORFINA-NALOXONA, PELÍCULA SUBLINGUAL, 12-3 MG.....	32	CAMRESE.....	59
BUPRENORFINA, PARCHE TRANSDÉRMICO SEMANAL, 7.5 MCG/HORA.....	31	CAMRESE LO.....	59
BUPRENORPHINE, PARCHE TRANSDÉRMICO SEMANAL, 10 MCG/HORA, 15 MCG/HORA, 20 MCG/HORA, 5 MCG/HORA.....	31	CANDESARTÁN, COMPRIMIDOS ORALES, 16 MG, 4 MG, 8 MG.....	39
BUSPIRONA.....	34	CANDESARTÁN, COMPRIMIDOS ORALES, 32 MG.....	39
BUSULFAN.....	20	CANDESARTÁN-HIDROCLOROTIAZIDA.....	39
BUTIRATO DE HIDROCORTISONA, CREMA TÓPICA.....	46	CAPASTAT.....	16
BUTIRATO DE HIDROCORTISONA-EMOLIENTE.....	46	CAPLYTA.....	34
BUTIRATO DE HIDROCORTISONA, POMADA TÓPICA.....	46	CAPRELSA, COMPRIMIDOS ORALES, 100 MG.....	20
BUTIRATO DE HIDROCORTISONA, SOLUCIÓN TÓPICA.....	46	CAPRELSA, COMPRIMIDOS ORALES, 300 MG.....	20
BUTORFANOL NASAL.....	32	CAPROATO DE HIDROXIPIROGESTERONA.....	58
BYDUREON BCISE.....	49	CAPTOPRIL.....	39
		CARBAGLU.....	46
		CARBAMAZEPINA.....	27
		CARBIDOPA.....	29
		CARBIDOPA-LEVODOPA, COMPRIMIDOS DE DESINTEGRACIÓN ORAL.....	29
		CARBIDOPA-LEVODOPA, COMPRIMIDOS ORALES.....	29
		CARBIDOPA-LEVODOPA, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA.....	29
		CARBIDOPA-LEVODOPA-ENTACAPONA.....	29
		CARBONATO DE LITIO.....	36
		CARBOPLATINO, SOLUCIÓN INTRAVENOSA.....	20

Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
CARMUSTINA, SOL. PARA RECONST. INTRAVENOSA, 100 MG	20	CEFPODOXIMA.....	15
CAROSPIR	39	CEFPZOILO	15
CARTEOLOL	61	CEFTAZIDIMA	15
CARTIA XT	39	CEFTAZIDIMA EN D5W	15
CARVEDILOL.....	39	CEFTRIAXONA	15
CASPOFUNGINA, SOL. PARA RECONST. INTRAVENOSA, 50 MG.....	12	CEFTRIAXONA EN DEXTROSA, ISO-OSM.	15
CASPOFUNGINA, SOL. PARA RECONST. INTRAVENOSA, 70 MG.....	12	CEFUROXIMA AXETILO, COMPRIMIDOS ORALES	15
CAYSTON	16	CEFUROXIMA SÓDICA INTRAVENOSA.....	15
CEFACLOR, CÁPSULAS ORALES.....	15	CEFUROXIMA SÓDICA, SOL. PARA RECONST. INYECT., 750 MG	15
CEFACLOR, SUSPENSIÓN ORAL PARA RECONSTITUCIÓN, 125 MG/5 ML, 250 MG/5 ML, 375 MG/5 ML	15	CELECOXIB	32
CEFADROXILO, CÁPSULAS ORALES	15	CELONTIN, CÁPSULAS ORALES, 300 MG.....	27
CEFADROXILO, COMPRIMIDOS ORALES.....	15	CEREZYME, SOL. PARA RECONST. INTRAVENOSA, 400 UNIDADES	52
CEFADROXILO, SUSPENSIÓN ORAL PARA RECONSTITUCIÓN, 250 MG/5 ML, 500 MG/5 ML.....	15	CHANTIX, COMPRIMIDOS ORALES, 1 MG	47
CEFALEXINA, CÁPSULAS ORALES, 250 MG, 500 MG ..	15	CHANTIX, PAQUETE MENSUAL DE CONTINUACIÓN...	47
CEFALEXINA, SUSPENSIÓN ORAL PARA RECONSTITUCIÓN	15	CHANTIX, PAQUETE MENSUAL INICIAL.....	47
CEFAZOLINA EN DEXTROSA (ISO-OSM.), INFUSIÓN SECUNDARIA INTRAVENOSA, 1 GRAMO/50 ML, 2 GRAMOS/100 ML, 2 GRAMOS/50 ML	15	CHARLOTTE 24 FE	59
CEFAZOLINA INTRAVENOSA	15	CHATEAL (28)	59
CEFAZOLINA, SOL. PARA RECONST. INYECT., 1 GRAMO, 10 GRAMOS, 100 GRAMOS, 2 GRAMOS, 300 GRAMOS, 500 MG.....	15	CHATEAL EQ (28).....	59
CEFDINIR, CÁPSULAS ORALES	15	CHEMET	46
CEFDINIR, SUSPENSIÓN ORAL PARA RECONSTITUCIÓN	15	CHORIONIC GONADOTROPIN, HUMANA INTRAMUSCULAR	52
CEFEPIMA EN DEXTROSA AL 5%	15	CICLOBENZAPRINA, COMPRIMIDOS ORALES, 10 MG, 5 MG.....	31
CEFEPIMA EN DEXTROSA, ISO-OSM.	15	CICLODAN, SOLUCIÓN TÓPICA	45
CEFEPIMA INTRAVENOSA.....	15	CICLOFOSFAMIDA INTRAVENOSA.....	20
CEFEPIMA INYECTABLE.....	15	CICLOFOSFAMIDA ORAL	20
CEFIXIMA	15	CICLOPIROX, CHAMPÚ TÓPICO.....	45
CEFLACLOR, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA, 12 HORAS	15	CICLOPIROX, CREMA TÓPICA.....	45
CEFOTETAN EN DEXTROSA, ISO-OSM.	15	CICLOPIROX, SOLUCIÓN TÓPICA	45
CEFOTETAN INYECTABLE.....	15	CICLOPIROX, SUSPENSIÓN TÓPICA	45
CEFOXITINA.....	15	CICLOSERINA	16
CEFOXITINA EN DEXTROSA, ISO-OSM.	15	CICLOSPORINA, CÁPSULAS ORALES	20
		CICLOSPORINA INTRAVENOSA	20
		CICLOSPORINA MODIFICADA	20
		CILOSTAZOL	41
		CILOXAN, POMADA OFTÁLMICA (OJOS).....	61
		CIMDUO.....	12
		CINACALCET, COMPRIMIDOS ORALES, 30 MG, 60 MG	52

Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
CINACALCET, COMPRIMIDOS ORALES, 90 MG	52	CLINIMIX 5%/D15W, SIN SULFITOS	66
CIPIONATO DE TESTOSTERONA, ACEITE INTRAMUSCULAR, 100 MG/ML, 200 MG/ML (1 ML)	53	CLINIMIX 5%-D20W (SIN SULFITOS)	66
CIPROFLOXACINA-DEXAMETASONA	48	CLINIMIX 6%-D5W (SIN SULFITOS)	66
CIPROFLOXACINA EN DEXTROSA AL 5%	18	CLINIMIX 8%-D10W (SIN SULFITOS)	66
CIPRO HC	48	CLINIMIX 8%-D14W (SIN SULFITOS)	66
CIPRO, RECONST. DE MICROCÁPSULAS PARA SUSPENSIÓN ORAL	18	CLINIMIX E 4.25%/D10W, SIN SULFITOS	66
CISPLATINO, SOLUCIÓN INTRAVENOSA	20	CLINISOL SF 15%	66
CITALOPRAM, COMPRIMIDOS ORALES, 10 MG, 20 MG	34	CLOBAZAM, COMPRIMIDOS ORALES, 10 MG	27
CITALOPRAM, COMPRIMIDOS ORALES, 40 MG	34	CLOBAZAM, COMPRIMIDOS ORALES, 20 MG	27
CITALOPRAM, SOLUCIÓN ORAL	34	CLOBAZAM, SUSPENSIÓN ORAL	27
CITARABINA	20	CLOBETASOL, CHAMPÚ TÓPICO	45
CITARABINA (PF)	21	CLOBETASOL, CREMA TÓPICA	45
CITRATO DE FENTANILO, PASTILLA BUCAL CON APLICADOR, 1,200 MCG, 1,600 MCG, 400 MCG, 600 MCG, 800 MCG	31	CLOBETASOL, CUERO CABELLUDO	45
CITRATO DE FENTANILO, PASTILLA BUCAL CON APLICADOR, 200 MCG	31	CLOBETASOL-EMOLIENTE, CREMA TÓPICA	45
CITRATO DE FENTANILO (PF), JERINGA INTRAVENOSA, 100 MCG/2 ML (50 MCG/ML)	31	CLOBETASOL-EMOLIENTE, ESPUMA TÓPICA	45
CITRATO DE FENTANILO (PF), SOLUCIÓN INYECTABLE	31	CLOBETASOL, ESPUMA TÓPICA	45
CITRATO DE POTASIO, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA	65	CLOBETASOL, GEL TÓPICO	45
CLADRIBINA	20	CLOBETASOL, POMADA TÓPICA	45
CLARAVIS	44	CLOCORTOLONE PIVALATE	45
CLARITROMICINA, COMPRIMIDOS ORALES	15	CLODAN	45
CLARITROMICINA, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA, 24 HORAS	15	CLOFARABINA	20
CLARITROMICINA, SUSPENSIÓN ORAL PARA RECONSTITUCIÓN	15	CLOMIPRAMINA	34
CLINDACIN ETZ, PAÑO TÓPICO	44	CLONAZEPAM, COMPRIMIDOS DE DESINTEGRACIÓN ORAL, 0.5 MG, 1 MG	27
CLINDACIN P	44	CLONAZEPAM, COMPRIMIDOS DE DESINTEGRACIÓN ORAL, 0.125 MG, 0.25 MG	27
CLINDAMICINA EN CLORURO DE SODIO AL 0.9%	16	CLONAZEPAM, COMPRIMIDOS DE DESINTEGRACIÓN ORAL, 2 MG	27
CLINDAMICINA EN DEXTROSA AL 5%	16	CLONAZEPAM, COMPRIMIDOS ORALES, 0.5 MG, 1 MG	27
CLINDAMICINA PEDIÁTRICA	16	CLONAZEPAM, COMPRIMIDOS ORALES, 2 MG	27
CLINDAMYCIN PHOSPHATE, GEL TÓPICO, UNA VEZ AL DÍA	44	CLONIDINA	39
CLINIMIX, 4.25%/D5W, SIN SULFITOS	46	CLOPIDOGREL, COMPRIMIDOS ORALES, 75 MG	41
CLINIMIX 4.25%/D10W, SIN SULFITOS	66	CLOPIDOGREL, COMPRIMIDOS ORALES, 300 MG	41
		CLORAZEPATO DIPOTÁSICO, COMPRIMIDOS ORALES, 3.75 MG	34
		CLORAZEPATO DIPOTÁSICO, COMPRIMIDOS ORALES, 7.5 MG	34
		CLORAZEPATO DIPOTÁSICO, COMPRIMIDOS ORALES, 15 MG	34
		CLORHIDRATO DE AMANTADINA	12

Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
CLORHIDRATO DE BUPRENORFINA, INYECTABLE	31	CLORHIDRATO DE DILTIAZEM, COMPRIMIDOS ORALES	39
CLORHIDRATO DE BUPRENORFINA SUBLINGUAL	31	CLORHIDRATO DE DILTIAZEM, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA, 24 HORAS	39
CLORHIDRATO DE BUPROPIÓN (AGENTE PARA DEJAR DE FUMAR)	47	CLORHIDRATO DE DILTIAZEM INTRAVENOSO	39
CLORHIDRATO DE BUPROPIÓN, COMPRIMIDOS ORALES, 75 MG	33	CLORHIDRATO DE FLUFENAZINA, COMPRIMIDOS ORALES	35
CLORHIDRATO DE BUPROPIÓN, COMPRIMIDOS ORALES, 100 MG	33	CLORHIDRATO DE FLUFENAZINA, CONCENTRADO ORAL	35
CLORHIDRATO DE BUPROPIÓN, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA, 24 HORAS, 150 MG	33	CLORHIDRATO DE FLUFENAZINA, ELIXIR ORAL	35
CLORHIDRATO DE BUPROPIÓN, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA, 24 HORAS, 300 MG	34	CLORHIDRATO DE FLUFENAZINA INYECTABLE	35
CLORHIDRATO DE BUPROPIÓN, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN SOSTENIDA, 12 HORAS, 100 MG	34	CLORHIDRATO DE GRANISETRÓN INTRAVENOSO	54
CLORHIDRATO DE BUPROPIÓN, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN SOSTENIDA, 12 HORAS, 150 MG, 200 MG	34	CLORHIDRATO DE GRANISETRÓN ORAL	54
CLORHIDRATO DE CIPROFLOXACINA, COMPRIMIDOS ORALES, 100 MG	18	CLORHIDRATO DE HIDROXIZINA, COMPRIMIDOS ORALES	62
CLORHIDRATO DE CIPROFLOXACINA, COMPRIMIDOS ORALES, 250 MG, 500 MG, 750 MG	18	CLORHIDRATO DE IMIPRAMINA	35
CLORHIDRATO DE CIPROFLOXACINA OFTÁLMICO (OJOS)	61	CLORHIDRATO DE LEVALBUTEROL	64
CLORHIDRATO DE CLINDAMICINA	16	CLORHIDRATO DE LIDOCAÍNA, GEL PARA MEMBRANA MUCOSA	44
CLORHIDRATO DE CLONIDINA, COMPRIMIDOS ORALES, 0.1 MG, 0.2 MG	39	CLORHIDRATO DE LIDOCAÍNA, GEL PARA MEMBRANA MUCOSA EN APLICADOR	44
CLORHIDRATO DE CLONIDINA, COMPRIMIDOS ORALES, 0.3 MG	39	CLORHIDRATO DE LIDOCAÍNA, LARINGOTRAQUEAL	44
CLORHIDRATO DE DIFENHIDRAMINA, SOLUCIÓN INYECTABLE, 50 MG/ML	62	CLORHIDRATO DE LIDOCAÍNA, SOLUCIÓN INYECTABLE	44
CLORHIDRATO DE DILTIAZEM, CÁPSULAS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA, 12 HORAS	39	CLORHIDRATO DE LIDOCAÍNA, SOLUCIÓN PARA MEMBRANA MUCOSA, 2%	44
CLORHIDRATO DE DILTIAZEM, CÁPSULAS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA, 24 HORAS, 120 MG, 180 MG, 240 MG, 300 MG	39	CLORHIDRATO DE LIDOCAÍNA, SOLUCIÓN PARA MEMBRANA MUCOSA, 4% (40 MG/ML)	44
CLORHIDRATO DE DILTIAZEM, CÁPSULAS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA, 24 HORAS, 120 MG, 180 MG, 240 MG, 300 MG, 420 MG	39	CLORHIDRATO DE MELFALÁN	23
CLORHIDRATO DE DILTIAZEM, CÁPSULAS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA, 24 HORAS, DEGRADABLE	39	CLORHIDRATO DE METILFENIDATO, COMPRIMIDOS ORALES	36
		CLORHIDRATO DE METILFENIDATO, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA	36
		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)	36
		CLORHIDRATO DE METOCLOPRAMIDA, COMPRIMIDOS ORALES	54
		CLORHIDRATO DE METOCLOPRAMIDA, SOLUCIÓN ORAL	54

Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
CLORHIDRATO DE ONDANSETRÓN, COMPRIMIDOS ORALES, 4 MG, 8 MG.....	54	CLORURO DE POTASIO, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA, PARTÍCULAS/CRISTALES.....	66
CLORHIDRATO DE ONDANSETRÓN INTRAVENOSO ...	54	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.....	66
CLORHIDRATO DE ONDANSETRÓN (PF)	54	CLORURO DE POTASIO EN D5-NACL AL 0.45%, SOLUCIÓN PARENTERAL INTRAVENOSA, 30 MEQ/L.....	65
CLORHIDRATO DE ONDANSETRÓN, SOLUCIÓN ORAL.....	54	CLORURO DE POTASIO EN DEXT. AL 5%, SOLUCIÓN PARENTERAL INTRAVENOSA, 20 MEQ/L... 66	
CLORHIDRATO DE PAROXETINA, COMPRIMIDOS ORALES, 10 MG	37	CLORURO DE POTASIO EN LR-D5, SOLUCIÓN PARENTERAL INTRAVENOSA, 20 MEQ/L.....	66
CLORHIDRATO DE PAROXETINA, COMPRIMIDOS ORALES, 20 MG, 40 MG	37	CLORURO DE POTASIO EN NACL AL 0.9%, SOLUCIÓN PARENTERAL INTRAVENOSA, 20 MEQ/L, 40 MEQ/L.....	65
CLORHIDRATO DE PAROXETINA, COMPRIMIDOS ORALES, 30 MG	37	CLORURO DE POTASIO INTRAVENOSO	66
CLORHIDRATO DE PAROXETINA, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA, 24 HORAS.....	37	CLORURO DE POTASIO, LÍQUIDO ORAL.....	66
CLORHIDRATO DE PAROXETINA, SUSPENSIÓN ORAL, 10 MG/5 ML.....	37	CLORURO DE POTASIO-NACL AL 0.45%.....	66
CLORHIDRATO DE PILOCARPINA, GOTAS OFTÁLMICAS (OJOS), 1%, 2%, 4%.....	61	CLORURO DE POTASIO, PAQUETE ORAL	66
CLORHIDRATO DE PILOCARPINA ORAL	47	CLORURO DE SODIO AL 0.9%, INTRAVENOSO	47
CLORHIDRATO DE SELEGILINA	29	CLORURO DE SODIO AL 0.45%, SOLUCIÓN PARENTERAL INTRAVENOSA	66
CLORHIDRATO DE TERBINAFINA ORAL	12	CLORURO DE SODIO HIPERTÓNICO AL 3%	66
CLORHIDRATO DE ZIPRASIDONA, CÁPSULAS ORALES, 20 MG	38	CLORURO DE SODIO HIPERTÓNICO AL 5%	66
CLORHIDRATO DE ZIPRASIDONA, CÁPSULAS ORALES, 40 MG	38	CLORURO DE SODIO INTRAVENOSO	66
CLORHIDRATO DE ZIPRASIDONA, CÁPSULAS ORALES, 60 MG, 80 MG	38	CLORURO DE SODIO PARA IRRIGACIÓN.....	47
CLORHIRATO DE PALMITATO DE CLINDAMICINA	16	CLOTRIMAZOL-BETAMETASONA, CREMA TÓPICA.....	45
CLOROTIAZIDA SÓDICA.....	39	CLOTRIMAZOL-BETAMETASONA, LOCIÓN TÓPICA	45
CLORPROMAZINA INYECTABLE	34	CLOTRIMAZOL, CREMA TÓPICA.....	45
CLORPROMAZINA ORAL	34	CLOTRIMAZOL, MEMBRANA MUCOSA.....	12
CLORTALIDONA, COMPRIMIDOS ORALES, 25 MG, 50 MG	39	CLOTRIMAZOL, SOLUCIÓN TÓPICA	45
CLORURO DE BETANECOL.....	65	CLOZAPINA, COMPRIMIDOS DE DESINTEGRACIÓN ORAL.....	34
CLORURO DE OXIBUTININA, COMPRIMIDOS ORALES.....	65	CLOZAPINA, COMPRIMIDOS ORALES	34
CLORURO DE OXIBUTININA, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA, 24 HORAS.....	65	C-NATE DHA	66
CLORURO DE OXIBUTININA, JARABE ORAL.....	65	COARTEM.....	16
CLORURO DE POTASIO, CÁPSULAS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA.....	66	COLCHICINA, COMPRIMIDOS ORALES	57
CLORURO DE POTASIO, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA.....	66	COLESEVELAM	42
		COLESTIPOL, COMPRIMIDOS ORALES.....	42
		COLESTIPOL, GRÁNULOS ORALES	42
		COLESTIPOL, PAQUETE ORAL	42

Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
COLESTIRAMINA-ASPARTAMO	42	DACTINOMICINA	21
COLESTIRAMINA (CON AZÚCAR)	42	D AL 2.5%-CLORURO DE SODIO AL 0.45%	46
COLESTIRAMINA SUAVE	42	D AL 5%-CLORURO DE SODIO AL 0.45%	46
COLISTINA (COLISTIMETATO SÓDICO)	16	D AL 5% Y CLORURO DE SODIO AL 0.9%	46
COMBIGAN	62	D AL 10%-CLORURO DE SODIO AL 0.45%	46
COMBIVENT RESPIMAT	63	DALFAMPRIDINA	30
COMETRIQ, CÁPSULAS ORALES, 60 MG/DÍA (20 MG X 3/DÍA)	20	DALIRESP	63
COMETRIQ, CÁPSULAS ORALES, 100 MG/DÍA (80 MG X 1-20 MG X 1)	20	DANAZOL	52
COMETRIQ, CÁPSULAS ORALES, 140 MG/DÍA (80 MG X 1-20 MG X 3)	20	DANTROLENO ORAL	31
COMPLERA	12	DANYELZA	21
COMPLETE NATAL DHA	66	DAPSONA ORAL	16
COMPRO	54	DAPTACEL (DTAP PEDIÁTRICA) (PF)	56
CONSTULOSA	54	DAPTOMICINA, SOL. PARA RECONST. INTRAVENOSA, 500 MG	16
COPAXONE, JERINGA SUBCUTÁNEA, 20 MG/ML	30	DAPTOMYCIN, SOL. PARA RECONST. INTRAVENOSA, 350 MG	16
COPAXONE, JERINGA SUBCUTÁNEA, 40 MG/ML	30	DARIFENACINA	65
COPIKTRA	20	DARZALEX	21
CORLANOR, COMPRIMIDOS ORALES	42	DARZALEX FASPRO	21
CORTIFOAM	54	DASETTA 1/35 (28)	59
CORTISPORIN-TC	48	DASETTA 7/7/7 (28)	59
COSMEGEN	20	DAUNORRUBICINA, SOLUCIÓN INTRAVENOSA	21
COTELLIC	20	DAURISMO, COMPRIMIDOS ORALES, 25 MG	21
CREON	54	DAURISMO, COMPRIMIDOS ORALES, 100 MG	21
CRESEMBA ORAL	12	DAYSEE	59
CROMOGLICATO OFTÁLMICO (OJOS)	61	DAYVIGO	34
CROMOGLICATO ORAL	54	DEBLITANE	58
CROMOGLICATO PARA INHALAR	63	DECANOATO DE FLUFENAZINA	35
CRYSELLE (28)	59	DECANOATO DE HALOPERIDOL	35
CYCLOSET	49	DECITABINA	21
CYRAMZA	20	DEFERASIROX, COMPRIMIDOS ORALES	46
CYRED	59	DEFERASIROX, PAQUETE DE GRÁNULOS ORALES ...	46
CYRED EQ	59	DEFERIPRONA	47
CYSTADANE	54	DELESTROGEN, ACEITE INTRAMUSCULAR, 10 MG/ML	58
CYSTAGON	65	DELSTRIGO	12
CYSTARAN	61	DEMECLOCICLINA	19
D		DENAVIR	45
DACARBAZINA	21	DENG VAXIA (PF)	56
		DEPO-ESTRADIOL	58

Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
DEPO-MEDROL	48	DEXTROSA AL 70% EN AGUA (D70W).....	47
DESCOVY	12	DEXTROSE AL 10% EN AGUA (D10W).....	47
DESIPRAMINA.....	34	DHIVY	29
DESLOMATADINA, COMPRIMIDOS ORALES	62	DIACOMIT	27
DESMOPRESINA INYECTABLE	52	DIAZEPAM, COMPRIMIDOS ORALES	34
DESMOPRESINA ORAL.....	52	DIAZEPAM, CONCENTRADO ORAL	34
DESMOPRESINA, ROCIADOR NASAL CON BOMBA....	52	DIAZEPAM, INTENSOL.....	34
DESMOPRESINA, ROCIADOR NASAL NO AEROSOL, 10 MCG/APLICACIÓN (0.1 ML).....	52	DIAZEPAM INYECTABLE.....	34
DESOG-E. ESTRADIOL/E. ESTRADIOL	59	DIAZEPAM RECTAL.....	27
DESOGESTREL-ETINILESTRADIOL.....	59	DIAZEPAM, SOLUCIÓN ORAL.....	34
DESONIDA, CREMA TÓPICA.....	45	DIAZOXIDA.....	49
DESONIDA, LOCIÓN TÓPICA	45	DICICLOMINA, CÁPSULAS ORALES	53
DESONIDA, POMADA TÓPICA	45	DICICLOMINA, COMPRIMIDOS ORALES	53
DESOXIMETASONA, CREMA TÓPICA.....	45	DICICLOMINA, SOLUCIÓN ORAL	53
DESOXIMETASONA, GEL TÓPICO	45	DICLOFENACO POTÁSICO, COMPRIMIDOS ORALES, 50 MG	32
DESOXIMETASONA, POMADA TÓPICA	45	DICLOFENACO SÓDICO, GEL TÓPICO AL 1%.....	32
DEXAMETASONA, COMPRIMIDOS ORALES	48	DICLOFENACO SÓDICO, GOTAS TÓPICAS	32
DEXAMETASONA, ELIXIR ORAL	48	DICLOFENACO SÓDICO OFTÁLMICO (OJOS).....	62
DEXAMETASONA, INTENSOL.....	48	DICLOFENACO SÓDICO ORAL	32
DEXAMETASONA, SOLUCIÓN ORAL.....	48	DICLOXACILINA	18
DEXMETILFENIDATO, COMPRIMIDOS ORALES.....	34	DIFENOXILATO-ATROPINA	53
DEXTROANFETAMINA-ANFETAMINA, CÁPSULAS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA, 24 HORAS.....	34	DIFICID, COMPRIMIDOS ORALES	16
DEXTROANFETAMINA-ANFETAMINA, COMPRIMIDOS ORALES, 5 MG	34	DIFICID, SUSPENSIÓN ORAL PARA RECONSTITUCIÓN	16
DEXTROANFETAMINA-ANFETAMINA, COMPRIMIDOS ORALES, 10 MG	34	DIFLUNISAL	32
DEXTROANFETAMINA-ANFETAMINA, COMPRIMIDOS ORALES, 12.5 MG, 30 MG, 7.5 MG	34	DIFLUPREDNATO	62
DEXTROANFETAMINA-ANFETAMINA, COMPRIMIDOS ORALES, 15 MG	34	DIGITEK.....	42
DEXTROANFETAMINA-ANFETAMINA, COMPRIMIDOS ORALES, 20 MG	34	DIGOXINA, COMPRIMIDOS ORALES, 62.5 MCG (0.0625 MG)	43
DEXTROSA AL 5%-CLORURO DE SODIO AL 0.2%.....	47	DIGOXINA, COMPRIMIDOS ORALES, 125 MCG (0.125 MG), 250 MCG (0.25 MG), 62.5 MCG (0.0625 MG)	43
DEXTROSA AL 5%-CLORURO DE SODIO AL 0.3%.....	47	DIGOXINA, SOLUCIÓN INYECTABLE.....	43
DEXTROSA AL 5% EN AGUA (D5W)	47	DIGOXINA, SOLUCIÓN ORAL	43
DEXTROSA AL 5%-SOLUCIÓN DE LACTATO SÓDICO COMPUESTA.....	47	DIHIDROERGOTAMINA NASAL.....	29
DEXTROSA AL 10% Y NACL AL 0.2%	47	DILANTIN, 30 MG	27
DEXTROSA AL 25% EN AGUA (D25W).....	47	DILT-XR	39
DEXTROSA AL 50% EN AGUA (D50W).....	47	DIMETILFUMARATO, CÁPSULAS ORALES, LIBERACIÓN RETARDADA (DR/EC), 120 MG (14)-240 MG (46).....	30

Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
DIMETILFUMARATO, CÁPSULAS ORALES, LIBERACIÓN RETARDADA (DR/EC), 120 MG, 240 MG ..	30	DOXORRUBICINA, SOLUCIÓN INTRAVENOSA	21
DINITRATO DE ISOSORBIDA, COMPRIMIDOS ORALES.....	43	DRIZALMA, CÁPSULAS ORALES CON GRÁNULOS, LIB. RETARDADA, 20 MG, 60 MG.....	34
DIPIRIDAMOL ORAL	41	DRIZALMA, CÁPSULAS ORALES CON GRÁNULOS, LIB. RETARDADA, 30 MG	34
DIPROPIONATO DE BETAMETASONA.....	45	DRIZALMA, CÁPSULAS ORALES CON GRÁNULOS, LIB. RETARDADA, 40 MG	34
DISOPROXILO DE EFAVIRENZ-LAMIVUDINA- TENOFVIR, COMPRIMIDOS ORALES, 400-300-300 MG	12	DRONABINOL	54
DISOPROXILO DE EFAVIRENZ-LAMIVUDINA- TENOFVIR, COMPRIMIDOS ORALES, 600-300-300 MG	12	DROPSAFE, PAÑOS PREPARADOS CON ALCOHOL ...	49
DISULFIRAM	47	DROSPIRENONA-E. ESTRADIOL-LM.FA	59
DIVALPROEX.....	27	DROSPIRENONA-ETINILESTRADIOL	59
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).....	21	DROXIA	21
DOFETILIDA.....	38	DROXIDOPA, CÁPSULAS ORALES, 100 MG.....	47
DOLISHALE	59	DROXIDOPA, CÁPSULAS ORALES, 200 MG, 300 MG...	47
DONEPEZILO, COMPRIMIDOS DE DESINTEGRACIÓN ORAL, 5 MG	30	DUAVEE.....	58
DONEPEZILO, COMPRIMIDOS DE DESINTEGRACIÓN ORAL, 10 MG.....	30	DULOXETINA, CÁPSULAS ORALES, LIBERACIÓN RETARDADA (DR/EC), 20 MG, 60 MG	35
DONEPEZILO, COMPRIMIDOS ORALES, 5 MG.....	30	DULOXETINA, CÁPSULAS ORALES, LIBERACIÓN RETARDADA (DR/EC), 30 MG	35
DONEPEZILO, COMPRIMIDOS ORALES, 10 MG.....	30	DUPIXENT, JERINGA SUBCUTÁNEA, 100 MG/0.67 ML	43
DOPTLET (PAQUETE DE 10 COMPRIMIDOS)	41	DUPIXENT, JERINGA SUBCUTÁNEA, 200 MG/1.14 ML	43
DOPTLET (PAQUETE DE 15 COMPRIMIDOS)	41	DUPIXENT, JERINGA SUBCUTÁNEA, 300 MG/2 ML	43
DOPTLET (PAQUETE DE 30 COMPRIMIDOS)	41	DUPIXENT, LAPICERA PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA, 200 MG/1.14 ML.....	43
DORZOLAMIDA.....	62	DUPIXENT, LAPICERA PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA, 300 MG/2 ML.....	43
DORZOLAMIDA-TIMOLOL.....	62	DUREZOL	62
DOTTI.....	58	DUTASTERIDA	65
DOVATO.....	12	DUTASTERIDA-TAMSULOSINA	65
DOXAZOSINA, COMPRIMIDOS ORALES, 1 MG, 2 MG, 4 MG	39		
DOXAZOSINA, COMPRIMIDOS ORALES, 8 MG.....	39	E	
DOXEPINA, CÁPSULAS ORALES	34	EC-NAPROXENO	32
DOXEPINA, CONCENTRADO ORAL.....	34	ECONAZOL.....	45
DOXERCALCIFEROL	52	EDARBI	39
DOXICICLINA-100	19	EDARBYCLOR.....	39
DOXORRUBICINA, LIPOSOMAL PEGILADA	21	EDISILATO DE PROCLORPERAZINA, SOLUCIÓN INYECTABLE, 10 MG/2 ML (5 MG/ML)	54
DOXORRUBICINA, SOL. PARA RECONST. INTRAVENOSA, 50 MG.....	21	EDURANT	12
		EFAVIRENZ, CÁPSULAS ORALES, 50 MG	12

Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
EFAVIRENZ, CÁPSULAS ORALES, 200 MG.....	12	ENHERTU	21
EFAVIRENZ, COMPRIMIDOS ORALES	12	ENOXAPARINA	41
EFAVIRENZ-EMTRICITABINA-TENOFOVIR	12	ENPRESSE.....	59
ELAPRASE	52	ENSKYCE	59
ELECTROLITOS-48 EN D5W	66	ENTACAPONA.....	29
ELIGARD	21	ENTECAVIR	13
ELIGARD (3 MESES).....	21	ENTRESTO.....	43
ELIGARD (4 MESES).....	21	ENULOSA	54
ELIGARD (6 MESES).....	21	ENVARUSUS XR	21
ELINEST.....	59	EPCLUSA, COMPRIMIDOS ORALES, 200-50 MG	13
ELIQUIS	41	EPCLUSA, COMPRIMIDOS ORALES, 400-100 MG	13
ELIQUIS, TRATAMIENTO INICIAL PARA TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA/EMBOLIA PULMONAR, 30 DÍAS	41	EPCLUSA, PÍLDORAS DE ADMINISTRACIÓN ORAL EN PAQUETES, 150-37.5 MG	13
ELITE-OB.....	66	EPCLUSA, PÍLDORAS DE ADMINISTRACIÓN ORAL EN PAQUETES, 200-50 MG	13
ELLA	59	EPIDIOLEX	27
ELMIRON.....	65	EPINASTINA.....	61
ELZONRIS.....	21	EPINEFRINA, AUTOINYECTOR PARA INYECCIÓN.....	62
EMCYT	21	EPINEFRINA, SOLUCIÓN INYECTABLE, 1 MG/ML	62
EMEND, SUSPENSIÓN ORAL PARA RECONSTITUCIÓN	54	EPIRUBICINA, SOLUCIÓN INTRAVENOSA.....	21
EMOQUETTE.....	59	EPITOL.....	27
EMPLICITI.....	21	EPIVIR HBV, SOLUCIÓN ORAL.....	13
EMSAM.....	35	EPRONTIA	27
EMTRICITABINA	12	ERBITUX	21
EMTRICITABINA-TENOFOVIR (TDF), COMPRIMIDOS ORALES, 200-300 MG	13	ERGOTAMINA-CAFEÍNA	30
EMTRICITABINE-TENOFOVIR (TDF), COMPRIMIDOS ORALES, 100-150 MG, 133-200 MG, 167-250 MG	13	ERITROCINA (COMO ESTEARATO), COMPRIMIDOS ORALES, 250 MG.....	16
EMTRIVA, SOLUCIÓN ORAL	13	ERITROMICINA, COMPRIMIDOS ORALES.....	16
EMVERM	16	ERITROMICINA, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN RETARDADA (DR/EC)	16
ENALAPRIL-HIDROCLOROTIAZIDA	40	ERITROMICINA CON ETANOL, SOLUCIÓN TÓPICA	44
ENANTATO DE TESTOSTERONA	53	ERITROMICINA OFTÁLMICA (OJOS)	61
ENBREL, JERINGA SUBCUTÁNEA	57	ERITROMICINA, PAÑOS	44
ENBREL MINI.....	57	ERITROMICINA-PERÓXIDO DE BENZOÍLO	44
ENBREL, SOL. PARA RECONST. SUBCUTÁNEA.....	57	ERIVEDGE	21
ENBREL, SOLUCIÓN SUBCUTÁNEA	57	ERLEADA	21
ENBREL SURECLICK	57	ERLOTINIB, COMPRIMIDOS ORALES, 25 MG	21
ENDOCET	31	ERLOTINIB, COMPRIMIDOS ORALES, 100 MG, 150 MG	21
ENGERIX-B (PF).....	56	ERRIN.....	58
ENGERIX-B (PF), USO PEDIÁTRICO	56	ERTAPENEM	16

Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
ERY-TAB, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN RETARDADA (DR/EC), 250 MG	16	ETRAVIRINA	13
ERY-TAB, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN RETARDADA (DR/EC), 333 MG	16	EUTHYROX	53
ERYTHROCIN, SOL. PARA RECONST. INTRAVENOSA, 500 MG	16	EVEROLIMUS (ANTINEOPLÁSICO), COMPRIMIDOS ORALES, 2.5 MG, 5 MG, 7.5 MG	21
ERYTHROMYCIN CON ETANOL, GEL TÓPICO	44	EVEROLIMUS (ANTINEOPLÁSICO), COMPRIMIDOS ORALES, 10 MG	21
ESBRIET, CÁPSULAS ORALES	63	EVEROLIMUS (ANTINEOPLÁSICO), COMPRIMIDOS ORALES PARA SUSPENSIÓN, 2 MG	21
ESBRIET, COMPRIMIDOS ORALES, 267 MG	63	EVEROLIMUS (ANTINEOPLÁSICO), COMPRIMIDOS ORALES PARA SUSPENSIÓN, 3 MG, 5 MG	21
ESBRIET, COMPRIMIDOS ORALES, 801 MG	63	EVEROLIMUS (INMUNODEPRESOR)	21
ESCOPOLAMINA BASE	54	EVOMELA	21
ESOMEPRAZOL MAGNÉSICO, CÁPSULAS ORALES, LIBERACIÓN RETARDADA (DR/EC)	55	EVOTAZ	13
ESPIRONOLACTONA	40	EXEMESTANO	21
ESPIRONOLACTONA-HIDROCLOROTIAZIDA	40	EXKIVITY	21
ESTARYLLA	59	EYLEA	61
ESTAVUDINA, CÁPSULAS ORALES	14	EYSUVIS	62
ÉSTERES ETÍLICOS DE LOS ÁCIDOS OMEGA 3	42	EZETIMIBA	42
ESTRADIOL ORAL	58	EZETIMIBA-SIMVASTATINA	42
ESTRADIOL, PARCHE TRANSDÉRMICO QUINCENAL	58		
ESTRADIOL, PARCHE TRANSDÉRMICO SEMANAL	58	F	
ESTRADIOL VAGINAL	58	FABRAZYME	52
ESTREPTOMICINA	17	FALMINA (28)	59
ESTRING	58	FAMCICLOVIR	13
ETABONATO DE LOTEPIREDNOL, GOTAS OFTÁLMICAS (OJOS), SUSPENSIÓN	62	FAMOTIDINA, COMPRIMIDOS ORALES, 20 MG, 40 MG	55
ETACRINATO SÓDICO	40	FAMOTIDINA, SUSPENSIÓN ORAL	55
ETAMBUTOL	16	FANAPT, COMPRIMIDOS ORALES, 1 MG, 2 MG, 4 MG	35
ETEXILATO DE DABIGATRÁN	41	FANAPT, COMPRIMIDOS ORALES, 8 MG	35
ETILSUCCINATO DE ERITROMICINA, COMPRIMIDOS ORALES	16	FANAPT, COMPRIMIDOS ORALES, 10 MG, 12 MG, 6 MG	35
ETILSUCCINATO DE ERITROMICINA, SUSPENSIÓN ORAL PARA RECONSTITUCIÓN, 200 MG/5 ML	16	FANAPT, COMPRIMIDOS ORALES, PAQUETE DOSIFICADO	35
ETILSUCCINATO DE ERITROMICINA, SUSPENSIÓN ORAL PARA RECONSTITUCIÓN, 400 MG/5 ML	16	FARYDAK	21
ETIODIOL DIAC-ETINILESTRADIOL	59	FEBUXOSTAT	57
ETODOLACO	32	FELBAMATO	27
ETOPOPHOS	21	FELODIPINA	40
ETOPÓSIDO INTRAVENOSO	21	FEMINOR	59
ETOSUXIMIDA	27	FENELZINA	37

Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
FENILBUTIRATO SÓDICO.....	47	FLOVENT DISKUS PARA INHALAR, BLÍSTER CON DISPOSITIVO, 250 MCG/ACTIVACIÓN.....	63
FENITOÍNA, COMPRIMIDOS ORALES MASTICABLES ..	28	FLOVENT, INHALADOR EN AEROSOL DE HFA, 44 MCG/ACTIVACIÓN.....	63
FENITOÍNA SÓDICA, LIBERACIÓN PROLONGADA	28	FLOVENT, INHALADOR EN AEROSOL DE HFA, 110 MCG/ACTIVACIÓN.....	63
FENITOÍNA SÓDICA, SOLUCIÓN INTRAVENOSA.....	28	FLOVENT, INHALADOR EN AEROSOL DE HFA, 220 MCG/ACTIVACIÓN.....	63
FENITOÍNA, SUSPENSIÓN ORAL	28	FLOXURIDINA	21
FENOBARBITAL, COMPRIMIDOS ORALES	28	FLUCITOSINA	12
FENOBARBITAL, ELIXIR ORAL.....	28	FLUCONAZOL	12
FENOBARBITAL SÓDICO, SOLUCIÓN INYECTABLE....	28	FLUCONAZOL EN NACL (ISO-OSM.)	12
FENOFIBRATO, CÁPSULAS ORALES		FLUDARABINA	21
MICRONIZADAS, 134 MG, 200 MG, 67 MG.....	42	FLUDROCORTISONA.....	48
FENOFIBRATO, COMPRIMIDOS ORALES,		FLUNISOLIDA	63
160 MG, 54 MG	42	FLUOCINOLONA, ACEITE TÓPICO.....	45
FENOFIBRATO NANOCRISTALIZADO	42	FLUOCINOLONA, CREMA TÓPICA	45
FENOXIBENZAMINA	40	FLUOCINOLONA, POMADA TÓPICA	45
FENTANILO.....	31	FLUOCINOLONA, SOLUCIÓN TÓPICA	45
FENTANYL CITRATE (PF), JERINGA INYECTABLE,		FLUOCINOLONA Y GORRA DE BAÑO.....	45
50 MCG/ML	31	FLUOCINONIDA, CREMA TÓPICA, 0.1%.....	45
FERRIPROX.....	47	FLUOCINONIDA, CREMA TÓPICA, 0.05%	45
FERRIPROX (2 VECES POR DÍA)	47	FLUOCINONIDA, GEL TÓPICO	45
FESOTERODINA	65	FLUOCINONIDA, POMADA TÓPICA	46
FETZIMA, CÁPSULAS ORALES, LIBERACIÓN		FLUOCINONIDA, SOLUCIÓN TÓPICA	46
PROLONGADA, 24 HORAS	35	FLUOROMETOLONA	62
FETZIMA, CÁPSULAS ORALES, LIB. PROL.,		FLUOROURACILO, CREMA TÓPICA, 0.5%	43
24 HORAS, PAQUETE DOSIFICADO	35	FLUOROURACILO, CREMA TÓPICA, 5%	43
FINASTERIDA, COMPRIMIDOS ORALES, 5 MG.....	65	FLUOROURACILO INTRAVENOSO.....	21
FINTEPLA	27	FLUOROURACILO, SOLUCIÓN TÓPICA.....	43
FINZALA.....	59	FLUORURO DE SODIO 5000 PARA SEQUEDAD	
FIRDAPSE.....	30	EN LA BOCA.....	48
FIRMAGON, KIT CON JERINGA DILUYENTE,		FLUORURO (DE SODIO), COMPRIMIDOS ORALES.....	67
SOL. PARA RECONST. SUBCUTÁNEA, 80 MG.....	21	FLUORURO (DE SODIO), COMPRIMIDOS ORALES	
FIRMAGON, KIT CON JERINGA DILUYENTE,		MASTICABLES, 1 MG (2.2 MG DE FLUORURO DE	
SOL. PARA RECONST. SUBCUTÁNEA, 120 MG.....	21	SODIO).....	67
FIRVANQ, SOL. PARA RECONST. INTRAVENOSA,		FLUORURO DE SODIO-NITRATO POTÁSICO.....	48
25 MG/ML	16	FLUORURO (DE SODIO), PASTA DENTAL	48
FIRVANQ, SOL. PARA RECONST. INTRAVENOSA,		FLUORURO LUDENT, COMPRIMIDOS ORALES	
50 MG/ML	16	MASTICABLES, 1 MG (2.2 MG DE FLUORURO DE	
FLAC, ACEITE ÓTICO.....	48	SODIO).....	67
FLAVOXATO	65	FLUOXETINA, CÁPSULAS ORALES, 10 MG	35
FLECAINIDA.....	38		
FLOVENT DISKUS PARA INHALAR, BLÍSTER CON			
DISPOSITIVO, 100 MCG/ACTIVACIÓN, 50 MCG/			
ACTIVACIÓN	63		

Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
FLUOXETINA, CÁPSULAS ORALES, 20 MG	35	FOSFATO SÓDICO DE DEXAMETASONA, SOLUCIÓN INYECTABLE	48
FLUOXETINA, CÁPSULAS ORALES, 40 MG	35	FOSFATO SÓDICO DE PREDNISOLONA OFTÁLMICO (OJOS)	62
FLUOXETINA, CÁPSULAS ORALES, LIBERACIÓN RETARDADA (DR/EC)	35	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)	48
FLUOXETINA, COMPRIMIDOS ORALES, 10 MG	35	FOSFENITOÍNA	27
FLUOXETINA, COMPRIMIDOS ORALES, 20 MG	35	FOSFOMICINA TROMETAMINA	19
FLUOXETINA, SOLUCIÓN ORAL	35	FOSINOPRIL	40
FLUOXETINA (TRASTORNO DISFÓRICO PREMENSTRUAL), COMPRIMIDOS ORALES, 10 MG ...	35	FOSINOPRIL-HIDROCLOROTIAZIDA	40
FLUOXETINA (TRASTORNO DISFÓRICO PREMENSTRUAL), COMPRIMIDOS ORALES, 20 MG ...	35	FOTIVDA	22
FLURBIPROFENO, COMPRIMIDOS ORALES, 100 MG ..	32	FULVESTRANT	22
FLURBIPROFENO SÓDICO	62	FUMARATO DE BISOPROLOL	39
FLUTAMIDA	21	FUMARATO DE DISOPROXILO DE TENOFOVIR	14
FLUVASTATINA, CÁPSULAS ORALES, 20 MG	42	FUMARATO DE FORMOTEROL	63
FLUVASTATINA, CÁPSULAS ORALES, 40 MG	42	FUROSEMIDA, COMPRIMIDOS ORALES	40
FLUVASTATINA, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA, 24 HORAS	42	FUROSEMIDA INYECTABLE	40
FLUVOXAMINA, COMPRIMIDOS ORALES, 50 MG	35	FUROSEMIDA, SOLUCIÓN ORAL, 10 MG/ML, 40 MG/5 ML (8 MG/ML)	40
FLUVOXAMINA, COMPRIMIDOS ORALES, 100 MG, 25 MG	35	FUROSEMIDE, SOLUCIÓN ORAL, 40 MG/4 ML	40
FOLIVANE-OB	67	FUZEON, SOL. PARA RECONST. SUBCUTÁNEA	13
FOLOTYN	22	FYAVOLV	58
FOMEPIZOL	56	FYCOMPA, COMPRIMIDOS ORALES, 2 MG	27
FONDAPARINUX, JERINGA SUBCUTÁNEA, 2.5 MG/0.5 ML	41	FYCOMPA, COMPRIMIDOS ORALES, 4 MG, 6 MG	27
FONDAPARINUX, JERINGA SUBCUTÁNEA, 10 MG/0.8 ML, 5 MG/0.4 ML, 7.5 MG/0.6 ML	41	FYCOMPA, COMPRIMIDOS ORALES, 10 MG, 12 MG, 8 MG	27
FOSAMPRENAVIR	13	FYCOMPA, SUSPENSIÓN ORAL	27
FOSFATO DE CARVEDILOL	39		
FOSFATO DE CLINDAMICINA, GEL TÓPICO	44		
FOSFATO DE CLINDAMICINA INTRAVENOSO	16		
FOSFATO DE CLINDAMICINA INYECTABLE	16		
FOSFATO DE CLINDAMICINA, LOCIÓN TÓPICA	44		
FOSFATO DE CLINDAMICINA, PAÑO TÓPICO	44		
FOSFATO DE CLINDAMICINA, SOLUCIÓN TÓPICA	44		
FOSFATO DE CLINDAMICINA VAGINAL	58		
FOSFATO DE CLOROQUINA	16		
FOSFATO SÓDICO DE DEXAMETASONA OFTÁLMICO (OJOS)	62		
FOSFATO SÓDICO DE DEXAMETASONA (PF), SOLUCIÓN INYECTABLE	48		
		G	
		GABAPENTINA, CÁPSULAS ORALES, 100 MG, 300 MG	27
		GABAPENTINA, CÁPSULAS ORALES, 400 MG	27
		GABAPENTINA, COMPRIMIDOS ORALES, 600 MG	27
		GABAPENTINA, COMPRIMIDOS ORALES, 800 MG	27
		GABAPENTINA, SOLUCIÓN ORAL	27
		GALANTAMINA, CÁPSULAS ORALES, PÍLDORAS DE LIB. PROL., 24 HORAS	30
		GALANTAMINA, COMPRIMIDOS ORALES	30
		GALANTAMINA, SOLUCIÓN ORAL	30

Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
GAMMAGARD, LÍQUIDO	56	GLICOPIRRONIO (PF)	53
GAMMAGARD S-D (IGA < 1 MCG/ML)	56	GLICOPIRRONIO (PF) EN AGUA, INYECTABLE	53
GAMMAKED	56	GLICOPIRRONIO (PF) EN AGUA, JERINGA	
GAMMAPLEX	56	INTRAVENOSA, 0.4 MG/2 ML (0.2 MG/ML)	53
GAMMAPLEX (CON SORBITOL)	56	GLIMEPIRIDA, COMPRIMIDOS ORALES, 1 MG	49
GAMUNEX-C	56	GLIMEPIRIDA, COMPRIMIDOS ORALES, 2 MG	49
GARDASIL 9 (PF)	56	GLIMEPIRIDA, COMPRIMIDOS ORALES, 4 MG	49
GASAS, 2 X 2	49	GLIPIZIDA, COMPRIMIDOS ORALES, 5 MG	49
GATTEX, VIAL DE 30	54	GLIPIZIDA, COMPRIMIDOS ORALES, 10 MG	49
GATTEX, VIAL DE UNO	54	GLIPIZIDA, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN	
GAVILYTE-C	54	PROLONGADA, 24 HORAS, 2.5 MG	49
GAVRETO	22	GLIPIZIDA, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN	
GAZYVA	22	PROLONGADA, 24 HORAS, 5 MG	49
GEMCITABINA, SOL. PARA RECONST.		GLIPIZIDA, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN	
INTRAVENOSA	22	PROLONGADA, 24 HORAS, 10 MG	49
GEMCITABINA, SOLUCIÓN INTRAVENOSA,		GLIPIZIDA-METFORMINA, COMPRIMIDOS	
1 GRAMO/26.3 ML (38 MG/ML), 2 GRAMOS/52.6 ML		ORALES, 2.5-250 MG	49
(38 MG/ML), 200 MG/5.26 ML (38 MG/ML)	22	GLIPIZIDA-METFORMINA, COMPRIMIDOS	
GEMCITABINA, SOLUCIÓN INTRAVENOSA,		ORALES, 2.5-500 MG, 5-500 MG	49
100 MG/ML	22	GLUCAGEN HYPOKIT	49
GEMFIBROZIL	42	GLUCAGON (HCL), KIT DE EMERGENCIAS	49
GEMMILY	59	GLUCAGON, KIT DE EMERGENCIAS (HUMANO)	49
GEMTESA	65	GLUCONATO DE CLORHEXIDINA, MEMBRANA	
GENERLAC	54	MUCOSA	48
GENGRAF	22	GLYDO	43
GENOTROPIN	55	GLYXAMBI	49
GENOTROPIN MINISQUICK	55	GRANISETRÓN (PF), SOLUCIÓN INTRAVENOSA,	
GENTAK, POMADA OFTÁLMICA (OJOS)	61	1 MG/ML (1 ML)	54
GENTAMICINA, CREMA TÓPICA	45	GRISEOFULVINA MICRONIZADA	12
GENTAMICINA EN NACL (ISO-OSM.), INFUSIÓN		GRISEOFULVINA ULTRAMICRONIZADA	12
SECUNDARIA INTRAVENOSA, 100 MG/100 ML,		GUANFACINA, COMPRIMIDOS ORALES,	
100 MG/50 ML, 120 MG/100 ML, 60 MG/50 ML,		LIBERACIÓN PROLONGADA, 24 HORAS	35
80 MG/100 ML, 80 MG/50 ML	17	GVOKE	49
GENTAMICINA, GOTAS OFTÁLMICAS (OJOS)	61	GVOKE HYPOPEN, PAQUETE DE 1	49
GENTAMICINA, POMADA TÓPICA	45	GVOKE HYPOPEN, PAQUETE DE 2	49
GENTAMICINA, SOLUCIÓN INYECTABLE, 40 MG/ML ..	17	GVOKE PFS, PAQUETE CON 1 JERINGA	49
GENVOYA	13	GVOKE PFS, PAQUETE CON 2 JERINGAS	49
GILENYA, CÁPSULAS ORALES, 0.5 MG	30		
GILOTRIF	22		
GLICOPIRRONIO, COMPRIMIDOS ORALES	53		
GLICOPIRRONIO INYECTABLE	53		
		H	
		HAEGARDA	63
		HAILEY	59

Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
HAILEY 24 FE.....	59	HIDROCORTISONA-ÁCIDO ACÉTICO	48
HAILEY FE 1.5/30 (28)	59	HIDROCORTISONA, CREMA TÓPICA, 1%, 2.5%	46
HAILEY FE 1/20 (28)	59	HIDROCORTISONA, CREMA TÓPICA CON APLICADOR PERINEAL, 1%	46
HALAVEN.....	22	HIDROCORTISONA, CREMA TÓPICA CON APLICADOR PERINEAL, 2.5%.....	54
HALOPERIDOL, COMPRIMIDOS ORALES, 0.5 MG, 1 MG, 2 MG, 5 MG	35	HIDROCORTISONA, LOCIÓN TÓPICA, 2.5%.....	46
HALOPERIDOL, COMPRIMIDOS ORALES, 10 MG, 20 MG	35	HIDROCORTISONA ORAL	48
HARVONI, COMPRIMIDOS ORALES, 45-200 MG	13	HIDROCORTISONA, POMADA TÓPICA, 1%, 2.5%	46
HARVONI, COMPRIMIDOS ORALES, 90-400 MG	13	HIDROCORTISONA RECTAL	54
HARVONI, PÍLDORAS DE ADMINISTRACIÓN ORAL EN PAQUETES, 33.75-150 MG	13	HIDROMORFONA, COMPRIMIDOS ORALES	31
HARVONI, PÍLDORAS DE ADMINISTRACIÓN ORAL EN PAQUETES, 45-200 MG	13	HIDROMORFONA, LÍQUIDO ORAL	31
HAVRIX (PF).....	56	HIDROXICLOROQUINA	17
HEATHER	58	HIDROXIUREA.....	22
HEPARINA (PORCINA) EN DEXT. AL 5%.....	41	HIPURATO DE METENAMINA	19
HEPARINA (PORCINA) EN NACL AL 0.45%, SOLUCIÓN PARENTERAL, INTRAVENOSA, 25,000 UNIDADES/250 ML, 25,000 UNIDADES/500 ML	41	HIZENTRA.....	56
HEPARINA (PORCINA) EN NACL (PF)	41	HUMALOG JUNIOR KWIKPEN U-100	49
HEPARINA, PORCINA (PF), JERINGA INYECTABLE.....	42	HUMALOG KWIKPEN, INSULINA.....	49
HEPARINA (PORCINA), SOLUCIÓN INYECTABLE.....	41	HUMALOG MIX 50-50, INSULINA U-100.....	49
HEPARIN (PORCINA), JERINGA INYECTABLE, 5,000 UNIDADES/ML.....	41	HUMALOG MIX 50-50 KWIKPEN.....	49
HETLIOZ	35	HUMALOG MIX 75-25 KWIKPEN.....	49
HIBERIX (PF)	56	HUMALOG MIX 75-25 (U-100), INSULINA.....	49
HICLATO DE DOXICICLINA, CÁPSULAS ORALES	19	HUMALOG U-100, INSULINA	49
HICLATO DE DOXICICLINA, COMPRIMIDOS ORALES, 20 MG	19	HUMIRA (CF), KIT DE JERINGA SUBCUTÁNEA, 10 MG/0.1 ML, 20 MG/0.2 ML	57
HICLATO DE DOXICICLINA, COMPRIMIDOS ORALES, 100 MG	19	HUMIRA (CF), KIT DE JERINGA SUBCUTÁNEA, 40 MG/0.4 ML	57
HICLATO DE DOXICICLINA INTRAVENOSO	19	HUMIRA (CF) PEDI CROHNS, PAQUETE INICIAL, KIT DE JERINGA SUBCUTÁNEA, 80 MG/0.8 ML	57
HIDRALAZINA INYECTABLE.....	40	HUMIRA (CF) PEDI CROHNS, PAQUETE INICIAL, KIT DE JERINGA SUBCUTÁNEA, 80 MG/0.8 ML-40 MG/0.4 ML	57
HIDRALAZINA ORAL.....	40	HUMIRA (CF) PEN CROHNS-UC-HS.....	57
HIDROCLOROTIAZIDA.....	40	HUMIRA (CF) PEN, KIT DE INYECTOR SUBCUTÁNEO, 40 MG/0.4 ML.....	57
HIDROCODONA-ACETAMINOFENO, COMPRIMIDOS ORALES, 10-325 MG, 5-325 MG, 7.5-325 MG	31	HUMIRA (CF) PEN, KIT DE LAPICERA PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA, 80 MG/0.8 ML	57
HIDROCODONA-ACETAMINOFENO, SOLUCIÓN ORAL, 7.5-325 MG/15 ML	31	HUMIRA (CF) PEN PEDIATRIC UC.....	57
HIDROCODONA-IBUPROFENO	31	HUMIRA (CF) PEN PSOR-UV-ADOL HS	57
		HUMIRA, KIT DE JERINGA SUBCUTÁNEA, 40 MG/0.8 ML.....	57
		HUMIRA PEN	57

Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
HUMIRA PEN CROHNS-UC-HS, PAQUETE INICIAL	57	INCRUSE ELLIPTA	64
HUMIRA PEN PSOR-UEVITS-ADOL HS	57	INDAPAMIDA	40
HUMULIN 70/30 U-100, INSULINA	50	INFANRIX (DTAP) (PF), JERINGA INTRAMUSCULAR	56
HUMULIN 70/30 U-100 KWIKPEN	50	INFLECTRA	54
HUMULIN N NPH, INSULINA KWIKPEN	50	INFUGEM	22
HUMULIN N NPH U-100, INSULINA	50	INFUMORPH P/F	31
HUMULIN R REGULAR U-100, INSULINA	50	INGREZZA	30
HUMULIN R U-500 (CONC) INSULINA	50	INGREZZA, PAQUETE DE INICIACIÓN	30
HUMULIN R U-500 (CONC) KWIKPEN	50	INLYTA, COMPRIMIDOS ORALES, 1 MG	22
HYDROCODONE-ACETAMINOPHEN, COMPRIMIDOS ORALES, 10-300 MG, 7.5-300 MG	31	INLYTA, COMPRIMIDOS ORALES, 5 MG	22
I		INQOVI	22
IBANDRONATO ORAL	57	INREBIC	22
IBRANCE	22	INSULINA, AGUJA PARA LAPICERA	50
IBU	32	INSULIN LISPRO	50
IBUPROFENO, COMPRIMIDOS ORALES, 400 MG, 600 MG, 800 MG	32	INSULIN LISPRO PROTAMIN-LISPRO	50
IBUPROFENO, SUSPENSIÓN ORAL	32	INTELENCE, COMPRIMIDOS ORALES, 25 MG	13
ICATIBANTO	64	INTELENCE, COMPRIMIDOS ORALES, 100 MG, 200 MG	13
ICLEVIA	59	INTRALIPID, EMULSIÓN INTRAVENOSA, 20%, 30%	66
ICLUSIG	22	INTRON A, SOL. PARA RECONST. INYECT., 10 MILLONES DE UNIDADES (1 ML), 50 MILLONES DE UNIDADES (1 ML)	55
IDARRUBICINA	22	INTROVALE	59
IDHIFA	22	INVEGA HAFYERA, JERINGA INTRAMUSCULAR, 1,092 MG/3.5 ML	35
IFOSFAMIDA	22	INVEGA HAFYERA, JERINGA INTRAMUSCULAR, 1,560 MG/5 ML	36
IMATINIB, COMPRIMIDOS ORALES, 100 MG	22	INVEGA SUSTENNA, JERINGA INTRAMUSCULAR, 39 MG/0.25 ML	36
IMATINIB, COMPRIMIDOS ORALES, 400 MG	22	INVEGA SUSTENNA, JERINGA INTRAMUSCULAR, 78 MG/0.5 ML	36
IMBRUVICA, CÁPSULAS ORALES, 70 MG	22	INVEGA SUSTENNA, JERINGA INTRAMUSCULAR, 117 MG/0.75 ML	36
IMBRUVICA, CÁPSULAS ORALES, 140 MG	22	INVEGA SUSTENNA, JERINGA INTRAMUSCULAR, 156 MG/ML	36
IMBRUVICA, COMPRIMIDOS ORALES	22	INVEGA SUSTENNA, JERINGA INTRAMUSCULAR, 234 MG/1.5 ML	36
IMBRUVICA, SUSPENSIÓN ORAL	22	INVEGA TRINZA, JERINGA INTRAMUSCULAR, 273 MG/0.88 ML	36
IMFINZI	22	INVEGA TRINZA, JERINGA INTRAMUSCULAR, 410 MG/1.32 ML	36
IMIPENEM-CILASTATINA	17	INVEGA TRINZA, JERINGA INTRAMUSCULAR, 546 MG/1.75 ML	36
IMIQUIMOD, CREMA TÓPICA EN BOMBA DE DOSIS MEDIDAS	43		
IMIQUIMOD, CREMA TÓPICA EN PAQUETE, 3.75%	43		
IMIQUIMOD, CREMA TÓPICA EN PAQUETE, 5%	43		
IMOVAX (PF), VACUNA ANTIRRÁBICA	56		
INCASSIA	58		
INCRELEX	47		

Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
INVEGA TRINZA, JERINGA INTRAMUSCULAR, 819 MG/2.63 ML	36	JANUMET	50
INVELTYS	62	JANUMET XR, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA, MULTIFÁSICA, 24 HORAS, 50-1,000 MG, 50-500 MG	50
INVIRASE, COMPRIMIDOS ORALES	13	JANUMET XR, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA, MULTIFÁSICA, 24 HORAS, 100-1,000 MG	50
INVOKAMET	50	JANUVIA	50
INVOKAMET XR	50	JARDIANCE	50
INVOKANA	50	JASMIEL (28)	59
IPOL	56	JEMPERLI	22
IPRATROPIO-ALBUTEROL	64	JENCYCLA	58
IRBESARTÁN	40	JENTADUETO	50
IRBESARTÁN-HIDROCLOROTIAZIDA	40	JENTADUETO XR, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN INMEDIATA-LIBERACIÓN PROLONGADA, BIFÁSICA, 24 HORAS, 2.5-1,000 MG	50
IRESSA	22	JENTADUETO XR, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN INMEDIATA-LIBERACIÓN PROLONGADA, BIFÁSICA, 24 HORAS, 5-1,000 MG	50
IRINOTECÁN	22	JERINGA PARA INSULINA (DES.), U-100 0.3 ML, 1 ML, 1/2 ML	50
IRRIGACIÓN DE SOLUCIÓN DE LACTATO SÓDICO COMPUESTA	46	JEVTANA	22
IRRIGACIÓN DE SOLUCIÓN DE LACTATO SÓDICO COMPUESTA	46	JOLESSA	59
ISENTRESS, COMPRIMIDOS ORALES	13	JULEBER	59
ISENTRESS, COMPRIMIDOS ORALES MASTICABLES, 25 MG	13	JULUCA	13
ISENTRESS, COMPRIMIDOS ORALES MASTICABLES, 100 MG	13	JUNEL 1.5/30 (21)	59
ISENTRESS, DE DOSIS ALTA	13	JUNEL 1/20 (21)	59
ISENTRESS, PAQUETE DE POLVO ORAL	13	JUNEL FE 1.5/30 (28)	59
ISIBLOOM	59	JUNEL FE 1/20 (28)	59
ISONIAZIDA, COMPRIMIDOS ORALES	17	JUNEL FE 24	59
ISONIAZIDA, SOLUCIÓN ORAL	17		
ISOSORBIDA-HIDRALAZINA	43	K	
ISOTRETINOÍNA, CÁPSULAS ORALES, 10 MG, 20 MG, 30 MG, 40 MG	44	KABIVEN	66
ISRADIPINA	40	KADCYLA	22
ITRACONAZOL, CÁPSULAS ORALES	12	KAITLIB FE	59
ITRACONAZOL, SOLUCIÓN ORAL	12	KALETRA, COMPRIMIDOS ORALES, 100-25 MG	13
IVERMECTINA ORAL	17	KALETRA, COMPRIMIDOS ORALES, 200-50 MG	13
IXEMPRA	22	KALLIGA	59
IXIARO (PF)	56	KALYDECO, COMPRIMIDOS ORALES	64
		KALYDECO, PAQUETE DE GRÁNULOS ORALES	64
J		KARIVA (28)	59
JAIMIESS	59		
JAKAFI	22		
JANTOVEN	42		

Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
KELNOR 1/35 (28)	59	LACTATO DE AMONIO	43
KELNOR 1-50 (28)	59	LACTATO DE HALOPERIDOL INYECTABLE	35
KERENDIA	40	LACTATO DE HALOPERIDOL ORAL	35
KETOCONAZOL, CHAMPÚ TÓPICO	45	LACTULOSA, SOLUCIÓN ORAL	54
KETOCONAZOL, CREMA TÓPICA	45	LAMIVUDINA, COMPRIMIDOS ORALES, 100 MG, 300 MG	13
KETOCONAZOL ORAL	12	LAMIVUDINA, COMPRIMIDOS ORALES, 150 MG	13
KETOROLACO OFTÁLMICO (OJOS)	62	LAMIVUDINA, SOLUCIÓN ORAL	13
KEYTRUDA	22	LAMIVUDINA-ZIDOVUDINA	13
KIMMTRAK	22	LAMOTRIGINA, COMPRIMIDOS DE DESINTEGRACIÓN ORAL	28
KINRIX (PF), JERINGA INTRAMUSCULAR	56	LAMOTRIGINA, COMPRIMIDOS ORALES	28
KISQALI	22	LAMOTRIGINA, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA, 24 HORAS	28
KISQALI FEMARA CO-PACK, COMPRIMIDOS ORALES, 200 MG/DÍA (200 MG X 1), 2.5 MG	22	LAMOTRIGINA, COMPRIMIDOS ORALES MASTICABLES DISPERSABLES	28
KISQALI FEMARA CO-PACK, COMPRIMIDOS ORALES, 400 MG/DÍA (200 MG X 2), 2.5 MG	22	LANOXIN, COMPRIMIDOS ORALES, 62.5 MCG (0.0625 MG)	43
KISQALI FEMARA CO-PACK, COMPRIMIDOS ORALES, 600 MG/DÍA (200 MG X 3), 2.5 MG	22	LANOXIN, PEDIÁTRICO	43
KLISYRI	22	LANSOPRAZOL, CÁPSULAS ORALES, LIBERACIÓN RETARDADA (DR/EC)	55
KLOR-CON	65	LANTUS SOLOSTAR U-100, INSULINA	50
KLOR-CON 8	65	LANTUS U-100, INSULINA	50
KLOR-CON 10	65	LAPATINIB	22
KLOR-CON M10	65	LARIN 1.5/30 (21)	59
KLOR-CON M15	65	LARIN 1/20 (21)	59
KLOR-CON M20	65	LARIN 24 FE	59
KLOXXADO	32	LARIN FE 1.5/30 (28)	59
KORLYM	52	LARIN FE 1/20 (28)	59
K-PHOS ORIGINAL	65	LATANOPROST	62
KURVELO (28)	59	LATUDA, COMPRIMIDOS ORALES, 80 MG	36
KUVAN	52	LATUDA, COMPRIMIDOS ORALES, 120 MG, 20 MG, 40 MG, 60 MG	36
KYNMOBI, PELÍCULA SUBLINGUAL, 10 MG, 15 MG, 20 MG, 25 MG, 30 MG	29	LAYOLIS FE	59
KYPROLIS	22	LEENA 28	59
L		LEFLUNOMIDA	57
LABETALOL ORAL	40	LENALIDOMIDA, CÁPSULAS ORALES, 2.5 MG	23
LACOSAMIDA, COMPRIMIDOS ORALES, 50 MG	28	LENALIDOMIDA, CÁPSULAS ORALES, 10 MG, 15 MG, 25 MG, 5 MG	22
LACOSAMIDA, COMPRIMIDOS ORALES, 100 MG, 150 MG, 200 MG	28	LENALIDOMIDA, CÁPSULAS ORALES, 20 MG	23
LACOSAMIDA INTRAVENOSA	27	LENVIMA, CÁPSULAS ORALES, 10 MG/DÍA (10 MG X 1), 4 MG	23
LACOSAMIDA, SOLUCIÓN ORAL	27		
LACRISERT	61		

Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
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).....	23	LIBTAYO.....	23
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).....	23	LIDOCAÍNA, PARCHE ADHESIVO TÓPICO, MEDICADO, 5%.....	44
LESSINA.....	59	LIDOCAÍNA (PF), INTRAVENOSA.....	38
LETROZOL.....	23	LIDOCAÍNA (PF), SOLUCIÓN INYECTABLE.....	44
LEUCOVORINA CÁLCICA, INYECTABLE.....	19	LIDOCAÍNA, POMADA TÓPICA.....	44
LEUCOVORINA CÁLCICA ORAL.....	19	LIDOCAÍNA-PRILOCAÍNA, CREMA TÓPICA.....	44
LEUKERAN.....	23	LIDOCAÍNA VISCOSA.....	44
LEUKINE, SOL. PARA RECONST. INYECTABLE.....	55	LINCOMICINA.....	17
LEUPROLIDA SUBCUTÁNEA, KIT.....	23	LINDANO, CHAMPÚ TÓPICO.....	46
LEVEMIR FLEXTOUCH U-100, INSULINA.....	50	LINEZOLIDA-CLORURO DE SODIO AL 0.9%.....	17
LEVEMIR U-100, INSULINA.....	50	LINEZOLIDA, COMPRIMIDOS ORALES.....	17
LEVETIRACETAM EN NACL (ISO-OSM.), INFUSIÓN SECUNDARIA INTRAVENOSA, 1,000 MG/100 ML, 1,500 MG/100 ML, 500 MG/100 ML.....	28	LINEZOLIDA EN DEXTROSA AL 5%.....	17
LEVETIRACETAM INTRAVENOSO.....	28	LINEZOLIDA, SUSPENSIÓN ORAL PARA RECONSTITUCIÓN.....	17
LEVETIRACETAM ORAL.....	28	LINZESS.....	54
LEVOBUNOLOL, GOTAS OFTÁLMICAS (OJOS), 0.5% ..	61	LIOTIRONINA ORAL.....	53
LEVOCARNITINA, COMPRIMIDOS ORALES.....	47	LISINOPRIL.....	40
LEVOCARNITINA (CON AZÚCAR).....	47	LISINOPRIL-HIDROCLOROTIAZIDA.....	40
LEVOCARNITINA, SOLUCIÓN ORAL, 100 MG/ML.....	47	LIVALO.....	42
LEVOCETIRIZINA, COMPRIMIDOS ORALES.....	62	L NORGEST/E.ESTRADIOL-E.ESTRAD.....	59
LEVOCETIRIZINA, SOLUCIÓN ORAL.....	62	LOJAIMIESS.....	60
LEVOFLOXACINA, COMPRIMIDOS ORALES.....	18	LOKELMA.....	47
LEVOFLOXACINA EN D5W.....	18	LONSURF, COMPRIMIDOS ORALES, 15-6.14 MG.....	23
LEVOFLOXACINA INTRAVENOSA.....	18	LONSURF, COMPRIMIDOS ORALES, 20-8.19 MG.....	23
LEVOFLOXACINA, SOLUCIÓN ORAL.....	18	LOPERAMIDA, CÁPSULAS ORALES.....	53
LEVONEST (28).....	60	LOPINAVIR-RITONAVIR, COMPRIMIDOS ORALES, 100-25 MG.....	13
LEVONORGESTREL-ETINILESTRADIOL.....	60	LOPINAVIR-RITONAVIR, COMPRIMIDOS ORALES, 200-50 MG.....	13
LEVONORG-ETETINILESTRADIOL TRIFÁSICO.....	60	LOPINAVIR-RITONAVIR, SOLUCIÓN ORAL.....	13
LEVORA-28.....	60	LORAZEPAM, COMPRIMIDOS ORALES, 0.5 MG, 1 MG.....	36
LEVO-T.....	53	LORAZEPAM, COMPRIMIDOS ORALES, 2 MG.....	36
LEVOTIROXINA, COMPRIMIDOS ORALES.....	53	LORAZEPAM, CONCENTRADO ORAL.....	36
LEVOXYL, COMPRIMIDOS ORALES, 100 MCG, 112 MCG, 175 MCG.....	53	LORAZEPAM, INTENSOL.....	36
LEVOXYL, COMPRIMIDOS ORALES, 125 MCG, 137 MCG, 150 MCG, 200 MCG, 25 MCG, 50 MCG, 75 MCG, 88 MCG.....	53	LORAZEPAM, JERINGA INYECTABLE, 2 MG/ML.....	36
LEXIVA, SUSPENSIÓN ORAL.....	13	LORAZEPAM, JERINGA ORAL.....	36
		LORAZEPAM, SOLUCIÓN INYECTABLE.....	36
		LORBRENA, COMPRIMIDOS ORALES, 25 MG.....	23
		LORBRENA, COMPRIMIDOS ORALES, 100 MG.....	23

Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
LORYNA (28)	60	MALEATO DE ENALAPRIL, COMPRIMIDOS ORALES ...	40
LOSARTÁN	40	MALEATO DE PROCLORPERAZINA ORAL	54
LOSARTÁN-HIDROCLOROTIAZIDA, COMPRIMIDOS ORALES, 50-12.5 MG	40	MALEATO DE TIMOLOL, GOTAS OFTÁLMICAS (OJOS)	61
LOSARTÁN-HIDROCLOROTIAZIDA, COMPRIMIDOS ORALES, 100-12.5 MG, 100-25 MG	40	MALEATO DE TIMOLOL ORAL	41
LOTEMAX	62	MARAVIROC, COMPRIMIDOS ORALES, 150 MG	13
LOTEMAX SM	62	MARAVIROC, COMPRIMIDOS ORALES, 300 MG	13
LOVASTATINA, COMPRIMIDOS ORALES, 10 MG	42	MARGENZA	23
LOVASTATINA, COMPRIMIDOS ORALES, 20 MG, 40 MG	42	MARLISSA (28)	60
LOW-OGESTREL (28)	60	MARPLAN	36
LO-ZUMANDIMINE (28)	60	MARQIBO	23
LUMAKRAS	23	MATULANE	23
LUMIGAN, GOTAS OFTÁLMICAS (OJOS), 0.01%	62	MATZIM LA	40
LUMIZYME	52	MAVYRET, COMPRIMIDOS ORALES	14
LUMOXITI	23	MAVYRET, PÍLDORAS DE ADMINISTRACIÓN ORAL EN PAQUETES	13
LUPRON DEPOT	23	MECLIZINA, COMPRIMIDOS ORALES, 12.5 MG, 25 MG	54
LUPRON DEPOT (3 MESES)	23	MEDROL, COMPRIMIDOS ORALES, 2 MG	48
LUPRON DEPOT (4 MESES)	23	MEDROXIPROGESTERONA INTRAMUSCULAR	58
LUPRON DEPOT (6 MESES)	23	MEDROXIPROGESTERONA ORAL	58
LUPRON DEPOT-PED	23	MEFLOQUINA	17
LUPRON DEPOT-PED (3 MESES), KIT CON JERINGA INTRAMUSCULAR, 11.25 MG	23	MEGESTROL, COMPRIMIDOS ORALES	23
LUPRON DEPOT-PED (3 MESES), KIT CON JERINGA INTRAMUSCULAR, 30 MG	23	MEGESTROL, SUSPENSIÓN ORAL, 400 MG/10 ML (10 ML), 400 MG/10 ML (40 MG/ML), 800 MG/20 ML (20 ML)	23
LUTERA (28)	60	MEKINIST, COMPRIMIDOS ORALES, 0.5 MG	23
LYBALVI	36	MEKINIST, COMPRIMIDOS ORALES, 2 MG	23
LYNPARZA	23	MEKTOVI	23
LYSODREN	23	MELFALÁN	23
LYUMJEV KWIKPEN U-100, INSULINA	50	MELOXICAM, COMPRIMIDOS ORALES, 7.5 MG	32
LYUMJEV KWIKPEN U-200, INSULINA	50	MELOXICAM, COMPRIMIDOS ORALES, 15 MG	32
LYUMJEV U-100, INSULINA	50	MEMANTINA, CÁPSULAS ORALES CON GRÁNULOS, LIB. PROLONGADA, 24 HORAS	30
LYZA	58	MEMANTINA, COMPRIMIDOS ORALES, 5 MG	30
		MEMANTINA, COMPRIMIDOS ORALES, 10 MG	30
		MEMANTINA, COMPRIMIDOS ORALES, PAQUETE DOSIFICADO	30
		MEMANTINA, SOLUCIÓN ORAL	30
		MENACTRA (PF), SOLUCIÓN INTRAMUSCULAR	56
		MENOSTAR	58

M

MALATIÓN	46
MALEATO DE ASENAPINA, COMPRIMIDOS SUBLINGUALES, 5 MG	33
MALEATO DE ASENAPINA, COMPRIMIDOS SUBLINGUALES, 10 MG, 2.5 MG	33

Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
MENQUADFI (PF).....	56	METIROSINA.....	40
MENVEO A-C-Y-W-135-DIP (PF).....	56	METOCARBAMOL, COMPRIMIDOS ORALES, 500 MG, 750 MG.....	31
MERCAPTOPURINA.....	23	METOLAZONA.....	40
MEROPENEM.....	17	METOTREXATO SÓDICO INYECTABLE.....	23
MEROPENEM-CLORURO DE SODIO AL 0.9%.....	17	METOTREXATO SÓDICO ORAL.....	23
MERZEE.....	60	METOTREXATO SÓDICO (PF).....	23
MESALAMINA, CÁPSULAS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA, 24 HORAS.....	54	METOXALENO.....	44
MESALAMINA CON PAÑUELO LIMPIADOR.....	54	METRO INTRAVENOSO.....	17
MESALAMINA, ENEMA RECTAL.....	54	METRONIDAZOL, COMPRIMIDOS ORALES.....	17
MESILATO DE ZIPRASIDONA.....	38	METRONIDAZOL EN NA CL (ISO-OSM.).....	17
MESNA.....	19	METRONIDAZOL TÓPICO.....	44
MESNEX ORAL.....	19	METRONIDAZOL VAGINAL.....	58
METADATE, LIBERACIÓN PROLONGADA.....	36	MEXILETINA.....	38
METADONA, COMPRIMIDOS ORALES, 5 MG.....	31	MIACALCIN INYECTABLE.....	52
METADONA, COMPRIMIDOS ORALES, 10 MG.....	31	MICAFUNGINA.....	12
METADONA, CONCENTRADO ORAL.....	31	MICOFENOLATO SÓDICO.....	23
METADONA, SOLUCIÓN INYECTABLE.....	31	MICROGESTIN 1.5/30 (21).....	60
METADONA, SOLUCIÓN ORAL, 5 MG/5 ML.....	31	MICROGESTIN 1/20 (21).....	60
METADONA, SOLUCIÓN ORAL, 10 MG/5 ML.....	31	MICROGESTIN FE 1.5/30 (28).....	60
METAPROTERENOL, JARABE ORAL.....	64	MICROGESTIN FE 1/20 (28).....	60
METAZOLAMIDA.....	62	MIDODRINA.....	47
METFORMINA, COMPRIMIDOS ORALES, 1,000 MG.....	50	MIGERGOT.....	30
METFORMINA, COMPRIMIDOS ORALES, 500 MG.....	50	MIGLITOL, COMPRIMIDOS ORALES, 25 MG.....	51
METFORMINA, COMPRIMIDOS ORALES, 850 MG.....	50	MIGLITOL, COMPRIMIDOS ORALES, 50 MG.....	51
METFORMINA, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA, 24 HORAS, 1,000 MG.....	50	MIGLITOL, COMPRIMIDOS ORALES, 100 MG.....	51
METFORMINA, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA, 24 HORAS, 500 MG.....	51	MIGLUSTATO.....	52
METFORMINA, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA, 24 HORAS, 500 MG (GENÉRICO DE GLUCOPHAGE XR).....	50	MILI.....	60
METFORMINA, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA, 24 HORAS, 750 MG (GENÉRICO DE GLUCOPHAGE XR).....	50	MINOCICLINA, CÁPSULAS ORALES.....	19
METFORMIN, SOLUCIÓN ORAL.....	50	MINOCICLINA, COMPRIMIDOS ORALES.....	19
METHYLPRED DP.....	48	MINOXIDIL ORAL.....	40
METILDOPA.....	40	MIRTAZAPINA, COMPRIMIDOS DE DESINTEGRACIÓN ORAL.....	36
METILPREDNISOLONA, COMPRIMIDOS ORALES.....	48	MIRTAZAPINA, COMPRIMIDOS ORALES.....	36
METILPREDNISOLONA, COMPRIMIDOS ORALES, PAQUETE DOSIFICADO.....	48	MISOPROSTOL.....	55
METIMAZOL, COMPRIMIDOS ORALES, 10 MG, 5 MG.....	49	MITIGARE.....	57
		MITOMICINA INTRAVENOSA.....	23
		MITOXANTRONA.....	23
		M-M-R II (PF).....	56
		M-NATAL PLUS.....	67

Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
MODAFINIL, COMPRIMIDOS ORALES, 100 MG.....	36	MORPHINE, JERINGA INTRAVENOSA, 10 MG/ML, 8 MG/ML.....	32
MODAFINIL, COMPRIMIDOS ORALES, 200 MG.....	36	MORPHINE, JERINGA INYECTABLE, 2 MG/ML, 4 MG/ML.....	32
MOEXIPRIL.....	40	MORPHINE, SOLUCIÓN INYECTABLE, 10 MG/ML, 2 MG/ML, 4 MG/ML, 5 MG/ML.....	32
MOFETIL MICOFENOLATO, CÁPSULAS ORALES.....	23	MOUNJARO.....	51
MOFETIL MICOFENOLATO (CLORHIDRATO).....	23	MOVANTIK.....	54
MOFETIL MICOFENOLATO, COMPRIMIDOS ORALES ..	23	MOXIFLOXACINA-ACETATO SÓDICO, SULFATO EN AGUA.....	18
MOFETIL MICOFENOLATO, SUSPENSIÓN ORAL PARA RECONSTITUCIÓN.....	23	MOXIFLOXACINA-CLORURO DE SODIO (ISO).....	18
MOLINDONA.....	36	MOXIFLOXACINA OFTÁLMICA (OJOS).....	61
MOMETASONA NASAL.....	64	MOXIFLOXACINA ORAL.....	18
MOMETASONA TÓPICA.....	46	MOZOBIL.....	55
MONDOXYNE NL, CÁPSULAS ORALES, 100 MG.....	19	MUPIROCINA.....	45
MONJUVI.....	23	MUPIROCINA CÁLCICA.....	45
MONOHIDRATO DE DOXICICLINA, CÁPSULAS ORALES, 100 MG, 50 MG.....	19	MYLOTARG.....	24
MONOHIDRATO DE DOXICICLINA, CÁPSULAS ORALES, LIB. INMEDIATA-LIB. RETARDADA, BIFÁSICA.....	19	MYORISAN.....	44
MONOHIDRATO DE DOXICICLINA, COMPRIMIDOS ORALES.....	19	MYRBETRIQ, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA, 24 HORAS.....	65
MONOHIDRATO DE DOXICICLINA, SUSPENSIÓN ORAL PARA RECONSTITUCIÓN.....	19	N	
MONOHIDRATO DE NITROFURANTOÍNA/ MACROCRIST.....	19	NABUMETONA.....	32
MONO-LINYAH.....	60	NADOLOL.....	40
MONONITRATO DE ISOSORBIDA.....	43	NAFCILINA EN DEXTROSA, ISO-OSM.....	18
MONTelukAST, COMPRIMIDOS ORALES.....	64	NAFCILINA INYECTABLE.....	18
MONTelukAST, COMPRIMIDOS ORALES MASTICABLES.....	64	NAFCILINA, SOL. PARA RECONST. INTRAVENOSA, 2 GRAMOS.....	18
MONTelukAST, PAQUETE DE GRÁNULOS ORALES...	64	NAFTIFINA, CREMA TÓPICA.....	45
MORFINA, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA.....	32	NAFTIN, GEL TÓPICO, 2%.....	45
MORFINA, JERINGA INTRAVENOSA, 2 MG/ML, 4 MG/ML.....	32	NAGLAZYME.....	52
MORFINA (PF), SOLUCIÓN INYECTABLE, 0.5 MG/ML, 1 MG/ML.....	31	NALOXONA, JERINGA INYECTABLE, 1 MG/ML.....	32
MORFINA, SOLUCIÓN INTRAVENOSA, 10 MG/ML, 4 MG/ML, 8 MG/ML.....	32	NALOXONA NASAL.....	33
MORFINA, SOLUCIÓN INYECTABLE, 8 MG/ML.....	32	NALOXONA, SOLUCIÓN INYECTABLE.....	32
MORFINA, SOLUCIÓN ORAL.....	32	NALTREXONA.....	33
MORFINA, SOLUCIÓN ORAL CONCENTRADA.....	32	NAMZARIC.....	30
MORPHINE, COMPRIMIDOS ORALES.....	32	NAPROXENO, COMPRIMIDOS ORALES.....	33
		NAPROXENO, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN RETARDADA (DR/EC).....	33
		NAPROXENO SÓDICO, COMPRIMIDOS ORALES, 275 MG, 550 MG.....	33

Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
NAPROXENO, SUSPENSIÓN ORAL	33	NICOTROL NS	47
NARATRIPTÁN	30	NIFEDIPINA, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA	40
NARCAN	33	NIFEDIPINA, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA, 24 HORAS	40
NATACYN	61	NIKKI (28)	60
NATEGLINIDA, COMPRIMIDOS ORALES, 60 MG	51	NILUTAMIDA	24
NATEGLINIDA, COMPRIMIDOS ORALES, 120 MG	51	NIMODIPINA	40
NATPARA	52	NINLARO	24
NAYZILAM	28	NIPENT	24
NEBIVOLOL	40	NISOLDIPINA	40
NECON 0.5/35 (28)	60	NISTATINA, COMPRIMIDOS ORALES	12
NEFAZODONA	36	NISTATINA, CREMA TÓPICA	45
NELARABINA	24	NISTATINA, POLVO TÓPICO	45
NEOMICINA	17	NISTATINA, POMADA TÓPICA	45
NEOMICINA-BACITRACINA-POLIMIXINA	61	NISTATINA, SUSPENSIÓN ORAL	12
NEOMICINA-BACITRACINA-POLIMIXINA-HC	62	NISTATINA-TRIAMCINOLONA	45
NEOMICINA-POLIMIXINA B-DEXAMETASONA	62	NITAZOXANIDE	17
NEOMICINA-POLIMIXINA B GU	46	NITISINONA	47
NEOMICINA-POLIMIXINA-GRAMICIDINA	61	NITROFURANTOÍNA	19
NEOMICINA-POLIMIXINA-HC OFTÁLMICA (OJOS)	62	NITROFURANTOÍNA, MACROCRISTALES	19
NEOMICINA-POLIMIXINA-HIDROCORTISONA ÓTICA (OÍDO)	48	NITROGLICERINA INTRAVENOSA	43
NEO-POLYCIN	61	NITROGLICERINA, PARCHE TRANSDÉRMICO, 24 HORAS	43
NEO-POLYCIN HC	62	NITROGLICERINA SUBLINGUAL	43
NERLYNX	24	NITROGLICERINA, TRANSLINGUAL	43
NEUPRO	29	NIVESTYM	55
NEVIRAPINA, COMPRIMIDOS ORALES	14	NIZATIDINA, CÁPSULAS ORALES	55
NEVIRAPINA, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA, 24 HORAS, 100 MG	14	NORA-BE	58
NEVIRAPINA, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA, 24 HORAS, 400 MG	14	NORET-ETINILESTRADIOL/HIERRO	60
NEVIRAPINA, SUSPENSIÓN ORAL	14	NORETISTERONA AC-ETINILESTRADIOL, COMPRIMIDOS ORALES, 1-20 MG-MCG, 1.5-30 MG-MCG	60
NEXAVAR	24	NORETISTERONA (ANTICONCEPTIVO)	58
NEXLETOL	42	NORETISTERONA-ETINILESTRADIOL-HIERRO	60
NEXLIZET	42	NORGESTIMATO-ETINILESTRADIOL	60
NIACINA, COMPRIMIDOS ORALES, 500 MG	42	NORTHERA, CÁPSULAS ORALES, 100 MG	47
NIACINA, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA, 24 HORAS	42	NORTHERA, CÁPSULAS ORALES, 200 MG, 300 MG	47
NIACOR	42	NORTREL 0.5/35 (28)	60
NICARDIPINA ORAL	40	NORTREL 1/35 (21)	60
NICARDIPINA, SOLUCIÓN INTRAVENOSA	40	NORTREL 1/35 (28)	60
NICOTROL	47		

Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
NORTREL 7/7/7 (28)	60	OLANZAPINA-FLUOXETINA	37
NORTRIPTILINA, CÁPSULAS ORALES	36	OLANZAPINA INTRAMUSCULAR	36
NORTRIPTILINA, SOLUCIÓN ORAL	36	OLMESARTÁN	40
NORVIR, PAQUETE DE POLVO ORAL	14	OLMESARTÁN-AMLODIPINA-HIDROCLOROTIAZIDA ...	40
NORVIR, SOLUCIÓN ORAL	14	OLMESARTÁN-HIDROCLOROTIAZIDA	40
NUBEQA	24	OLOPATADINA OFTÁLMICA (OJOS)	61
NUCALA, AUTOINYECTOR, VÍA SUBCUTÁNEA	64	OMEPRAZOL, CÁPSULAS ORALES, LIBERACIÓN RETARDADA (DR/EC)	55
NUCALA, JERINGA SUBCUTÁNEA, 40 MG/0.4 ML	64	OMNIPOD 5 G6 INTRO KIT (GEN 5)	51
NUCALA, JERINGA SUBCUTÁNEA, 100 MG/ML	64	OMNIPOD 5 G6 PODS (GEN 5)	51
NUEDEXTA	30	OMNIPOD CLASSIC PDM KIT (GEN 3)	51
NULOJIX	24	OMNIPOD CLASSIC PODS (GEN 3)	51
NUPLAZID	36	OMNIPOD DASH INTRO KIT (GEN 4)	51
NURTEC ODT	30	OMNIPOD DASH PDM KIT (GEN 4)	51
NUTRILIPID	66	OMNIPOD DASH PODS (GEN 4)	51
NUZYRA INTRAVENOSO	19	ONCASPAR	24
NUZYRA ORAL	19	ONDANSETRÓN	54
NYAMYC	45	ONIVYDE	24
NYLIA 1/35 (28)	60	ONUREG	24
NYLIA 7/7/7 (28)	60	OPDIVO	24
NYMYO	60	OPDUALAG	24
NYSTOP	45	OPSUMIT	64
NYVEPRIA	55	ORALONE	48
O		ORBACTIV	17
OCALIVA	54	ORENCIA CLICKJECT	57
OCELLA	60	ORENCIA, JERINGA SUBCUTÁNEA, 50 MG/0.4 ML	57
OCREVUS	30	ORENCIA, JERINGA SUBCUTÁNEA, 87.5 MG/0.7 ML ...	58
ODEFSEY	14	ORENCIA, JERINGA SUBCUTÁNEA, 125 MG/ML	57
ODOMZO	24	ORGOVYX	24
OFEV	64	ORKAMBI, COMPRIMIDOS ORALES	64
OFLOXACINA OFTÁLMICA (OJOS)	61	ORKAMBI, PAQUETE DE GRÁNULOS ORALES	64
OFLOXACINA ÓTICA (OÍDOS)	48	OSELTAMIVIR	14
OLANZAPINA, COMPRIMIDOS DE DESINTEGRACIÓN ORAL, 10 MG, 5 MG	37	OXACILINA INYECTABLE	18
OLANZAPINA, COMPRIMIDOS DE DESINTEGRACIÓN ORAL, 15 MG, 20 MG	37	OXALATO DE ESCITALOPRAM, COMPRIMIDOS ORALES, 10 MG, 5 MG	35
OLANZAPINA, COMPRIMIDOS ORALES, 10 MG, 2.5 MG, 5 MG, 7.5 MG	36	OXALATO DE ESCITALOPRAM, COMPRIMIDOS ORALES, 20 MG	35
OLANZAPINA, COMPRIMIDOS ORALES, 15 MG, 20 MG	37	OXALATO DE ESCITALOPRAM, SOLUCIÓN ORAL	35
		OXALIPLATINO	24
		OXANDROLONA, COMPRIMIDOS ORALES, 2.5 MG	52

Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
OXANDROLONA, COMPRIMIDOS ORALES, 10 MG.....	52	PAROMOMICINA.....	17
OXAPROZINA.....	33	PAROXETINE HCL, SUSPENSIÓN ORAL, 10 MG/5 ML.....	37
OXAZEPAM.....	37	PASER.....	17
OXCARBAZEPINA.....	28	PAXIL, SUSPENSIÓN ORAL.....	37
OXERVATE.....	61	PEDIARIX (PF).....	56
OXICODONA-ACETAMINOFENO, COMPRIMIDOS ORALES, 10-325 MG, 2.5-325 MG, 5-325 MG, 7.5-325 MG.....	32	PEDVAX HIB (PF).....	56
OXICODONA, COMPRIMIDOS ORALES, 5 MG.....	32	PEG 3350-ELECTROLITOS, SOL. PARA RECONST. ORAL, 236-22.74-6.74-5.86 GRAMOS.....	54
OXICODONA, COMPRIMIDOS ORALES, 10 MG, 15 MG, 20 MG, 30 MG.....	32	PEGASYS, JERINGA SUBCUTÁNEA.....	55
OXICODONA, CONCENTRADO ORAL.....	32	PEGASYS, SOLUCIÓN SUBCUTÁNEA.....	55
OXICODONA, SOLUCIÓN ORAL.....	32	PEG-ELECTROLITOS.....	54
OXICODONE, JERINGA ORAL.....	32	PEMAZYRE.....	24
OXIMORFONA, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA, 12 HORAS.....	32	PEMETREXED DISÓDICO, SOL. PARA RECONST. INTRAVENOSA.....	24
OZEMPIC, LAPICERA PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA, 0.25 MG O 0.5 MG (2 MG/1.5 ML).....	51	PENICILAMINA.....	58
OZEMPIC, LAPICERA PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA, 1 MG/DOSIS (4 MG/3 ML, 2 MG/DOSIS (8 MG/3 ML).....	51	PENICILINA G POTÁSICA.....	18
		PENICILINA V POTÁSICA, COMPRIMIDOS ORALES, 250 MG.....	18
		PENICILINA V POTÁSICA, COMPRIMIDOS ORALES, 500 MG.....	18
		PENICILINA V POTÁSICA, SOLUCIÓN PARA RECONST. ORAL.....	18
		PENTACEL (PF).....	56
		PENTAMIDINA INYECTABLE.....	17
		PENTAMIDINA PARA INHALAR.....	17
		PENTASA.....	54
		PENTOXIFILINA.....	42
		PERFENAZINA.....	37
		PERFENAZINA-AMITRIPTILINA.....	37
		PERFOROMIST.....	64
		PERIKABIVEN.....	66
		PERINDOPRIL ERBUMINA.....	40
		PERJETA.....	24
		PERMETRINA.....	46
		PERSERIS.....	37
		PFIZERPEN-G.....	18
		PHESGO.....	24
		PHILITH.....	60
		PHOSPHOLINE IODIDE.....	61
		PIFELTRO.....	14

P

PACERONA, COMPRIMIDOS ORALES, 100 MG, 200 MG, 400 MG.....	38
PACLITAXEL.....	24
PACLITAXEL PROTEIN-BOUND.....	24
PADCEV.....	24
PALIPERIDONA, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA, 24 HORAS, 1.5 MG, 9 MG.....	37
PALIPERIDONA, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA, 24 HORAS, 3 MG, 6 MG.....	37
PALONOSETRÓN, SOLUCIÓN INTRAVENOSA, 0.25 MG/5 ML.....	54
PAMIDRONATO.....	52
PAÑOS CON ALCOHOL.....	49
PANRETIN.....	44
PANTOPRAZOL, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN RETARDADA (DR/EC).....	55
PARICALCITOL ORAL.....	52
PAROEX, ENJUAGUE BUCAL.....	48

Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
PIMECROLIMUS.....	44	PRAZQUANTEL.....	17
PIMOZIDA.....	37	PRAZOSINA.....	40
PIMTREA (28).....	60	PREDNICARBATO, POMADA TÓPICA.....	46
PINDOLOL.....	40	PREDNISOLONA, SOLUCIÓN ORAL.....	48
PIOGLITAZONA.....	51	PREDNISONA, COMPRIMIDOS ORALES, 1 MG, 10 MG, 2.5 MG, 20 MG, 5 MG.....	48
PIOGLITAZONA-METFORMINA.....	51	PREDNISONA, COMPRIMIDOS ORALES, 50 MG.....	48
PIPERACILINA-TAZOBACTAM.....	18	PREDNISONA, COMPRIMIDOS ORALES, PAQUETE DOSIFICADO.....	48
PIQRAY.....	24	PREDNISONA, INTENSOL.....	48
PIRAZINAMIDA.....	17	PREDNISONA, SOLUCIÓN ORAL.....	48
PIRFENIDONA, COMPRIMIDOS ORALES, 267 MG.....	64	PREGABALINA, CÁPSULAS ORALES, 100 MG, 150 MG, 25 MG, 50 MG, 75 MG.....	28
PIRFENIDONA, COMPRIMIDOS ORALES, 801 MG.....	64	PREGABALINA, CÁPSULAS ORALES, 200 MG.....	28
PIRFENIDONE, COMPRIMIDOS ORALES, 534 MG.....	64	PREGABALINA, CÁPSULAS ORALES, 225 MG, 300 MG.....	28
PIRIMETAMINA.....	17	PREGABALINA, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA, 24 HORAS, 165 MG, 82.5 MG.....	28
PIRMELLA, COMPRIMIDOS ORALES, 0.5/0.75/1 MG-35 MCG.....	60	PREGABALINA, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA, 24 HORAS, 330 MG.....	28
PIRMELLA, COMPRIMIDOS ORALES, 1-35 MG-MCG.....	60	PREGABALINA, SOLUCIÓN ORAL.....	28
PLENAMINE.....	66	PREHEVBRI (PF).....	56
PNV-DHA.....	67	PREMARIN INYECTABLE.....	58
PNV-OMEGA.....	67	PREMARIN ORAL.....	58
PNV-SELECT.....	67	PREMARIN VAGINAL.....	58
PODOFILOX.....	44	PREMASOL 10%.....	66
POLIMIXINA B SULFATO DE TRIMETOPRIMA.....	61	PRENATAL PLUS (CARBONATO DE CALCIO).....	67
POLIVY.....	24	PREVALITE.....	42
POLYCIN.....	61	PREVYMIS, ORAL.....	14
POMALYST.....	24	PREZCOBIX.....	14
PORTIA 28.....	60	PREZISTA, COMPRIMIDOS ORALES, 75 MG.....	14
PORTRAZZA.....	24	PREZISTA, COMPRIMIDOS ORALES, 150 MG.....	14
POSACONAZOL.....	12	PREZISTA, COMPRIMIDOS ORALES, 600 MG.....	14
POTASSIUM CHLORID-D5-0.45% NACL, SOLUCIÓN PARENTERAL INTRAVENOSA, 10 MEQ/L, 20 MEQ/L, 40 MEQ/L.....	65	PREZISTA, COMPRIMIDOS ORALES, 800 MG.....	14
POTASSIUM CHLORIDE-D5-0.2% NACL, SOLUCIÓN PARENTERAL INTRAVENOSA, 20 MEQ/L.....	66	PREZISTA, SUSPENSIÓN ORAL.....	14
POTASSIUM CHLORIDE-D5-0.9% NACL.....	66	PRIFTIN.....	17
POTELIGEO.....	24	PRIMAQUINE.....	17
PRADAXA.....	42	PRIMIDONA.....	28
PRAMIPEXOL, COMPRIMIDOS ORALES.....	29	PR NATAL 400.....	67
PRAMIPEXOL, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA, 24 HORAS.....	29	PR NATAL 400 EC.....	67
PRASUGREL.....	42		
PRAVASTATINA.....	42		

Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
PR NATAL 430	67	PROPRANOLOL, CÁPSULAS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA, 24 HORAS	40
PR NATAL 430 EC.....	67	PROPRANOLOL, COMPRIMIDOS ORALES	40
PROBENECID	57	PROPRANOLOL-HIDROCLOROTIAZIDA	40
PROBENECID/COLCHICINA	57	PROPRANOLOL, SOLUCIÓN ORAL	40
PROCALAMINE 3%	66	PROQUAD (PF).....	56
PROCLORPERAZINA	54	PROSOL 20%.....	66
PROCRIT.....	55	PROTRIPTILINA	37
PROCTO-MED HC	54	PULMICORT, SUSPENSIÓN PARA INHALACIÓN PARA NEBULIZACIÓN, 0.25 MG/2 ML, 0.5 MG/2 ML	64
PROCTO-PAK	54	PULMICORT, SUSPENSIÓN PARA INHALACIÓN PARA NEBULIZACIÓN, 1 MG/2 ML	64
PROCTOSOL HC TÓPICO.....	54	PULMOZYME	64
PROCTOZONA-HC.....	54	PURIXAN	24
PROGESTERONA MICRONIZADA.....	58		
PROGRAF INTRAVENOSO.....	24	Q	
PROGRAF, PAQUETE DE GRÁNULOS ORALES	24	QINLOCK.....	24
PROLASTIN-C, SOL. PARA RECONST. INTRAVENOSA	47	QL (30/30)	34
PROLASTIN-C, SOLUCIÓN INTRAVENOSA.....	47	QL (30/30)	49
PROLENSA.....	62	QL (30/30)	65
PROLEUKIN	55	QUADRACEL (PF)	56
PROLIA.....	57	QUETIAPINA, COMPRIMIDOS ORALES, 100 MG, 25 MG, 50 MG	37
PROMACTA, COMPRIMIDOS ORALES, 12.5 MG, 25 MG, 50 MG	42	QUETIAPINA, COMPRIMIDOS ORALES, 150 MG, 200 MG	37
PROMACTA, COMPRIMIDOS ORALES, 75 MG.....	42	QUETIAPINA, COMPRIMIDOS ORALES, 300 MG, 400 MG	37
PROMACTA, PAQUETE DE POLVO ORAL, 12.5 MG.....	42	QUETIAPINA, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA, 24 HORAS, 150 MG, 200 MG.....	37
PROMACTA, PAQUETE DE POLVO ORAL, 25 MG	42	QUETIAPINA, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA, 24 HORAS, 300 MG, 400 MG, 50 MG ...	37
PROMETAZINA ORAL.....	62	QUINAPRIL.....	40
PROMETAZINA, SUPOSITORIO RECTAL, 12.5 MG, 25 MG	62	QUINAPRIL-HIDROCLOROTIAZIDA	40
PROMETHEGAN, SUPOSITORIO RECTAL, 25 MG, 50 MG	63		
PROPAFENONA, CÁPSULAS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA, 12 HORAS	38	R	
PROPAFENONA, COMPRIMIDOS ORALES.....	38	RABAVERT (PF)	56
PROPILTIOURACILO.....	49	RALOXIFENO.....	57
PROPIONATO DE FLUTICASONA, CREMA TÓPICA.....	46	RAMELTEÓN	37
PROPIONATO DE FLUTICASONA NASAL	63	RAMIPRIL	40
PROPIONATO DE FLUTICASONA, POMADA TÓPICA ...	46	RANOLAZINA.....	43
PROPIONATO DE FLUTICASONA-SALMETEROL PARA INHALACIÓN, BLÍSTER CON DISPOSITIVO	63	RASAGILINA.....	29
PROPIONATO DE HALOBETASOL, CREMA TÓPICA.....	46		
PROPIONATO DE HALOBETASOL, POMADA TÓPICA ..	46		

Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
REBIF (CON ALBÚMINA).....	55	RISEDRONATO, COMPRIMIDOS ORALES, 35 MG, 35 MG (PAQUETE DE 12), 35 MG (PAQUETE DE 4).....	57
REBIF, PAQUETE DE AJUSTE DE DOSIS.....	55	RISEDRONATO, COMPRIMIDOS ORALES, 150 MG.....	57
REBIF REBIDOSE, LAPICERA PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA, 8.8 MCG/0.2 ML, 22 MCG/0.5 ML (6)....	55	RISPERDAL CONSTA, SUSPENSIÓN INTRAMUSCULAR, RECONST. DE LIB. PROLONGADA, 12.5 MG/2 ML.....	37
REBIF REBIDOSE, LAPICERA PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA, 22 MCG/0.5 ML, 44 MCG/0.5 ML.....	55	RISPERDAL CONSTA, SUSPENSIÓN INTRAMUSCULAR, RECONST. DE LIB. PROLONGADA, 25 MG/2 ML, 37.5 MG/2 ML, 50 MG/2 ML.....	37
RECLIPSEN (28).....	60	RISPERIDONA, COMPRIMIDOS DE DESINTEGRACIÓN ORAL, 0.25 MG, 0.5 MG, 4 MG.....	37
RECOMBIVAX HB (PF).....	56	RISPERIDONA, COMPRIMIDOS DE DESINTEGRACIÓN ORAL, 1 MG.....	37
RECTIV.....	54	RISPERIDONA, COMPRIMIDOS DE DESINTEGRACIÓN ORAL, 2 MG.....	37
REGONOL.....	31	RISPERIDONA, COMPRIMIDOS DE DESINTEGRACIÓN ORAL, 3 MG.....	38
REGRANEX.....	44	RISPERIDONA, COMPRIMIDOS ORALES, 0.25 MG, 0.5 MG, 4 MG.....	37
RENACIDIN.....	65	RISPERIDONA, COMPRIMIDOS ORALES, 1 MG.....	37
REPAGLINIDA, COMPRIMIDOS ORALES, 0.5 MG.....	51	RISPERIDONA, COMPRIMIDOS ORALES, 2 MG.....	37
REPAGLINIDA, COMPRIMIDOS ORALES, 1 MG.....	51	RISPERIDONA, COMPRIMIDOS ORALES, 3 MG.....	37
REPAGLINIDA, COMPRIMIDOS ORALES, 2 MG.....	51	RISPERIDONA, JERINGA ORAL.....	37
REPATHA.....	42	RISPERIDONA, SOLUCIÓN ORAL.....	37
REPATHA PUSHTRONEX.....	42	RITONAVIR.....	14
REPATHA SURECLICK.....	42	RIVASTIGMINA.....	30
RESTASIS.....	61	RIVELSA.....	60
RESTASIS MULTIDOSIS.....	61	RIZATRIPTÁN.....	30
RETACRIT.....	55	ROCKLATAN.....	62
RETEVMO, CÁPSULAS ORALES, 40 MG.....	24	ROMIDEPSIN.....	24
RETEVMO, CÁPSULAS ORALES, 80 MG.....	24	ROPINIROL, COMPRIMIDOS ORALES.....	29
RETROVIR INTRAVENOSO.....	14	ROSADAN, CREMA TÓPICA.....	44
REVLIMID.....	24	ROSADAN, GEL TÓPICO.....	44
REXULTI.....	37	ROSUVASTATINA.....	42
REYATAZ, PAQUETE DE POLVO ORAL.....	14	ROTARIX.....	56
RHOPRESSA.....	62	ROTATEQ, VACUNA.....	56
RIBAVIRINA, CÁPSULAS ORALES.....	14	ROWEEPRA, COMPRIMIDOS ORALES, 500 MG.....	28
RIBAVIRINA, COMPRIMIDOS ORALES, 200 MG.....	14	ROZLYTREK, CÁPSULAS ORALES, 100 MG.....	24
RIDAURA.....	58	ROZLYTREK, CÁPSULAS ORALES, 200 MG.....	24
RIFABUTINA.....	17	RUBRACA.....	24
RIFAMPINA INTRAVENOSA.....	17		
RIFAMPINA ORAL.....	17		
RILUZOL.....	47		
RIMANTADINA.....	14		
RINVOQ.....	58		
RISEDRONATO, COMPRIMIDOS ORALES, 5 MG.....	57		
RISEDRONATO, COMPRIMIDOS ORALES, 30 MG.....	47		

Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
RUFINAMIDA, COMPRIMIDOS ORALES	28	SILDENAFIL (HIPERTENSIÓN ARTERIAL PULMONAR), COMPRIMIDOS ORALES	64
RUFINAMIDE, SUSPENSIÓN ORAL	28	SIMBRINZA	62
RUKOBIA	14	SIMLIYA (28)	60
RUXIENCE	24	SIMPESSE	60
RYBELSUS	51	SIMULECT	25
RYBREVANT	24	SIMVASTATINA, COMPRIMIDOS ORALES	42
RYDAPT	24	SIROLIMUS, COMPRIMIDOS ORALES	25
RYLAZE	24	SIROLIMUS, SOLUCIÓN ORAL	25
RYTARY	29	SIRTURO	17
S		SIVEXTRO INTRAVENOSO	17
SAJAZIR	64	SIVEXTRO ORAL	17
SALSALATO	33	SKYRIZI, INTRAVENOSO	43
SAMSCA, COMPRIMIDOS ORALES, 15 MG	52	SKYRIZI, INYECTOR PONIBLE SUBCUTÁNEO	54
SANCUSO	54	SKYRIZI, JERINGA SUBCUTÁNEA, 150 MG/ML	43
SANDIMMUNE, SOLUCIÓN ORAL	24	SKYRIZI, KIT DE JERINGA SUBCUTÁNEA	43
SANDOSTATIN LAR DEPOT, SUSPENSIÓN INTRAMUSCULAR, RECONST. DE LIB. PROLONGADA	24	SKYRIZI, LAPICERA PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA	43
SANTYL	44	SOLIFENACINA	65
SAPROPTERINA	52	SOLQUA 100/33	51
SARCLISA	24	SOLTAMOX	25
SCSEMBLIX, COMPRIMIDOS ORALES, 20 MG	24	SOLUCIÓN DE LACTATO SÓDICO COMPUESTA INTRAVENOSA	65
SCSEMBLIX, COMPRIMIDOS ORALES, 40 MG	25	SOLUCIÓN DE LACTATO SÓDICO COMPUESTA INTRAVENOSA	66
SECUADO	38	SOLU-CORTEF ACT-O-VIAL (PF)	48
SELZENTRY, COMPRIMIDOS ORALES, 25 MG	14	SOMATULINE DEPOT	25
SELZENTRY, COMPRIMIDOS ORALES, 150 MG, 75 MG	14	SOMAVERT	52
SELZENTRY, COMPRIMIDOS ORALES, 300 MG	14	SORAFENIB	25
SELZENTRY, SOLUCIÓN ORAL	14	SORINE	39
SE-NATAL-19	67	SOTALOL AF	39
SE-NATAL 19, MASTICABLE	67	SOTALOL ORAL	39
SEREVENT DISKUS	64	SOTYLIZE	39
SERTRALINA, COMPRIMIDOS ORALES	38	SPRINTEC (28)	60
SERTRALINA, CONCENTRADO ORAL	38	SPRITAM	28
SETLAKIN	60	SPRYCEL, COMPRIMIDOS ORALES, 20 MG, 70 MG	25
SEVELAMER CARBONATE	47	SPRYCEL, COMPRIMIDOS ORALES, 100 MG, 140 MG, 50 MG, 80 MG	25
SHAROBEL	58	SPS (CON SORBITOL)	47
SHINGRIX (PF)	56	SRONYX	60
SIGNIFOR	25	SSD	44
		STAMARIL (PF)	56

Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
STELARA, JERINGA SUBCUTÁNEA, 45 MG/0.5 ML	43	SULFAMETOXAZOL/TRIMETOPRIMA, INTRAVENOSO. .	19
STELARA, JERINGA SUBCUTÁNEA, 90 MG/ML.	43	SULFAMETOXAZOL-TRIMETOPRIMA, SUSPENSIÓN ORAL	19
STELARA, SOLUCIÓN SUBCUTÁNEA	43	SULFASALAZINA	54
STIVARGA	25	SULFATO DE ALBUTEROL, COMPRIMIDOS ORALES. .	63
STRIBILD	14	SULFATO DE ALBUTEROL, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA, 12 HORAS.	63
SUBVENITE	28	SULFATO DE ALBUTEROL, JARABE ORAL	63
SUBVENITE, PAQUETE INICIAL (AZUL)	28	SULFATO DE ALBUTEROL PARA INHALAR, INHALADOR EN AEROSOL DE HFA, 90 MCG/ACTIVACIÓN (GENÉRICO DE PROAIR).	63
SUBVENITE, PAQUETE INICIAL (NARANJA).	28	SULFATO DE ALBUTEROL PARA INHALAR, INHALADOR EN AEROSOL DE HFA, 90 MCG/ACTIVACIÓN (GENÉRICO DE VENTOLIN)	63
SUBVENITE, PAQUETE INICIAL (VERDE)	28	SULFATO DE ALBUTEROL PARA INHALAR, SOLUCIÓN PARA NEBULIZACIÓN.	63
SUCCINATO DE DESVENLAFAXINA, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA, 24 HORAS, 25 MG	34	SULFATO DE DEXTROANFETAMINA, CÁPSULAS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA. . . .	34
SUCCINATO DE DESVENLAFAXINA, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA, 24 HORAS, 50 MG	34	SULFATO DE DEXTROANFETAMINA, COMPRIMIDOS ORALES	34
SUCCINATO DE DESVENLAFAXINA, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA, 24 HORAS, 100 MG	34	SULFATO DE DEXTROANFETAMINA, SOLUCIÓN ORAL	34
SUCCINATO DE LOXAPINA	36	SULFATO DE GENTAMICINA (PEDIÁTRICO) (PF)	17
SUCCINATO DE METOPROLOL	40	SULFATO DE MAGNESIO EN AGUA	65
SUCCINATO DE SUMATRIPTÁN ORAL	30	SULFATO DE MAGNESIO EN D5W, INFUSIÓN SECUNDARIA INTRAVENOSA, 1 GRAMO/100 ML.	65
SUCCINATO DE SUMATRIPTÁN, SOLUCIÓN SUBCUTÁNEA.	30	SULFATO DE MAGNESIO INYECTABLE	65
SUCCINATO DE SUMATRIPTÁN, SUBCUTÁNEO EN CARTUCHO	30	SULFATO DE POLIMIXINA B	17
SUCCINATO DE SUMATRIPTÁN, SUBCUTÁNEO EN LAPICERA.	30	SULFATO DE QUINIDINA, COMPRIMIDOS ORALES . .	39
SUCCINATO SÓDICO DE CLORANFENICOL	16	SULFATO DE QUININA.	17
SUCCINATO SÓDICO DE METILPREDNISOLONA INTRAVENOSO	48	SULFATO DE TOBRAMICINA.	17
SUCCINATO SÓDICO DE METILPREDNISOLONA, SOL. PARA RECONST. INYECT., 125 MG, 40 MG	48	SULFONATO DE POLIESTIRENO SÓDICO, POLVO ORAL	47
SUCRAID	54	SULFURO DE SELENIO, LOCIÓN TÓPICA.	43
SUCRALFATO, COMPRIMIDOS ORALES	55	SULINDACO	33
SUCRALFATO, SUSPENSIÓN ORAL	55	SUMATRIPTÁN, ROCIADOR NASAL NO AEROSOL, 5 MG/ACTIVACIÓN	30
SULFACETAMIDA-PREDNISOLONA.	61	SUMATRIPTÁN, ROCIADOR NASAL NO AEROSOL, 20 MG/ACTIVACIÓN.	30
SULFACETAMIDA SÓDICA (ACNÉ)	45	SUNITINIB	25
SULFACETAMIDA SÓDICA, GOTAS OFTÁLMICAS (OJOS)	61	SUPRAX, SUSPENSIÓN ORAL PARA RECONSTITUCIÓN, 500 MG/5 ML	15
SULFADIAZINA	18	SUPREP, KIT DE PREPARACIÓN INTESTINAL.	54
SULFADIAZINA DE PLATA.	44		
SULFAMETOXAZOL-TRIMETOPRIMA, COMPRIMIDOS ORALES	19		

Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
SUTAB	55	TARON-C DHA.....	67
SUTENT.....	25	TARTRATO DE METOPROLOL- HIDROCLOROTIAZIDA.....	40
SYEDA	60	TARTRATO DE METOPROLOL ORAL.....	40
SYMDEKO.....	64	TARTRATO DE RIVASTIGMINA.....	30
SYMLINPEN 60	51	TASIGNA, CÁPSULAS ORALES, 50 MG	25
SYMLINPEN 120.....	51	TASIGNA, CÁPSULAS ORALES, 150 MG, 200 MG	25
SYMPAZAN.....	28	TAYSOFY.....	60
SYMTUZA	14	TAZAROTENO, CREMA TÓPICA	44
SYNAREL	52	TAZAROTENO, GEL TÓPICO.....	44
SYNJARDY	51	TAZICEF.....	15
SYNJARDY XR, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN INMEDIATA-LIBERACIÓN PROLONGADA, BIFÁSICA, 24 HORAS, 10-1,000 MG, 12.5-1,000 MG, 5-1,000 MG	51	TAZORAC, CREMA TÓPICA, 0.05%.....	44
SYNJARDY XR, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN INMEDIATA-LIBERACIÓN PROLONGADA, BIFÁSICA, 24 HORAS, 25-1,000 MG....	51	TAZORAC, GEL TÓPICO	44
SYNRIBO.....	25	TAZTIA XT, CÁPSULAS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA, 24 HORAS, 120 MG, 180 MG, 240 MG, 300 MG	41
SYNTHROID.....	53	TAZVERIK	25
T		TDVAX	56
TABLOID	25	TECENTRIQ	25
TABRECTA	25	TECHLITE, AGUJA PARA LAPICERA	51
TACROLIMUS ORAL	25	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....	51
TACROLIMUS TÓPICO.....	44	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"	51
TADALAFIL (HIPERTENSIÓN ARTERIAL PULMONAR), COMPRIMIDOS ORALES, 20 MG	64	TEFLARO.....	15
TADLIQ.....	64	TEKTURN HCT.....	41
TAFINLAR	25	TELMISARTÁN	41
TAGRISSO.....	25	TELMISARTÁN-AMLODIPINA	41
TALICIA.....	55	TELMISARTÁN-HICROCLOROTIAZIDA.....	41
TALTZ, JERINGA.....	43	TEMAZEPAM, CÁPSULAS ORALES, 15 MG, 30 MG.....	38
TALZENNA, CÁPSULAS ORALES, 0.5 MG, 0.75 MG, 1 MG	25	TEMIXYS	14
TALZENNA, CÁPSULAS ORALES, 0.25 MG.....	25	TEMODAR INTRAVENOSO.....	25
TAMOXIFENO	25	TEMSIROLIMUS	25
TAMSULOSINA	65	TENIVAC (PF).....	56
TARGRETIN TÓPICO	25	TEOFILINA, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA, 12 HORAS, 300 MG, 450 MG.....	64
TARINA 24 FE.....	60		
TARINA FE 1/20 (28)	60		
TARINA FE 1-20 EQ (28)	60		

Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
TEOFILINA, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA, 24 HORAS	64	TIVICAY PD	14
TEPMETKO	25	TIZANIDINA, CÁPSULAS ORALES	31
TERAZOSINA, CÁPSULAS ORALES, 1 MG, 2 MG, 5 MG	41	TIZANIDINA, COMPRIMIDOS ORALES	31
TERAZOSINA, CÁPSULAS ORALES, 10 MG	41	TOBI PODHALER, CÁPSULA DE INHALACIÓN CON DISPOSITIVO DE INHALACIÓN	17
TERBUTALINA	64	TOBRADEX ST	62
TERCONAZOL	58	TOBRAMICINA-DEXAMETASONA	62
TERIPARATIDE	57	TOBRAMICINA EN NACL AL 0.225%	17
TESTOSTERONA, GEL TRANSDÉRMICO	53	TOBRAMICINA OFTÁLMICA (OJOS)	61
TESTOSTERONA, GEL TRANSDÉRMICO EN BOMBA CON DOSIS MEDIDAS, 12.5 MG/1.25 GRAMOS (1%)	53	TOBREX, POMADA OFTÁLMICA (OJOS)	61
TESTOSTERONA, GEL TRANSDÉRMICO EN PAQUETE, 1% (25 MG/2.5 GRAMOS), 1% (50 MG/5 GRAMOS)	53	TOLCAPONA	29
TESTOSTERONE CYPIONATE, ACEITE INTRAMUSCULAR, 200 MG/ML	53	TOLTERODINA	65
TETANUS, DIPHTHERIA TOX PEDIÁTRICA (PF)	56	TOLVAPTAN, COMPRIMIDOS ORALES, 15 MG	53
TETRABENAZINA, COMPRIMIDOS ORALES, 12.5 MG	30	TOLVAPTÁN, COMPRIMIDOS ORALES, 30 MG	53
TETRABENAZINA, COMPRIMIDOS ORALES, 25 MG	30	TOPIMARATO, COMPRIMIDOS ORALES	28
TETRACICLINA	19	TOPIRAMATO, CÁPSULAS ORALES, CON GRÁNULOS	28
THALOMID, CÁPSULAS ORALES, 100 MG, 150 MG, 50 MG	25	TOPOSAR	25
THALOMID, CÁPSULAS ORALES, 200 MG	25	TOPOTECÁN, SOL. PARA RECONST. INTRAVENOSA	25
THEO-24	64	TOPOTECÁN, SOLUCIÓN INTRAVENOSA, 4 MG/4 ML (1 MG/ML)	25
TIADYLT, LIBERACIÓN PROLONGADA	41	TOREMIFENO	25
TIAGABINA	28	TORSEMIDA ORAL	41
TIBSOVO	25	TOUJEO MAX U-300 SOLOSTAR	52
TICE BCG	56	TOUJEO SOLOSTAR U-300, INSULINA	52
TICOVAC	56	TOVIAZ	65
TIGECICLINA	17	TPN ELECTROLYTES	66
TILIA FE	60	TRADJENTA	52
TIMOLOL MALEATE, SOLUCIÓN GELIFICANTE OFTÁLMICA (OJOS)	61	TRAMADOL-ACETAMINOFENO	33
TIORIDAZINA	38	TRAMADOL, COMPRIMIDOS ORALES, 50 MG	33
TIOTEPA	25	TRANDOLAPRIL	41
TIOTIXENO	38	TRANILCIPROMINA	38
TIS-U-SOL PENTALITO	46	TRAVASOL 10%	66
TIVDAK	25	TRAVOPROST	62
TIVICAY, COMPRIMIDOS ORALES, 10 MG	14	TRAZIMERA	25
TIVICAY, COMPRIMIDOS ORALES, 25 MG, 50 MG	14	TRAZODONA	38
		TREANDA	25
		TRECATOR	17
		TRELEGY ELLIPTA	64

Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
TRELSTAR, SUSPENSIÓN INTRAMUSCULAR PARA RECONSTITUCIÓN, 11.25 MG, 3.75 MG	25	TRINTELLIX	38
TRELSTAR, SUSPENSIÓN INTRAMUSCULAR PARA RECONSTITUCIÓN, 22.5 MG	25	TRI-NYMYO	60
TRESIBA FLEXTouch U-100	52	TRIÓXIDO DE ARSÉNICO	20
TRESIBA FLEXTouch U-200	52	TRIPTODUR	25
TRESIBA U-100, INSULINA	52	TRI-SPRINTEC (28)	60
TRETINOÍNA (ANTINEOPLÁSICO)	25	TRIUMEQ	14
TRETINOÍNA, CREMA TÓPICA, 0.025%, 0.05%, 0.1%	44	TRIUMEQ PD	14
TRETINOÍNA, MICROESFERAS	44	TRIVORA (28)	60
TRETINOÍNA TÓPICA, GEL TÓPICO, 0.01%	44	TRI-VYLIBRA	60
TRETINOÍNA TÓPICA, GEL TÓPICO, 0.025%, 0.05%	44	TRI-VYLIBRA LO	60
TRIAMTERENO-HIDROCLOROTIAZIDA	41	TRIZIVIR	14
TRIDERM, CREMA TÓPICA, 0.1%	46	TRODELVY	25
TRIENTINA	47	TROGARZO	14
TRI-ESTARYLLA	60	TROKENDI XR, CÁPSULAS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA, 24 HORAS, 100 MG, 25 MG, 50 MG	28
TRI FEMYNOR	60	TROKENDI XR, CÁPSULAS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA, 24 HORAS, 200 MG	28
TRIFLUOPERAZINA	38	TROPHAMINE 10%	66
TRIFLURIDINA	61	TRULICITY	52
TRIHIFENIDIL	29	TRUMENBA	56
TRIJARDY XR, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN INMEDIATA-LIBERACIÓN PROLONGADA, BIFÁSICA, 24 HORAS, 10-5-1,000 MG, 25-5-1,000 MG	52	TRUSELTIQ, CÁPSULAS ORALES, 75 MG/DÍA (25 MG X 3)	26
TRIJARDY XR, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN INMEDIATA-LIBERACIÓN PROLONGADA, BIFÁSICA, 24 HORAS, 12.5-2.5-1,000 MG, 5-2.5-1,000 MG	52	TRUSELTIQ, CÁPSULAS ORALES, 100 MG/DÍA (100 MG X 1)	25
TRIKAFTA, COMPRIMIDOS ORALES, TERAPIA SECUENCIAL, 50-25-37.5 MG (D)/75 MG (N)	64	TRUSELTIQ, CÁPSULAS ORALES, 125 MG/DÍA (100 MG X 1-25 MG X 1), 50 MG/DÍA (25 MG X 2)	26
TRIKAFTA, COMPRIMIDOS ORALES, TERAPIA SECUENCIAL, 100-50-75 MG (D)/150 MG (N)	64	TUKYSA, COMPRIMIDOS ORALES, 50 MG	26
TRI-LEGEST FE	60	TUKYSA, COMPRIMIDOS ORALES, 150 MG	26
TRI-LINYAH	60	TURALIO	26
TRI-LO-ESTARYLLA	60	TWINRIX (PF)	56
TRI-LO-MARZIA	60	TYBLUME	60
TRI-LO-MILI	60	TYBOST	14
TRI-LO-SPRINTEC	60	TYDEMY	60
TRIMETOPRIMA	19	TYMLOS	57
TRI-MILI	60	TYPHIM VI	56
TRIMIPRAMINA	38	TYSABRI	30
TRINATAL RX 1	67		

U

UNITHROID, COMPRIMIDOS ORALES, 100 MCG, 112 MCG, 125 MCG, 150 MCG, 175 MCG, 200 MCG, 25 MCG, 300 MCG, 50 MCG, 75 MCG, 88 MCG	53
--	----

Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
UNITHROID, COMPRIMIDOS ORALES, 137 MCG	53	VANCOMYCIN-WATER, INYECTABLE (PEG).....	18
UNITUXIN	26	VANDAZOL	58
UPTRAVI, ORAL	41	VAQTA (PF).....	56
URSODIOL, CÁPSULAS ORALES, 300 MG	55	VARENICLINA	47
URSODIOL, COMPRIMIDOS ORALES	55	VARIVAX (PF).....	56
V		VARIZIG	56
VALACICLOVIR, COMPRIMIDOS ORALES, 1 GRAMO... 14		VASCEPA.....	42
VALACICLOVIR, COMPRIMIDOS ORALES, 500 MG..... 14		VECTIBIX.....	26
VALCHLOR	44	VEKLURY	14
VALERATO DE BETAMETASONA, CREMA TÓPICA	45	VELCADE	26
VALERATO DE BETAMETASONA, ESPUMA TÓPICA..... 45		VELIVET, RÉGIMEN TRIFÁSICO (28)	60
VALERATO DE BETAMETASONA, LOCIÓN TÓPICA..... 45		VELPHORO.....	47
VALERATO DE BETAMETASONA, POMADA TÓPICA..... 45		VELTASSA.....	47
VALERATO DE ESTRADIOL, ACEITE		VEMLIDY	14
INTRAMUSCULAR, 20 MG/ML, 40 MG/ML	58	VENCLEXTA, COMPRIMIDOS ORALES, 10 MG	26
VALERATO DE HIDROCORTISONA	46	VENCLEXTA, COMPRIMIDOS ORALES, 50 MG	26
VALGANCICLOVIR, COMPRIMIDOS ORALES	14	VENCLEXTA, COMPRIMIDOS ORALES, 100 MG..... 26	
VALGANCICLOVIR, SOL. PARA RECONST. ORAL	14	VENCLEXTA, PAQUETE INICIAL	26
VALPROATO SÓDICO.....	28	VENLAFAXINA, CÁPSULAS ORALES, LIBERACIÓN	
VALRUBICINA	26	PROLONGADA, 24 HORAS, 75 MG.....	38
VALSARTÁN, COMPRIMIDOS ORALES,		VENLAFAXINA, CÁPSULAS ORALES, LIBERACIÓN	
160 MG, 40 MG, 80 MG	41	PROLONGADA, 24 HORAS, 150 MG, 37.5 MG..... 38	
VALSARTÁN, COMPRIMIDOS ORALES, 320 MG..... 41		VENLAFAXINA, COMPRIMIDOS ORALES,	
VALSARTÁN-HIDROCLOROTIAZIDA	41	50 MG, 75 MG	38
VALTOCO.....	29	VENLAFAXINA, COMPRIMIDOS ORALES,	
VANCOMICINA, CÁPSULAS ORALES, 125 MG..... 18		100 MG, 25 MG, 37.5 MG.....	38
VANCOMICINA, CÁPSULAS ORALES, 250 MG..... 18		VENTAVIS	64
VANCOMICINA EN DEXTROSA AL 5%, INFUSIÓN		VENTOLIN HFA.....	64
SECUNDARIA INTRAVENOSA, 500 MG/100 ML..... 17		VERAPAMIL, CÁPSULAS ORALES, PÍLDORAS	
VANCOMICINA INYECTABLE.....	17	DE LIB. PROL., 24 HORAS, 360 MG	41
VANCOMICINA, SOL. PARA RECONST.		VERAPAMILO, CÁPSULAS ORALES, PÍLDORAS	
INTRAVENOSA, 1,000 MG, 10 GRAMOS,		CT DE LIB. PROL., 24 HORAS.....	41
5 GRAMOS, 500 MG, 750 MG	17	VERAPAMILO, CÁPSULAS ORALES,	
VANCOMYCIN EN CLORURO DE SODIO AL 0.9%,		PÍLDORAS DE LIB. PROL., 24 HORAS,	
INFUSIÓN SECUNDARIA INTRAVENOSA.....	17	120 MG, 180 MG, 240 MG	41
VANCOMYCIN EN DEXTROSA AL 5%, INFUSIÓN		VERAPAMILO, COMPRIMIDOS ORALES	41
SECUNDARIA INTRAVENOSA, 1 GRAMO/200 ML, 750		VERAPAMILO, COMPRIMIDOS ORALES,	
MG/150 ML	17	LIBERACIÓN PROLONGADA.....	41
VANCOMYCIN, SOL. PARA RECONST.		VERAPAMILO, SOLUCIÓN INTRAVENOSA	41
INTRAVENOSA, 1.25 GRAMOS, 1.5 GRAMOS	18	VERSACLOZ	38
		VERZENIO	26
		VESTURA (28).....	61

Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
V-GO 20	52	VORICONAZOL, SUSPENSIÓN ORAL PARA RECONSTITUCIÓN	12
V-GO 30	52	VOSEVI	15
V-GO 40	52	VOTRIENT	26
VICTOZA 2-PAK	52	VRAYLAR, CÁPSULAS ORALES	38
VICTOZA 3-PAK	52	VRAYLAR, CÁPSULAS ORALES, PAQUETE DOSIFICADO	38
VIENVA	61	VUMERITY	30
VIGABATRINA	29	VYFEMLA (28)	61
VIGADRONE	29	VYLIBRA	61
VIIBRYD, COMPRIMIDOS ORALES	38	VYNDAMAX	43
VIIBRYD, COMPRIMIDOS ORALES, PAQUETE DOSIFICADO, 10 MG (7), 20 MG (23)	38	VYNDAQEL	43
VILAZODONA	38	VYXEOS	26
VIMPAT, COMPRIMIDOS ORALES, 50 MG	29		
VIMPAT, COMPRIMIDOS ORALES, 100 MG, 150 MG, 200 MG	29	W	
VIMPAT INTRAVENOSO	29	WARFARINA	42
VIMPAT, SOLUCIÓN ORAL	29	WELIREG	26
VINBLASTINA	26	WERA (28)	61
VINCASAR PFS	26	WESTAB PLUS	67
VINCRISTINA	26	WESTGEL DHA	67
VINORELBINA	26	WIXELA INHUB	65
VIOKACE	55	WYMZYA FE	61
VIORELE (28)	61		
VIRACEPT, COMPRIMIDOS ORALES, 250 MG	14	X	
VIRACEPT, COMPRIMIDOS ORALES, 625 MG	14	XALKORI	26
VIREAD, COMPRIMIDOS ORALES, 150 MG, 200 MG, 250 MG	15	XARELTO	42
VIREAD, POLVO ORAL	14	XARELTO, TRATAMIENTO INICIAL PARA TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA/EMBOLIA PULMONAR, 30 DÍAS	42
VIRT-NATE DHA	67	XATMEP	26
VIRT-PN DHA	67	XCOPRI, COMPRIMIDOS ORALES, 50 MG	29
VITAMINAS PRENATALES, COMPRIMIDOS ORALES	67	XCOPRI, COMPRIMIDOS ORALES, 100 MG	29
VITRAKVI, CÁPSULAS ORALES, 25 MG	26	XCOPRI, COMPRIMIDOS ORALES, 150 MG, 200 MG	29
VITRAKVI, CÁPSULAS ORALES, 100 MG	26	XCOPRI, PAQUETE DE AJUSTE DE DOSIS, COMPRIMIDOS ORALES, PAQUETE DOSIFICADO, 12.5 MG (14)-25 MG (14), 150 MG (14)-200 MG (14)	29
VITRAKVI, SOLUCIÓN ORAL	26	XCOPRI, PAQUETE DE AJUSTE DE DOSIS, COMPRIMIDOS ORALES, PAQUETE DOSIFICADO, 50 MG (14)-100 MG (14)	29
VIVITROL	33		
VIZIMPRO	26		
VOLNEA (28)	61		
VONJO	26		
VORICONAZOL, COMPRIMIDOS ORALES	12		
VORICONAZOL INTRAVENOSO	12		

Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
X		Z	
XCOPRI, PAQUETE DE MANTENIMIENTO, COMPRIMIDOS ORALES, 250 MG/DÍA (150 MG X 1-100 MG X 1)	29	ZAFIRLUKAST	65
XCOPRI, PAQUETE DE MANTENIMIENTO, COMPRIMIDOS ORALES, 350 MG/DÍA (200 MG X 1-150 MG X 1)	29	ZAPELON, CÁPSULAS ORALES, 5 MG	38
XELJANZ, COMPRIMIDOS ORALES	58	ZAPELON, CÁPSULAS ORALES, 10 MG	38
XELJANZ, SOLUCIÓN ORAL	58	ZALTRAP	26
XELJANZ XR	58	ZANOSAR	26
XGEVA	19	ZATEAN-PN DHA	67
XHANCE	65	ZATEAN-PN PLUS	67
XIAFLEX	47	ZEJULA	26
XIFAXAN, COMPRIMIDOS ORALES, 550 MG	18	ZELBORAF	26
XIIDRA	61	ZEMAIRA	47
XOFLUZA	15	ZENATANE	44
XOLAIR, JERINGA SUBCUTÁNEA, 75 MG/0.5 ML	65	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	55
XOLAIR, JERINGA SUBCUTÁNEA, 150 MG/ML	65	ZEPZELCA	26
XOLAIR, SOL. PARA RECONST. SUBCUTÁNEA	65	ZIDOVUDINA, CÁPSULAS ORALES	15
XOPENEX	65	ZIDOVUDINA, COMPRIMIDOS ORALES	15
XOPENEX CONCENTRADO	65	ZIDOVUDINA, JARABE ORAL	15
XOSPATA	26	ZIRABEV	26
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)	26	ZIRGAN	61
XTAMPZA ER	32	ZOLADAX	26
XTANDI, CÁPSULAS ORALES	26	ZOLEDRONIC ACID-MANNITOL-WATER, INFUSIÓN SECUNDARIA INTRAVENOSA, 5 MG/100 ML	47
XTANDI, COMPRIMIDOS ORALES, 40 MG	26	ZOLINZA	26
XTANDI, COMPRIMIDOS ORALES, 80 MG	26	ZOLPIDEM, COMPRIMIDOS ORALES	38
XULTOPHY 100/3.6	52	ZONISADE	29
XYREM	38	ZONISAMIDA	29
Y		ZORTRESS, COMPRIMIDOS ORALES, 1 MG	27
YERVOY	26	ZOSYN EN DEXTROSA (ISO-OSM.)	18
YF-VAX (PF), SUSPENSIÓN SUBCUTÁNEA PARA RECONSTITUCIÓN, 10 EXP 4.74 UNIDADES/0.5 ML	56	ZOVIA 1-35 (28)	61
YONDELIS	26	ZTALMY	29
YUPELRI	65	ZTLIDO	44
YUVAFEM	58	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	33

Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
ZUBSOLV, COMPRIMIDOS SUBLINGUALES, 8.6-2.1 MG.....	33		
ZUMANDIMINE (28).....	61		
ZYDELIG	27		
ZYKADIA	27		
ZYLET.....	62		
ZYNLONTA	27		
ZYPREXA RELPREVV, SUSPENSIÓN INTRAMUSCULAR PARA RECONSTITUCIÓN, 210 MG.....	38		
ZYPREXA RELPREVV, SUSPENSIÓN INTRAMUSCULAR PARA RECONSTITUCIÓN, 300 MG.....	38		
ZYPREXA RELPREVV, SUSPENSIÓN INTRAMUSCULAR PARA RECONSTITUCIÓN, 405 MG.....	38		

Notas

[illegible]

Notas

[illegible]

Notas

[illegible]



Notificación Contra la Discriminación: La Discriminación es Contra la Ley

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

Cigna:

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

Si necesita recibir estos servicios, comuníquese con Servicio al Cliente al 1-800-668-3813, 8 a.m. a 8 p.m., 7 días de la semana.

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: 1-800-668-3813 (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 1-800-668-3813 (TTY 711), 8 a.m. to 8 p.m., 7 days a week. ATENCIÓN: si usted habla un idioma que no sea inglés, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-800-668-3813 (TTY 711), 8 a.m. a 8 p.m., 7 días de la semana. 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 recibir estos servicios, comuníquese con Servicio al Cliente al 1-800-668-3813, 8 a.m. a 8 p.m., 7 días de la semana.

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: 1-800-668-3813 (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 1-800-668-3813 (TTY 711), 8 a.m. to 8 p.m., 7 days a week. ATENCIÓN: si usted habla un idioma que no sea inglés, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-800-668-3813 (TTY 711), 8 a.m. a 8 p.m., 7 días de la semana. Cigna tiene contrato con Medicare para planes PDP, planes HMO y PPO en ciertos estados, y con ciertos programas estatales de Medicaid. La inscripción en Cigna depende de la renovación de contrato. © 2017 Cigna



1-800-668-3813 (TTY 711)



Del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local. Se usa un servicio de mensajes los fines de semana, fuera del horario de atención y en los días festivos federales.



CignaMedicare.com

Fecha de actualización: 12/01/2022. Para obtener información más reciente o si tiene otras preguntas, comuníquese con Servicio al Cliente de Cigna al 1-800-668-3813 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes. Se usa un servicio de mensajes los fines de semana, fuera del horario de atención y en los días festivos federales. También puede visitar CignaMedicare.com. Todos los productos y servicios de Cigna se brindan exclusivamente por o a través de subsidiarias operativas de Cigna Corporation. El nombre de Cigna, los logotipos, y otras marcas de Cigna son propiedad de Cigna Intellectual Property, Inc. © 2021 Cigna
Diciembre 2022

952851SP o