



Planes De Medicamentos Con Receta De Medicare

LISTA DE MEDICAMENTOS COMPLETA (Formulario) DE CIGNA PARA 2022

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

Plan de cobertura

Cigna Extra Rx (PDP)

HPMS Approved Formulary File Submission ID 22233, Version Number 5

Fecha de actualización: 10/01/2021. Para obtener más información o si tiene otras preguntas, comuníquese con Servicio al Cliente de Cigna al 1-800-222-6700 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana. Puede que nuestro sistema telefónico automático conteste sus llamadas durante los fines de semana del 1 de abril al 30 de septiembre. También puede visitar CignaMedicare.com. El Formulario, la red de farmacias y/o la red de proveedores pueden cambiar en cualquier momento.

Octubre 2021

22_F_S5617_TR_S_V01
INT_22_98644_C_Final_11aS

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 Extra Rx (PDP).

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

Por lo general, debe usar farmacias de la red para usar su beneficio de medicamentos con receta. Los beneficios, el Formulario, la red de farmacias o los copagos/el coseguro pueden cambiar el 1 de enero de 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 octubre de 2021. Para obtener información actualizada sobre los medicamentos cubiertos por Cigna, comuníquese con nosotros. Nuestra información de contacto aparece en la portada y la contraportada. Si se realizan cambios significativos en la lista de medicamentos impresa dentro del año cubierto, es posible que se le notifique por correo, identificando los cambios. Las listas de medicamentos publicadas en nuestro sitio web se revisan y actualizan en forma mensual.

¿Cómo uso la lista de medicamentos?

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

Condición médica

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

Índice de medicamentos cubiertos

Si no sabe con certeza en qué categoría buscar, debe buscar su medicamento en el Índice de medicamentos cubiertos que comienza en la página 65. El Índice de medicamentos cubiertos proporciona una lista alfabética de todos los medicamentos incluidos en este documento. En el Índice se incluyen los medicamentos de marca y los medicamentos genéricos. Busque en el Índice y encuentre su medicamento. Junto a su medicamento, verá el número de página en la que puede encontrar información sobre la cobertura. Vaya a la página indicada en el Índice de medicamentos cubiertos y busque el nombre de su medicamento en la columna "Nombre del medicamento" de la lista.

¿Qué son los medicamentos genéricos?

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

¿Existen restricciones con respecto a mi cobertura?

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

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

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

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

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

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

Opciones para los medicamentos de mantenimiento

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- Puede pedirnos que no apliquemos restricciones o límites de cobertura con respecto a su medicamento. Por ejemplo, para determinados medicamentos, Cigna limita la cantidad del medicamento que cubriremos. Si su medicamento tiene un límite a la cantidad, puede solicitarnos que no apliquemos el límite y que cubramos una cantidad mayor.
- Puede pedirnos que cubramos un medicamento del Formulario a un nivel de costo compartido menor, a menos que el medicamento esté en el nivel de especialidad. Si se aprueba, esto reduciría la cantidad que usted debe pagar por su medicamento. Esto se aplica a las siguientes circunstancias:

- Si el medicamento que está tomando es un medicamento de marca, puede pedirnos que cubramos su medicamento por la cantidad de costo compartido que se aplica al nivel más bajo que contiene alternativas de marca para tratar su condición.
- Si el medicamento que está tomando es un medicamento genérico, puede pedirnos que cubramos su medicamento por la cantidad de costo compartido que se aplica al nivel más bajo que contiene alternativas de marca o genéricas para tratar su condición.
- Si el medicamento que está tomando es un producto biológico, puede pedirnos que cubramos su medicamento por la cantidad de costo compartido que se aplica al nivel más bajo que contiene alternativas del producto biológico para tratar su condición.

Tenga en cuenta que, si aprobamos su solicitud de cubrir un medicamento que no está incluido en nuestra lista de medicamentos, no podrá pedirnos que proporcionemos este medicamento a un nivel de costo compartido menor.

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

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

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

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

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

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

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

Lista de medicamentos de Cigna

La lista de medicamentos completa que comienza en la página 20 brinda información de cobertura sobre todos los medicamentos cubiertos por Cigna. Si tiene problemas para encontrar su medicamento en la lista, consulte el Índice de medicamentos cubiertos que comienza en la página 65.

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

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

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

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

¿Qué es una farmacia de la red preferida?

Si su plan tiene farmacias de la red preferidas, usted seguramente ahorre dinero si usa estas farmacias. Los costos de sus medicamentos con receta (como el copago o el coseguro) generalmente serán más bajos en una farmacia de la red preferida porque tiene un acuerdo preferido con su plan. También puede visitar Cigna.com/medicare/resources 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. El Nivel 1 es para los medicamentos genéricos preferidos. El Nivel 2 es para los medicamentos genéricos. El Nivel 3 es para los medicamentos de marca preferida. El Nivel 4 es para los medicamentos no preferidos. El Nivel 5 es para los medicamentos de especialidad. El Nivel 6 se aplica solamente para los planes de Cigna Extra Rx (PDP) y se denomina Medicamentos para cuidados específicos. Consulte la siguiente tabla. También puede consultar su documento de Evidencia de cobertura para conocer más detalles.



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>.

Cigna no siempre puede mantener todos los medicamentos genéricos en los niveles de medicamentos Genéricos preferidos y Genéricos, y algunos medicamentos genéricos pueden estar en el Nivel 3, Nivel 4, Nivel 5 o Nivel 6. Recuerde que el nombre “Nivel 3: Medicamentos de marca preferida” es simplemente una descripción de la mayoría de los medicamentos incluidos en el nivel. No significa que en ese nivel haya solamente medicamentos de marca.

Modelo de ahorros para adultos mayores: Para determinados medicamentos de insulina, su copago será el mismo en todas las etapas hasta que llegue a la etapa de cobertura de gastos excedentes. Consulte el Capítulo 6 de su Evidencia de cobertura para obtener más información. Si recibe Ayuda Adicional, no reúne los requisitos para participar en este programa y se

aplicará el nivel de copagos del Subsidio por Bajos Ingresos (LIS, por sus siglas en inglés).

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

Para encontrar el costo de su medicamento, consulte la(s) siguiente(s) tabla(s) para buscar su área de servicio y el plan de medicamentos con receta en el que está inscrito actualmente o desea inscribirse. Si reunió los requisitos para recibir Ayuda Adicional con los costos de sus medicamentos, es posible que sus costos sean diferentes de los descritos abajo. Consulte su Evidencia de cobertura (EOC, por sus siglas en inglés) o llame a Servicio al Cliente para averiguar qué costos tiene. Cigna usa farmacias de la red preferidas. Consulte su Directorio de farmacias o visite [Cigna.com/member-resources](https://www.cigna.com/member-resources) para buscar una farmacia minorista o de pedido por correo preferida que le quede cerca.

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

* Pagará el copago o el porcentaje del costo del medicamento que se muestra arriba, más la diferencia entre el cargo facturado por la farmacia fuera de la red y los costos habituales facturados por nuestras farmacias minoristas estándares.

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

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

* Pagará el copago o el porcentaje del costo del medicamento que se muestra arriba, más la diferencia entre el cargo facturado por la farmacia fuera de la red y los costos habituales facturados por nuestras farmacias minoristas estándares.

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

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

* Pagará el copago o el porcentaje del costo del medicamento que se muestra arriba, más la diferencia entre el cargo facturado por la farmacia fuera de la red y los costos habituales facturados por nuestras farmacias minoristas estándares.

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

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

* Pagará el copago o el porcentaje del costo del medicamento que se muestra arriba, más la diferencia entre el cargo facturado por la farmacia fuera de la red y los costos habituales facturados por nuestras farmacias minoristas estándares.

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

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

* Pagará el copago o el porcentaje del costo del medicamento que se muestra arriba, más la diferencia entre el cargo facturado por la farmacia fuera de la red y los costos habituales facturados por nuestras farmacias minoristas estándares.

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

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

* Pagará el copago o el porcentaje del costo del medicamento que se muestra arriba, más la diferencia entre el cargo facturado por la farmacia fuera de la red y los costos habituales facturados por nuestras farmacias minoristas estándares.

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

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

* Pagará el copago o el porcentaje del costo del medicamento que se muestra arriba, más la diferencia entre el cargo facturado por la farmacia fuera de la red y los costos habituales facturados por nuestras farmacias minoristas estándares.

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

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

* Pagará el copago o el porcentaje del costo del medicamento que se muestra arriba, más la diferencia entre el cargo facturado por la farmacia fuera de la red y los costos habituales facturados por nuestras farmacias minoristas estándares.

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

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

* Pagará el copago o el porcentaje del costo del medicamento que se muestra arriba, más la diferencia entre el cargo facturado por la farmacia fuera de la red y los costos habituales facturados por nuestras farmacias minoristas estándares.

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

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

* Pagará el copago o el porcentaje del costo del medicamento que se muestra arriba, más la diferencia entre el cargo facturado por la farmacia fuera de la red y los costos habituales facturados por nuestras farmacias minoristas estándares.

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

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

* Pagará el copago o el porcentaje del costo del medicamento que se muestra arriba, más la diferencia entre el cargo facturado por la farmacia fuera de la red y los costos habituales facturados por nuestras farmacias minoristas estándares.

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

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

* Pagará el copago o el porcentaje del costo del medicamento que se muestra arriba, más la diferencia entre el cargo facturado por la farmacia fuera de la red y los costos habituales facturados por nuestras farmacias minoristas estándares.

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

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

* Pagará el copago o el porcentaje del costo del medicamento que se muestra arriba, más la diferencia entre el cargo facturado por la farmacia fuera de la red y los costos habituales facturados por nuestras farmacias minoristas estándares.

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

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

Mis medicamentos

En esta sección, puede escribir todos los medicamentos que está tomando actualmente. Luego puede buscar su medicamento en las siguientes páginas de la lista de medicamentos. Fíjese en qué nivel está su medicamento. Una vez que encuentre en qué nivel está su medicamento, puede mirar las tablas que aparecen antes de esta página y buscar su costo compartido para ese medicamento. Si necesita ayuda para encontrar sus medicamentos y costos compartidos, llame a Servicio al Cliente al 1-800-222-6700, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana. Puede que nuestro sistema telefónico automático conteste sus llamadas durante los fines de semana del 1 de abril al 30 de septiembre. Los usuarios de TTY pueden llamar al 711.

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

Índice de la lista de medicamentos:

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

	Página
ANTI - INFECTIVES.....	20
ANTINEOPLASTIC / IMMUNOSUPPRESSANT DRUGS	26
AUTONOMIC / CNS DRUGS, NEUROLOGY / PSYCH	32
CARDIOVASCULAR, HYPERTENSION / LIPIDS.....	41
DERMATOLOGICALS/TOPICAL THERAPY	44
DIAGNOSTICS / MISCELLANEOUS AGENTS.....	47
EAR, NOSE / THROAT MEDICATIONS	48
ENDOCRINE/DIABETES.....	48
GASTROENTEROLOGY	52
IMMUNOLOGY, VACCINES / BIOTECHNOLOGY.....	53
MUSCULOSKELETAL / RHEUMATOLOGY	55
OBSTETRICS / GYNECOLOGY.....	55
OPHTHALMOLOGY	59
RESPIRATORY AND ALLERGY	60
UROLOGICALS	61
VITAMINS, HEMATINICS / ELECTROLYTES	62

Guía de la Lista de medicamentos:

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

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

LA: Disponibilidad limitada. Es posible que este medicamento con receta solo esté disponible en determinadas farmacias. Para obtener más información, consulte su Directorio de farmacias o llame a Servicio al Cliente al 1-800-222-6700 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana. Puede que nuestro sistema telefónico automático conteste sus llamadas durante los fines de semana del

1 de abril al 30 de septiembre. También puede visitar [Cigna.com/member-resources](https://www.cigna.com/member-resources).

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

PA: Este medicamento requiere de autorización previa.

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

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

ST: Este medicamento tiene requisitos de tratamiento escalonado.

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

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
ANTI - INFECTIVES		
ANTIFUNGAL AGENTS		
ABELCET	4	PA
AMBISOME	5	PA; NDS
<i>amphotericin b</i>	4	PA
<i>casprofungin intravenous recon soln 50 mg</i>	5	PA; NDS
<i>casprofungin intravenous recon soln 70 mg</i>	4	PA
<i>clotrimazole mucous membrane</i>	2	
CRESEMBA ORAL	4	
<i>fluconazole in nacl (iso-osm) intravenous piggyback 200 mg/100 ml, 400 mg/200 ml</i>	4	PA
<i>fluconazole oral suspension for reconstitution</i>	3	
<i>fluconazole oral tablet</i>	2	
<i>flucytosine</i>	5	NDS
<i>griseofulvin microsize</i>	4	
<i>griseofulvin ultramicrosize</i>	4	
<i>itraconazole oral capsule</i>	4	QL (120/30)
<i>itraconazole oral solution</i>	4	
<i>ketoconazole oral</i>	2	
<i>nystatin oral suspension</i>	3	
<i>nystatin oral tablet</i>	2	
<i>posaconazole oral tablet, delayed release (dr/ec)</i>	5	QL (96/30); NDS
<i>terbinafine hcl oral</i>	2	
<i>voriconazole intravenous</i>	4	PA
<i>voriconazole oral suspension for reconstitution</i>	5	NDS
<i>voriconazole oral tablet</i>	4	
ANTIVIRALS		
<i>abacavir oral solution</i>	3	QL (960/30)
<i>abacavir oral tablet</i>	4	QL (60/30)
<i>abacavir-lamivudine</i>	3	QL (30/30)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>abacavir-lamivudine-zidovudine</i>	5	QL (60/30); NDS
<i>acyclovir oral capsule</i>	2	
<i>acyclovir oral suspension 200 mg/5 ml</i>	4	
<i>acyclovir oral tablet</i>	2	
<i>acyclovir sodium intravenous solution</i>	4	B/D PA
<i>adefovir</i>	4	
<i>amantadine hcl</i>	3	
APTIVUS	4	QL (120/30)
<i>atazanavir oral capsule 150 mg, 300 mg</i>	4	QL (30/30)
<i>atazanavir oral capsule 200 mg</i>	4	QL (60/30)
BARACLUDGE ORAL SOLUTION	4	QL (630/30)
BIKTARVY	5	NDS
CIMDUO	4	
COMPLERA	4	QL (30/30)
DELSTRIGO	4	
DESCOVY	5	QL (30/30); NDS
DOVATO	5	NDS
EDURANT	3	QL (30/30)
<i>efavirenz oral capsule 200 mg</i>	4	QL (120/30)
<i>efavirenz oral capsule 50 mg</i>	4	QL (180/30)
<i>efavirenz oral tablet</i>	4	QL (30/30)
<i>efavirenz-emtricitabin-tenofov</i>	5	QL (30/30); NDS
<i>efavirenz-lamivu-tenofov disop oral tablet 400-300-300 mg</i>	4	QL (30/30)
<i>efavirenz-lamivu-tenofov disop oral tablet 600-300-300 mg</i>	4	
<i>emtricitabine</i>	3	QL (30/30)
EMTRICITABINE-TENOFOVIR (TDF) ORAL TABLET 100-150 MG, 133-200 MG, 167-250 MG	5	QL (30/30); NDS
<i>emtricitabine-tenofov (tdf) oral tablet 200-300 mg</i>	5	QL (30/30); NDS
EMTRIVA ORAL SOLUTION	3	QL (680/28)
<i>entecavir</i>	4	QL (30/30)

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

Cursiva minúscula = Medicamento genérico

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

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
EPCLUSA ORAL TABLET 200-50 MG	5	PA; QL (56/28); NDS
EPCLUSA ORAL TABLET 400-100 MG	5	PA; QL (28/28); NDS
EPIVIR HBV ORAL SOLUTION	3	
<i>etravirine</i>	5	QL (60/30); NDS
EVOTAZ	4	QL (30/30)
<i>famciclovir</i>	4	QL (60/30)
<i>fosamprenavir</i>	5	QL (120/30); NDS
FUZEON SUBCUTANEOUS RECON SOLN	5	QL (60/30); NDS
GENVOYA	5	QL (30/30); NDS
HARVONI ORAL PELLETS IN PACKET 33.75-150 MG	5	PA; QL (28/28); NDS
HARVONI ORAL PELLETS IN PACKET 45-200 MG	5	PA; QL (56/28); NDS
HARVONI ORAL TABLET 45-200 MG	5	PA; QL (56/28); NDS
HARVONI ORAL TABLET 90-400 MG	5	PA; QL (28/28); NDS
INTELENCE ORAL TABLET 100 MG, 200 MG	5	QL (60/30); NDS
INTELENCE ORAL TABLET 25 MG	4	QL (120/30)
INVIRASE ORAL TABLET	4	QL (120/30)
ISENTRESS HD	5	NDS
ISENTRESS ORAL POWDER IN PACKET	4	QL (60/30)
ISENTRESS ORAL TABLET	5	QL (120/30); NDS
ISENTRESS ORAL TABLET, CHEWABLE 100 MG	5	QL (180/30); NDS
ISENTRESS ORAL TABLET, CHEWABLE 25 MG	3	QL (180/30)
JULUCA	5	NDS
KALETRA ORAL TABLET 100-25 MG	4	QL (300/30)
KALETRA ORAL TABLET 200-50 MG	5	QL (120/30); NDS
<i>lamivudine oral solution</i>	3	QL (900/30)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>lamivudine oral tablet 100 mg, 300 mg</i>	3	QL (30/30)
<i>lamivudine oral tablet 150 mg</i>	3	QL (60/30)
<i>lamivudine-zidovudine</i>	3	QL (60/30)
<i>ledipasvir-sofosbuvir</i>	5	PA; QL (28/28); NDS
LEXIVA ORAL SUSPENSION	4	QL (1575/28)
<i>lopinavir-ritonavir oral solution</i>	4	
<i>lopinavir-ritonavir oral tablet 100-25 mg</i>	4	QL (300/30)
<i>lopinavir-ritonavir oral tablet 200-50 mg</i>	4	QL (120/30)
<i>nevirapine oral suspension</i>	4	QL (1200/30)
<i>nevirapine oral tablet</i>	3	QL (60/30)
<i>nevirapine oral tablet extended release 24 hr 100 mg</i>	4	QL (90/30)
<i>nevirapine oral tablet extended release 24 hr 400 mg</i>	4	QL (30/30)
NORVIR ORAL POWDER IN PACKET	4	
NORVIR ORAL SOLUTION	3	QL (480/30)
ODEFSEY	5	QL (30/30); NDS
<i>oseltamivir oral capsule</i>	3	
<i>oseltamivir oral suspension for reconstitution</i>	4	
PIFELTRO	4	
PREVYMIS	5	QL (30/30); NDS
PREZCOBIX	4	QL (30/30)
PREZISTA ORAL SUSPENSION	5	QL (400/30); NDS
PREZISTA ORAL TABLET 150 MG	4	QL (240/30)
PREZISTA ORAL TABLET 600 MG	5	QL (60/30); NDS
PREZISTA ORAL TABLET 75 MG	4	QL (480/30)
PREZISTA ORAL TABLET 800 MG	5	QL (30/30); NDS
RETROVIR INTRAVENOUS	4	

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

Cursiva minúscula = Medicamento genérico

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

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
REYATAZ ORAL POWDER IN PACKET	5	QL (240/30); NDS
<i>ribavirin oral capsule</i>	3	
<i>ribavirin oral tablet 200 mg</i>	3	
<i>rimantadine</i>	2	
<i>ritonavir</i>	3	QL (360/30)
RUKOBIA	5	NDS
SELZENTRY ORAL SOLUTION	5	NDS
SELZENTRY ORAL TABLET 150 MG, 75 MG	5	QL (60/30); NDS
SELZENTRY ORAL TABLET 25 MG	4	QL (120/30)
SELZENTRY ORAL TABLET 300 MG	5	QL (120/30); NDS
SOVALDI ORAL TABLET 400 MG	5	PA; QL (28/28); NDS
<i>stavudine oral capsule</i>	4	QL (60/30)
STRIBILD	5	QL (30/30); NDS
SYMTUZA	4	
TEMIXYS	4	
<i>tenofovir disoproxil fumarate</i>	4	QL (30/30)
TIVICAY ORAL TABLET 10 MG	4	QL (60/30)
TIVICAY ORAL TABLET 25 MG, 50 MG	5	QL (60/30); NDS
TIVICAY PD	4	QL (180/30)
TRIUMEQ	5	QL (30/30); NDS
TROGARZO	5	NDS
<i>valacyclovir oral tablet 1 gram</i>	3	QL (120/30)
<i>valacyclovir oral tablet 500 mg</i>	3	QL (60/30)
<i>valganciclovir oral recon soln</i>	5	NDS
<i>valganciclovir oral tablet</i>	3	
VELLIDY	5	NDS
VIRACEPT ORAL TABLET 250 MG	4	QL (270/30)
VIRACEPT ORAL TABLET 625 MG	4	QL (120/30)
VIREAD ORAL POWDER	5	QL (240/30); NDS

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
VIREAD ORAL TABLET 150 MG, 200 MG, 250 MG	5	QL (30/30); NDS
VOSEVI	5	PA; QL (28/28); NDS
<i>zidovudine oral capsule</i>	4	QL (180/30)
<i>zidovudine oral syrup</i>	4	QL (1680/28)
<i>zidovudine oral tablet</i>	2	QL (60/30)
CEPHALOSPORINS		
<i>cefaclor oral capsule</i>	4	
<i>cefaclor oral suspension for reconstitution 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml, 375 mg/5 ml</i>	4	
<i>cefaclor oral tablet extended release 12 hr</i>	4	
<i>cefadroxil oral capsule</i>	3	
<i>cefadroxil oral suspension for reconstitution 250 mg/5 ml, 500 mg/5 ml</i>	3	
<i>cefadroxil oral tablet</i>	3	
<i>cefazolin in dextrose (iso-os) intravenous piggyback 1 gram/50 ml, 2 gram/100 ml, 2 gram/50 ml</i>	4	
<i>cefazolin injection recon soln 1 gram, 10 gram, 100 gram, 300 g, 500 mg</i>	4	
<i>cefazolin intravenous</i>	4	
<i>cefdinir</i>	4	
<i>cefepime in dextrose 5%</i>	4	
<i>cefepime in dextrose, iso-osm</i>	4	
<i>cefepime injection</i>	4	
<i>cefepime intravenous</i>	4	PA
<i>cefixime</i>	4	
<i>cefotaxime injection recon soln 1 gram</i>	4	PA
<i>cefotetan in dextrose, iso-osm</i>	4	PA
<i>cefotetan injection</i>	4	PA
<i>cefoxitin</i>	4	PA
<i>cefoxitin in dextrose, iso-osm</i>	4	PA

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

Cursiva minúscula = Medicamento genérico

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

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>cefpodoxime</i>	4	
<i>cefprozil</i>	3	
<i>ceftazidime</i>	4	PA
<i>ceftazidime in d5w</i>	4	PA
<i>ceftriaxone</i>	4	
<i>ceftriaxone in dextrose, iso-os</i>	4	
<i>cefuroxime axetil oral tablet</i>	3	
<i>cefuroxime sodium injection recon soln 750 mg</i>	4	PA
<i>cefuroxime sodium intravenous</i>	4	PA
<i>cephalexin oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	2	
<i>cephalexin oral suspension for reconstitution</i>	2	
<i>tazicef</i>	4	PA
TEFLARO	4	PA
ERYTHROMYCINS / OTHER MACROLIDES		
<i>azithromycin intravenous</i>	4	PA
<i>azithromycin oral packet</i>	3	
<i>azithromycin oral suspension for reconstitution</i>	4	
<i>azithromycin oral tablet</i>	2	
<i>clarithromycin</i>	4	
DIFICID ORAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION	5	QL (136/10); NDS
DIFICID ORAL TABLET	5	QL (20/10); NDS
<i>ery-tab oral tablet, delayed release (dr/ec) 250 mg</i>	4	
ERY-TAB ORAL TABLET, DELAYED RELEASE (DR/EC) 333 MG	4	
<i>erythrocin (as stearate) oral tablet 250 mg</i>	4	
ERYTHROCIN INTRAVENOUS RECON SOLN 500 MG	4	PA
<i>erythromycin ethylsuccinate oral suspension for reconstitution 200 mg/5 ml</i>	4	
<i>erythromycin oral</i>	4	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
MISCELLANEOUS ANTIINFECTIVES		
<i>albendazole</i>	5	NDS
ALINIA ORAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION	5	QL (360/30); NDS
<i>amikacin injection solution 1,000 mg/4 ml, 500 mg/2 ml</i>	4	PA
ARIKAYCE	4	PA; LA
<i>atovaquone</i>	5	NDS
<i>atovaquone-proguanil</i>	4	
<i>aztreonam</i>	4	PA
<i>bacitracin intramuscular</i>	4	
CAPASTAT	4	
CAYSTON	5	PA; LA; QL (84/28); NDS
<i>chloramphenicol sod succinate</i>	4	
<i>chloroquine phosphate</i>	2	
<i>clindamycin hcl</i>	2	
<i>clindamycin in 0.9% sod chlor</i>	4	PA
<i>clindamycin in 5% dextrose</i>	4	PA
<i>clindamycin pediatric</i>	4	
<i>clindamycin phosphate injection</i>	4	PA
<i>clindamycin phosphate intravenous solution 600 mg/4 ml</i>	4	PA
COARTEM	4	QL (24/30)
<i>colistin (colistimethate na)</i>	4	PA
<i>cycloserine</i>	4	
<i>dapsone oral</i>	3	
DAPTOMYCIN INTRAVENOUS RECON SOLN 350 MG	5	NDS
<i>daptomycin intravenous recon soln 500 mg</i>	5	NDS
EMVERM	4	
<i>ertapenem</i>	4	
<i>ethambutol</i>	4	
FIRVANQ ORAL RECON SOLN 25 MG/ML	4	QL (400/10)

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 19.

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
FIRVANQ ORAL RECON SOLN 50 MG/ML	4	QL (450/10)
<i>gentamicin in nacl (iso-osm) intravenous piggyback 100 mg/100 ml, 100 mg/50 ml, 120 mg/100 ml, 60 mg/50 ml, 80 mg/100 ml, 80 mg/50 ml</i>	4	PA
<i>gentamicin injection solution 40 mg/ml</i>	4	PA
<i>gentamicin sulfate (ped) (pf)</i>	4	PA
<i>hydroxychloroquine</i>	3	
<i>imipenem-cilastatin</i>	4	
<i>isoniazid oral solution</i>	4	
<i>isoniazid oral tablet</i>	2	
<i>ivermectin oral</i>	3	
<i>lincomycin</i>	4	PA
<i>linezolid in dextrose 5%</i>	4	PA
<i>linezolid oral suspension for reconstitution</i>	5	QL (1800/30); NDS
<i>linezolid oral tablet</i>	3	QL (60/30)
<i>linezolid-0.9% sodium chloride</i>	4	PA
<i>mefloquine</i>	2	
<i>meropenem</i>	4	
<i>meropenem-0.9% sodium chloride</i>	4	
<i>metronidazole in nacl (iso-os)</i>	4	PA
<i>metronidazole oral tablet</i>	2	
<i>neomycin</i>	2	
<i>nitazoxanide</i>	5	QL (20/10); NDS
<i>paromomycin</i>	4	
PASER	4	
<i>pentamidine inhalation</i>	3	B/D PA; QL (1/28)
<i>pentamidine injection</i>	4	
<i>praziquantel</i>	4	
PRIFTIN	4	
PRIMAQUINE	4	
<i>pyrazinamide</i>	4	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>pyrimethamine</i>	5	PA; NDS
<i>quinine sulfate</i>	4	PA; QL (42/7)
<i>rifabutin</i>	4	
<i>rifampin</i>	4	
SIRTURO	4	PA; LA
SIVEXTRO INTRAVENOUS	5	PA; QL (6/28); NDS
SIVEXTRO ORAL	5	QL (6/28); NDS
<i>streptomycin</i>	4	PA
SYNERCID	5	PA; NDS
<i>tigecycline</i>	5	PA; NDS
<i>tobramycin in 0.225% nacl</i>	5	B/D PA; QL (280/28); NDS
<i>tobramycin sulfate</i>	4	PA
TRECTOR	3	
VANCOMYCIN IN 0.9% SODIUM CHL INTRAVENOUS PIGGYBACK	4	
VANCOMYCIN IN DEXTROSE 5% INTRAVENOUS PIGGYBACK 1 GRAM/200 ML, 750 MG/150 ML	4	
<i>vancomycin in dextrose 5% intravenous piggyback 500 mg/100 ml</i>	4	
<i>vancomycin injection</i>	4	
<i>vancomycin intravenous recon soln 1,000 mg, 10 gram, 250 mg, 5 gram, 500 mg, 750 mg</i>	4	
VANCOMYCIN INTRAVENOUS RECON SOLN 1.25 GRAM, 1.5 GRAM	4	
<i>vancomycin oral capsule 125 mg</i>	4	PA; QL (40/10)
<i>vancomycin oral capsule 250 mg</i>	4	PA; QL (80/10)
VANCOMYCIN-WATER INJECT (PEG)	4	
XIFAXAN ORAL TABLET 550 MG	5	PA; QL (90/30); NDS

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

Cursiva minúscula = Medicamento genérico

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

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
PENICILLINS		
<i>amoxicillin oral capsule</i>	2	
<i>amoxicillin oral suspension for reconstitution</i>	2	
<i>amoxicillin oral tablet</i>	2	
<i>amoxicillin oral tablet, chewable 125 mg, 250 mg</i>	2	
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral suspension for reconstitution</i>	2	
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral tablet</i>	2	
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral tablet extended release 12 hr</i>	4	
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral tablet, chewable</i>	2	
<i>ampicillin oral capsule</i>	2	
<i>ampicillin sodium</i>	4	PA
<i>ampicillin-sulbactam</i>	4	PA
AUGMENTIN ORAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 125-31.25 MG/5 ML	4	
BICILLIN L-A	4	PA
<i>dicloxacillin</i>	2	
<i>nafcillin</i>	4	PA
<i>nafcillin in dextrose iso-osm</i>	4	PA
<i>oxacillin injection</i>	4	PA
<i>penicillin g potassium injection recon soln 20 million unit</i>	4	PA
<i>penicillin v potassium</i>	2	
<i>pfizerpen-g</i>	4	PA
<i>piperacillin-tazobactam</i>	4	
ZOSYN IN DEXTROSE (ISO-OSM)	4	
QUINOLONES		
CIPRO ORAL SUSPENSION, MICROCAPSULE RECON	4	
<i>ciprofloxacin hcl oral tablet 100 mg</i>	4	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>ciprofloxacin hcl oral tablet 250 mg, 500 mg, 750 mg</i>	2	
<i>ciprofloxacin in 5% dextrose</i>	4	PA
<i>levofloxacin in d5w</i>	4	PA
<i>levofloxacin intravenous</i>	4	PA
<i>levofloxacin oral solution</i>	4	
<i>levofloxacin oral tablet</i>	2	
<i>moxifloxacin oral</i>	4	
<i>moxifloxacin-sod.ace,sul-water</i>	4	PA
<i>moxifloxacin-sod.chloride(iso)</i>	4	PA
SULFAS / RELATED AGENTS		
<i>sulfadiazine</i>	4	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim intravenous</i>	4	PA
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim oral suspension</i>	4	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim oral tablet</i>	2	
TETRACYCLINES		
<i>doxy-100</i>	4	PA
<i>doxycycline hyclate oral capsule</i>	2	
<i>doxycycline hyclate oral tablet 100 mg, 20 mg</i>	2	
<i>doxycycline monohydrate oral capsule 100 mg, 50 mg</i>	3	
<i>doxycycline monohydrate oral suspension for reconstitution</i>	4	
<i>doxycycline monohydrate oral tablet</i>	3	
<i>minocycline oral capsule</i>	2	
<i>morgidox oral capsule 100 mg</i>	2	
NUZYRA INTRAVENOUS	4	PA
NUZYRA ORAL	4	
<i>tetracycline</i>	4	
URINARY TRACT AGENTS		
<i>methenamine hippurate</i>	4	
<i>nitrofurantoin</i>	4	

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

Cursiva minúscula = Medicamento genérico

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

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>nitrofurantoin macrocrystal oral capsule 100 mg, 50 mg</i>	3	
<i>nitrofurantoin monohyd/m-cryst trimethoprim</i>	3	
	2	

ANTINEOPLASTIC / IMMUNOSUPPRESSANT DRUGS

ADJUNCTIVE AGENTS

<i>leucovorin calcium injection</i>	4	
<i>leucovorin calcium oral tablet 10 mg, 15 mg, 25 mg</i>	4	
<i>leucovorin calcium oral tablet 5 mg</i>	3	
<i>mesna</i>	4	B/D PA
MESNEX ORAL	5	NDS
XGEVA	5	PA; QL (1.7/28); NDS

ANTINEOPLASTIC / IMMUNOSUPPRESSANT DRUGS

<i>abiraterone oral tablet 250 mg</i>	4	PA; QL (120/30)
<i>abiraterone oral tablet 500 mg</i>	4	PA; QL (60/30)
ABRAXANE	5	PA; NDS
ADCETRIS	4	PA
<i>adriamycin intravenous recon soln 10 mg</i>	4	B/D PA
<i>adriamycin intravenous solution</i>	4	B/D PA
AFINITOR DISPERZ ORAL TABLET FOR SUSPENSION 2 MG	5	PA; QL (150/30); NDS
AFINITOR DISPERZ ORAL TABLET FOR SUSPENSION 3 MG, 5 MG	5	PA; QL (56/28); NDS
AFINITOR ORAL TABLET 10 MG	5	PA; QL (30/30); NDS
ALECENSA	5	PA; QL (240/30); NDS
ALIMTA	5	PA; NDS
ALIQOPA	5	PA; NDS
ALUNBRIG ORAL TABLET 180 MG, 90 MG	5	PA; QL (30/30); NDS

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
ALUNBRIG ORAL TABLET 30 MG	5	PA; QL (60/30); NDS
ALUNBRIG ORAL TABLETS, DOSE PACK	5	PA; QL (60/365); NDS
<i>anastrozole</i>	2	
ARRANON	4	B/D PA
<i>arsenic trioxide</i>	4	B/D PA
ARZERRA	4	B/D PA
AYVAKIT	5	PA; LA; QL (30/30); NDS
<i>azacitidine</i>	4	B/D PA
<i>azathioprine</i>	2	B/D PA
<i>azathioprine sodium</i>	4	B/D PA
BALVERSA	5	PA; LA; NDS
BAVENCIO	5	PA; NDS
BELEODAQ	4	B/D PA
BENDEKA	5	B/D PA; NDS
BESPONSA	5	PA; NDS
<i>bexarotene</i>	5	PA; NDS
<i>bicalutamide</i>	3	
BLNREP	4	PA
<i>bleomycin</i>	4	B/D PA
BLINCYTO INTRAVENOUS KIT	4	B/D PA
<i>bortezomib</i>	5	PA; NDS
BOSULIF ORAL TABLET 100 MG	5	PA; QL (90/30); NDS
BOSULIF ORAL TABLET 400 MG, 500 MG	5	PA; QL (30/30); NDS
BRAFTOVI ORAL CAPSULE 75 MG	5	PA; LA; QL (180/30); NDS
BRUKINSA	5	PA; LA; NDS
BUSULFAN	5	B/D PA; NDS
CABOMETYX	5	PA; LA; QL (30/30); NDS
CALQUENCE	5	PA; LA; QL (60/30); NDS

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

Cursiva minúscula = Medicamento genérico

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

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
CAPRELSA ORAL TABLET 100 MG	5	PA; LA; QL (60/30); NDS
CAPRELSA ORAL TABLET 300 MG	5	PA; LA; QL (30/30); NDS
<i>carboplatin intravenous solution</i>	4	B/D PA
<i>carmustine</i>	4	B/D PA
<i>cisplatin intravenous solution</i>	4	B/D PA
<i>cladribine</i>	4	B/D PA
<i>clofarabine</i>	4	B/D PA
COMETRIQ ORAL CAPSULE 100 MG/DAY(80 MG X1-20 MG X1)	5	PA; QL (56/28); NDS
COMETRIQ ORAL CAPSULE 140 MG/DAY(80 MG X1-20 MG X3)	5	PA; QL (112/28); NDS
COMETRIQ ORAL CAPSULE 60 MG/DAY (20 MG X 3/DAY)	5	PA; QL (84/28); NDS
COPIKTRA	5	PA; LA; QL (60/30); NDS
COTELLIC	5	PA; LA; QL (63/28); NDS
<i>cyclophosphamide intravenous</i>	5	B/D PA; NDS
<i>cyclophosphamide oral</i>	3	B/D PA
<i>cyclosporine intravenous</i>	4	B/D PA
<i>cyclosporine modified</i>	4	B/D PA
<i>cyclosporine oral capsule</i>	4	B/D PA
CYRAMZA	5	PA; NDS
<i>cytarabine</i>	4	B/D PA
<i>cytarabine (pf)</i>	4	B/D PA
<i>dacarbazine</i>	4	B/D PA
<i>dactinomycin</i>	4	B/D PA
DARZALEX	5	PA; NDS
DARZALEX FASPRO	5	PA; NDS
<i>daunorubicin intravenous solution</i>	4	B/D PA
DAURISMO ORAL TABLET 100 MG	5	PA; QL (30/30); NDS
DAURISMO ORAL TABLET 25 MG	5	PA; QL (60/30); NDS

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>decitabine</i>	4	B/D PA
<i>docetaxel intravenous solution 160 mg/16 ml (10 mg/ml), 160 mg/8 ml (20 mg/ml), 20 mg/2 ml (10 mg/ml), 20 mg/ml (1 ml), 80 mg/4 ml (20 mg/ml), 80 mg/8 ml (10 mg/ml)</i>	4	B/D PA
<i>doxorubicin intravenous recon soln 50 mg</i>	4	B/D PA
<i>doxorubicin intravenous solution</i>	4	B/D PA
<i>doxorubicin, peg-liposomal</i>	4	B/D PA
DROXIA	4	
ELLECE INTRAVENOUS SOLUTION 200 MG/100 ML	4	B/D PA
ELZONRIS	5	PA; NDS
EMCYT	4	
EMPLICITI	4	PA
ENHERTU	5	PA; NDS
<i>epirubicin intravenous solution</i>	4	B/D PA
ERBITUX	4	B/D PA
ERIVEDGE	5	PA; QL (30/30); NDS
ERLEADA	4	PA; QL (120/30)
<i>erlotinib oral tablet 100 mg, 150 mg</i>	5	PA; QL (30/30); NDS
<i>erlotinib oral tablet 25 mg</i>	5	PA; QL (60/30); NDS
ERWINAZE	4	B/D PA
ETOPOPHOS	4	B/D PA
<i>etoposide intravenous</i>	3	B/D PA
<i>everolimus (antineoplastic)</i>	5	PA; QL (30/30); NDS
<i>everolimus (immunosuppressive) oral tablet 0.25 mg, 0.75 mg</i>	5	B/D PA; QL (60/30); NDS
<i>everolimus (immunosuppressive) oral tablet 0.5 mg</i>	5	B/D PA; QL (120/30); NDS
EVOMELA	5	PA; NDS

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

Cursiva minúscula = Medicamento genérico

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

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>exemestane</i>	4	
FARYDAK	5	PA; QL (6/21); NDS
FIRMAGON KIT W DILUENT SYRINGE	4	B/D PA
<i>floxuridine</i>	4	B/D PA
<i>fludarabine</i>	4	B/D PA
<i>fluorouracil intravenous</i>	4	B/D PA
<i>flutamide</i>	4	
FOLOTYN	5	B/D PA; NDS
FOTIVDA	5	PA; LA; QL (21/28); NDS
<i>fulvestrant</i>	5	B/D PA; NDS
GAVRETO	5	PA; LA; QL (120/30); NDS
GAZYVA	5	PA; NDS
<i>gemcitabine intravenous recon soln</i>	4	B/D PA
<i>gemcitabine intravenous solution 1 gram/26.3 ml (38 mg/ml), 2 gram/52.6 ml (38 mg/ml), 200 mg/5.26 ml (38 mg/ml)</i>	4	B/D PA
<i>gemcitabine intravenous solution 100 mg/ml</i>	5	B/D PA; NDS
<i>gengraf</i>	4	B/D PA
GILOTRIF	5	PA; QL (30/30); NDS
HALAVEN	5	PA; NDS
<i>hydroxyurea</i>	2	
IBRANCE	5	PA; QL (21/28); NDS
ICLUSIG	5	PA; QL (30/30); NDS
<i>idarubicin</i>	4	B/D PA
IDHIFA	5	PA; LA; QL (30/30); NDS
<i>ifosfamide</i>	4	B/D PA
<i>imatinib oral tablet 100 mg</i>	5	PA; QL (180/30); NDS

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>imatinib oral tablet 400 mg</i>	5	PA; QL (60/30); NDS
IMBRUVICA ORAL CAPSULE 140 MG	5	PA; QL (120/30); NDS
IMBRUVICA ORAL CAPSULE 70 MG	5	PA; QL (30/30); NDS
IMBRUVICA ORAL TABLET	5	PA; QL (30/30); NDS
IMFINZI	5	PA; NDS
INFUGEM	5	B/D PA; NDS
INLYTA ORAL TABLET 1 MG	5	PA; QL (180/30); NDS
INLYTA ORAL TABLET 5 MG	5	PA; QL (120/30); NDS
INQOVI	5	PA; QL (5/28); NDS
INREBIC	5	PA; LA; QL (120/30); NDS
IRESSA	5	PA; QL (30/30); NDS
<i>irinotecan</i>	4	B/D PA
IXEMPRA	4	B/D PA
JAKAFI	5	PA; QL (60/30); NDS
JEMPERLI	4	PA
JEVTANA	4	B/D PA
KADCYLA	5	PA; NDS
KANJINTI	5	PA; NDS
KEYTRUDA	5	PA; NDS
KISQALI	5	PA; QL (63/28); NDS
KISQALI FEMARA CO-PACK ORAL TABLET 200 MG/ DAY(200 MG X 1)-2.5 MG	5	PA; QL (49/28); NDS
KISQALI FEMARA CO-PACK ORAL TABLET 400 MG/ DAY(200 MG X 2)-2.5 MG	5	PA; QL (70/28); NDS
KISQALI FEMARA CO-PACK ORAL TABLET 600 MG/ DAY(200 MG X 3)-2.5 MG	5	PA; QL (91/28); NDS
KYPROLIS	5	B/D PA; NDS

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

Cursiva minúscula = Medicamento genérico

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

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>lapatinib</i>	5	PA; QL (180/30); NDS
LENVIMA ORAL CAPSULE 10 MG/DAY (10 MG X 1), 4 MG	5	PA; QL (30/30); NDS
LENVIMA ORAL CAPSULE 12 MG/DAY (4 MG X 3), 18 MG/DAY (10 MG X 1-4 MG X2), 24 MG/DAY(10 MG X 2-4 MG X 1)	5	PA; QL (90/30); NDS
LENVIMA ORAL CAPSULE 14 MG/DAY(10 MG X 1-4 MG X 1), 20 MG/DAY (10 MG X 2), 8 MG/DAY (4 MG X 2)	5	PA; QL (60/30); NDS
<i>letrozole</i>	2	
LEUKERAN	4	
<i>leuprolide subcutaneous kit</i>	4	PA
LIBTAYO	5	PA; NDS
LONSURF ORAL TABLET 15-6.14 MG	5	PA; QL (100/28); NDS
LONSURF ORAL TABLET 20-8.19 MG	5	PA; QL (80/28); NDS
LORBRENA ORAL TABLET 100 MG	5	PA; QL (30/30); NDS
LORBRENA ORAL TABLET 25 MG	5	PA; QL (90/30); NDS
LUMAKRAS	5	PA; QL (240/30); NDS
LUMOXITI	5	PA; NDS
LUPRON DEPOT	5	PA; NDS
LUPRON DEPOT (3 MONTH)	4	PA
LUPRON DEPOT (4 MONTH)	4	PA
LUPRON DEPOT (6 MONTH)	4	PA
LUPRON DEPOT-PED	5	PA; NDS
LUPRON DEPOT-PED (3 MONTH)	5	PA; NDS
LYNPARZA	5	PA; QL (120/30); NDS
LYSODREN	5	NDS
MARQIBO	4	B/D PA
MATULANE	5	NDS

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>megestrol oral suspension 400 mg/10 ml (40 mg/ml)</i>	4	PA
<i>megestrol oral tablet 20 mg</i>	4	PA
<i>megestrol oral tablet 40 mg</i>	3	PA
MEKINIST ORAL TABLET 0.5 MG	5	PA; QL (90/30); NDS
MEKINIST ORAL TABLET 2 MG	5	PA; QL (30/30); NDS
MEKTOVI	5	PA; LA; QL (180/30); NDS
<i>melphalan hcl</i>	5	B/D PA; NDS
<i>mercaptopurine</i>	4	
<i>methotrexate sodium (pf)</i>	4	B/D PA
<i>methotrexate sodium injection</i>	4	B/D PA
<i>methotrexate sodium oral</i>	2	
<i>mitomycin intravenous</i>	4	B/D PA
<i>mitoxantrone</i>	4	B/D PA
MONJUVI	4	PA
MVASI	5	PA; NDS
<i>mycophenolate mofetil (hcl)</i>	4	B/D PA
<i>mycophenolate mofetil oral capsule</i>	3	B/D PA
<i>mycophenolate mofetil oral suspension for reconstitution</i>	5	B/D PA; NDS
<i>mycophenolate mofetil oral tablet</i>	4	B/D PA
<i>mycophenolate sodium</i>	4	B/D PA
MYLOTARG	5	PA; NDS
NERLYNX	5	PA; LA; NDS
NEXAVAR	5	PA; LA; QL (120/30); NDS
<i>nilutamide</i>	5	NDS
NINLARO	5	PA; QL (3/28); NDS
NIPENT	4	B/D PA
NUBEQA	4	PA; LA; QL (120/30)
NULOJIX	5	B/D PA; QL (26/28); NDS
<i>octreotide acetate</i>	4	PA

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

Cursiva minúscula = Medicamento genérico

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

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
ODOMZO	5	PA; LA; QL (30/30); NDS
OGIVRI	5	PA; NDS
ONIVYDE	4	PA
ONUREG	4	PA; QL (14/28)
OPDIVO INTRAVENOUS SOLUTION 100 MG/10 ML, 240 MG/24 ML, 40 MG/4 ML	5	PA; QL (80/28); NDS
ORGOVYX	4	PA; LA; QL (30/30)
<i>oxaliplatin</i>	4	B/D PA
<i>paclitaxel</i>	4	B/D PA
PADCEV	4	PA
PEMAZYRE	5	PA; LA; QL (14/21); NDS
PEPAXTO	4	PA
PERJETA	5	PA; NDS
PHESGO	5	PA; NDS
PIQRAY	5	PA; NDS
POLIVY	5	PA; NDS
POMALYST	5	PA; LA; QL (21/28); NDS
PORTRAZZA	4	B/D PA
POTELIGEO	5	PA; NDS
PROGRAF INTRAVENOUS	4	B/D PA
PROGRAF ORAL GRANULES IN PACKET	4	B/D PA
PURIXAN	5	NDS
QINLOCK	5	PA; LA; QL (90/30); NDS
RETEVMO ORAL CAPSULE 40 MG	5	PA; LA; QL (180/30); NDS
RETEVMO ORAL CAPSULE 80 MG	5	PA; LA; QL (120/30); NDS
REVLIMID	5	PA; LA; QL (28/28); NDS
ROMIDEPSIN INTRAVENOUS SOLUTION	5	PA; NDS
ROZLYTREK ORAL CAPSULE 100 MG	5	PA; QL (150/30); NDS

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
ROZLYTREK ORAL CAPSULE 200 MG	5	PA; QL (90/30); NDS
RUBRACA	5	PA; LA; QL (120/30); NDS
RUXIENCE	5	PA; NDS
RYBREVANT	4	PA
RYDAPT	5	PA; QL (240/30); NDS
SANDIMMUNE ORAL SOLUTION	4	B/D PA
SARCLISA	4	PA
SIGNIFOR	5	PA; NDS
SIMULECT	5	B/D PA; NDS
<i>sirolimus oral solution</i>	5	B/D PA; NDS
<i>sirolimus oral tablet</i>	4	B/D PA
SOLTAMOX	4	
SOMATULINE DEPOT	5	PA; NDS
SPRYCEL ORAL TABLET 100 MG, 140 MG, 50 MG, 80 MG	5	PA; QL (30/30); NDS
SPRYCEL ORAL TABLET 20 MG, 70 MG	5	PA; QL (60/30); NDS
STIVARGA	5	PA; QL (84/28); NDS
<i>sunitinib</i>	5	PA; QL (30/30); NDS
SUTENT	5	PA; QL (30/30); NDS
SYNRIBO	5	PA; NDS
TABLOID	4	
TABRECTA	5	PA; NDS
<i>tacrolimus oral</i>	3	B/D PA
TAFINLAR	5	PA; QL (120/30); NDS
TAGRISSO	5	PA; LA; QL (30/30); NDS
TALZENNA ORAL CAPSULE 0.25 MG	5	PA; QL (90/30); NDS
TALZENNA ORAL CAPSULE 1 MG	5	PA; QL (30/30); NDS

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

Cursiva minúscula = Medicamento genérico

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

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>tamoxifen</i>	2	
TARGRETIN TOPICAL	5	PA; NDS
TASIGNA ORAL CAPSULE 150 MG, 200 MG	5	PA; QL (112/28); NDS
TASIGNA ORAL CAPSULE 50 MG	5	PA; QL (120/30); NDS
TAZVERIK	4	PA; LA
TECENTRIQ	5	PA; NDS
TEMODAR INTRAVENOUS	4	B/D PA
<i>temsirolimus</i>	4	B/D PA
TEPMETKO	5	PA; LA; QL (60/30)
THALOMID ORAL CAPSULE 100 MG, 150 MG, 50 MG	5	PA; QL (28/28); NDS
THALOMID ORAL CAPSULE 200 MG	5	PA; QL (56/28); NDS
<i>thiotepa</i>	4	PA
TIBSOVO	5	PA; NDS
<i>toposar</i>	3	B/D PA
<i>topotecan intravenous recon soln</i>	5	B/D PA; NDS
<i>topotecan intravenous solution 4 mg/4 ml (1 mg/ml)</i>	4	B/D PA
<i>toremifene</i>	5	NDS
TRAZIMERA INTRAVENOUS RECON SOLN 420 MG	5	PA; NDS
TREANDA	5	B/D PA; NDS
TRELSTAR INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION	4	PA
<i>tretinoin (antineoplastic)</i>	5	NDS
TRIPTODUR	5	PA; NDS
TRODELVY	4	PA
TRUSELTIQ ORAL CAPSULE 100 MG/DAY (100 MG X 1), 75 MG/DAY (25 MG X 3)	5	PA; QL (21/28); NDS
TRUSELTIQ ORAL CAPSULE 125 MG/DAY(100 MG X1-25MG X1), 50 MG/DAY (25 MG X 2)	5	PA; QL (63/28); NDS

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
TRUXIMA	5	PA; NDS
TUKYSA ORAL TABLET 150 MG	5	PA; LA; QL (120/30); NDS
TUKYSA ORAL TABLET 50 MG	5	PA; LA; QL (300/30); NDS
TURALIO	5	PA; LA; QL (120/30); NDS
UKONIQ	5	PA; LA; QL (120/30); NDS
UNITUXIN	5	PA; NDS
<i>valrubicin</i>	4	B/D PA
VECTIBIX	5	PA; NDS
VELCADE	5	PA; NDS
VENCLEXTA ORAL TABLET 10 MG	4	PA; LA; QL (60/30)
VENCLEXTA ORAL TABLET 100 MG	5	PA; LA; QL (120/30); NDS
VENCLEXTA ORAL TABLET 50 MG	5	PA; LA; QL (30/30); NDS
VENCLEXTA STARTING PACK	5	PA; LA; QL (84/365); NDS
VERZENIO	5	PA; LA; QL (60/30); NDS
<i>vinblastine</i>	4	B/D PA
<i>vincasar pfs</i>	4	B/D PA
<i>vincristine</i>	4	B/D PA
<i>vinorelbine</i>	4	B/D PA
VITRAKVI ORAL CAPSULE 100 MG	5	PA; LA; QL (60/30); NDS
VITRAKVI ORAL CAPSULE 25 MG	5	PA; LA; QL (180/30); NDS
VITRAKVI ORAL SOLUTION	5	PA; LA; QL (300/30); NDS
VIZIMPRO	5	PA; QL (30/30); NDS
VOTRIENT	5	PA; QL (120/30); NDS
VYXEOS	5	B/D PA; NDS

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

Cursiva minúscula = Medicamento genérico

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

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
XALKORI	5	PA; QL (60/30); NDS
XATMEP	4	PA
XOSPATA	5	PA; LA; NDS
XPOVIO	5	PA; LA; NDS
XTANDI ORAL CAPSULE	4	PA; QL (120/30)
XTANDI ORAL TABLET 40 MG	4	PA; QL (120/30)
XTANDI ORAL TABLET 80 MG	4	PA; QL (60/30)
YERVOY	5	PA; NDS
YONDELIS	5	PA; NDS
ZALTRAP	4	B/D PA
ZANOSAR	4	B/D PA
ZEJULA	5	PA; LA; QL (90/30); NDS
ZELBORAF	5	PA; QL (240/30); NDS
ZEPZELCA	4	PA
ZIRABEV	5	PA; NDS
ZOLADEX	4	B/D PA
ZOLINZA	5	PA; QL (120/30); NDS
ZORTRESS ORAL TABLET 1 MG	5	B/D PA; NDS
ZYDELIG	5	PA; QL (60/30); NDS
ZYKADIA ORAL TABLET	5	PA; QL (90/30); NDS
ZYNLONTA	4	PA
AUTONOMIC / CNS DRUGS, NEUROLOGY / PSYCH		
ANTICONVULSANTS		
APTOM ORAL TABLET 200 MG	4	QL (180/30)
APTOM ORAL TABLET 400 MG	4	QL (90/30)
APTOM ORAL TABLET 600 MG, 800 MG	4	QL (60/30)
BRIVIACT INTRAVENOUS	4	
BRIVIACT ORAL SOLUTION	4	QL (600/30)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
BRIVIACT ORAL TABLET	4	QL (60/30)
<i>carbamazepine oral capsule, er multiphase 12 hr</i>	4	
<i>carbamazepine oral suspension 100 mg/5 ml</i>	2	
<i>carbamazepine oral tablet</i>	2	
<i>carbamazepine oral tablet extended release 12 hr</i>	4	
<i>carbamazepine oral tablet, chewable</i>	2	
CELONTIN ORAL CAPSULE 300 MG	3	
<i>clobazam oral suspension</i>	4	PA; QL (480/30)
<i>clobazam oral tablet 10 mg</i>	4	PA; QL (120/30)
<i>clobazam oral tablet 20 mg</i>	4	PA; QL (60/30)
<i>clonazepam oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i>	2	QL (120/30)
<i>clonazepam oral tablet 2 mg</i>	2	QL (300/30)
<i>clonazepam oral tablet, disintegrating 0.125 mg, 0.25 mg</i>	4	QL (90/30)
<i>clonazepam oral tablet, disintegrating 0.5 mg, 1 mg</i>	4	QL (120/30)
<i>clonazepam oral tablet, disintegrating 2 mg</i>	4	QL (300/30)
DIACOMIT	4	
DIAZEPAM RECTAL	4	
DILANTIN	4	
<i>divalproex oral capsule, delayed rel sprinkle</i>	4	
<i>divalproex oral tablet extended release 24 hr</i>	4	
<i>divalproex oral tablet, delayed release (dr/ec)</i>	2	
EPIDIOLEX	5	PA; LA; NDS
<i>epitol</i>	2	
<i>ethosuximide</i>	4	
<i>felbamate</i>	4	
FINTEPLA	4	PA; LA; QL (360/30)

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

Cursiva minúscula = Medicamento genérico

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

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>fosphenytoin</i>	3	
FYCOMPA ORAL SUSPENSION	4	QL (720/30)
FYCOMPA ORAL TABLET 10 MG, 12 MG, 8 MG	4	QL (30/30)
FYCOMPA ORAL TABLET 2 MG, 4 MG, 6 MG	4	QL (60/30)
<i>gabapentin oral capsule 100 mg, 300 mg</i>	2	QL (360/30)
<i>gabapentin oral capsule 400 mg</i>	2	QL (270/30)
<i>gabapentin oral solution 250 mg/5 ml</i>	4	QL (2160/30)
<i>gabapentin oral tablet 600 mg</i>	2	QL (180/30)
<i>gabapentin oral tablet 800 mg</i>	2	QL (120/30)
<i>lamotrigine oral tablet</i>	2	
<i>lamotrigine oral tablet extended release 24hr</i>	4	
<i>lamotrigine oral tablet, chewable dispersible</i>	2	
<i>lamotrigine oral tablet, disintegrating</i>	4	
<i>levetiracetam in nacl (iso-os)</i>	4	
<i>levetiracetam intravenous</i>	3	
<i>levetiracetam oral solution 100 mg/ml</i>	2	
<i>levetiracetam oral tablet</i>	2	
<i>levetiracetam oral tablet extended release 24 hr</i>	3	
NAYZILAM	4	PA; QL (10/30)
<i>oxcarbazepine</i>	3	
<i>phenobarbital oral elixir</i>	4	PA; QL (1500/30)
<i>phenobarbital oral tablet</i>	3	PA; QL (120/30)
<i>phenobarbital sodium injection solution</i>	3	
<i>phenytoin oral suspension 125 mg/5 ml</i>	2	
<i>phenytoin oral tablet, chewable</i>	2	
<i>phenytoin sodium extended</i>	2	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>phenytoin sodium intravenous solution</i>	3	
<i>pregabalin oral capsule 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	3	QL (120/30)
<i>pregabalin oral capsule 200 mg</i>	3	QL (90/30)
<i>pregabalin oral capsule 225 mg, 300 mg</i>	3	QL (60/30)
<i>pregabalin oral solution</i>	3	QL (900/30)
<i>primidone</i>	2	
<i>roweepra oral tablet 500 mg</i>	2	
<i>rufinamide</i>	5	PA; NDS
SPRITAM	4	
<i>subvenite</i>	2	
<i>subvenite starter (blue) kit</i>	2	
<i>subvenite starter (green) kit</i>	2	
<i>subvenite starter (orange) kit</i>	2	
SYMPAZAN	5	PA; QL (60/30); NDS
<i>tiagabine</i>	4	
<i>topiramate oral capsule, sprinkle</i>	2	PA
<i>topiramate oral tablet</i>	2	PA
<i>valproate sodium</i>	3	
<i>valproic acid</i>	2	
<i>valproic acid (as sodium salt) oral solution 250 mg/5 ml</i>	2	
VALTOCO	4	PA; QL (10/30)
<i>vigabatrin</i>	5	PA; LA; QL (180/30); NDS
<i>vigadrone</i>	5	PA; LA; QL (180/30); NDS
VIMPAT INTRAVENOUS	4	QL (1200/30)
VIMPAT ORAL SOLUTION	4	QL (1200/30)
VIMPAT ORAL TABLET 100 MG, 150 MG, 200 MG	4	QL (60/30)
VIMPAT ORAL TABLET 50 MG	4	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 19.

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
XCOPRI MAINTENANCE PACK ORAL TABLET 250MG/ DAY(150 MG X1-100MG X1)	4	PA; NDS
XCOPRI MAINTENANCE PACK ORAL TABLET 350 MG/ DAY (200 MG X1-150MG X1)	4	PA; QL (56/28)
XCOPRI ORAL TABLET 100 MG	4	PA
XCOPRI ORAL TABLET 150 MG, 200 MG	4	PA; QL (60/30)
XCOPRI ORAL TABLET 50 MG	4	PA; QL (240/30)
XCOPRI TITRATION PACK ORAL TABLETS,DOSE PACK 12.5 MG (14)- 25 MG (14), 150 MG (14)- 200 MG (14)	4	PA; QL (56/28)
XCOPRI TITRATION PACK ORAL TABLETS,DOSE PACK 50 MG (14)- 100 MG (14)	4	PA; QL (56/365)
<i>zonisamide</i>	3	PA
ANTIPARKINSONISM AGENTS		
<i>benztropine injection</i>	4	
<i>benztropine oral</i>	2	PA
<i>bromocriptine</i>	4	
<i>carbidopa</i>	4	
<i>carbidopa-levodopa oral tablet</i>	2	
<i>carbidopa-levodopa oral tablet extended release</i>	3	
<i>carbidopa-levodopa oral tablet, disintegrating</i>	2	
<i>carbidopa-levodopa-entacapone</i>	4	
<i>entacapone</i>	4	
KYNMOBI SUBLINGUAL FILM 10 MG, 15 MG, 20 MG, 25 MG, 30 MG	5	PA; QL (150/30); NDS
NEUPRO	4	
<i>pramipexole oral tablet</i>	2	
<i>rasagiline</i>	4	
<i>ropinirole oral tablet</i>	2	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>ropinirole oral tablet extended release 24 hr</i>	4	
RYTARY	4	ST
<i>selegiline hcl</i>	3	
MIGRAINE / CLUSTER HEADACHE THERAPY		
AJOVY AUTOINJECTOR	3	PA; QL (1.5/30)
AJOVY SYRINGE	3	PA; QL (1.5/30)
<i>dihydroergotamine nasal</i>	4	PA; QL (8/28)
<i>ergotamine-caffeine</i>	3	
<i>naratriptan</i>	4	QL (18/28)
<i>rizatriptan oral tablet</i>	2	QL (36/28)
<i>rizatriptan oral tablet, disintegrating</i>	4	QL (36/28)
<i>sumatriptan nasal spray,non-aerosol 20 mg/actuation</i>	4	QL (18/28)
<i>sumatriptan nasal spray,non-aerosol 5 mg/actuation</i>	4	QL (36/28)
<i>sumatriptan succinate oral</i>	2	QL (18/28)
<i>sumatriptan succinate subcutaneous cartridge</i>	4	QL (8/28)
<i>sumatriptan succinate subcutaneous pen injector</i>	4	QL (8/28)
<i>sumatriptan succinate subcutaneous solution</i>	4	QL (8/28)
MISCELLANEOUS NEUROLOGICAL THERAPY		
AUSTEDO ORAL TABLET 12 MG, 9 MG	5	PA; LA; QL (120/30); NDS
AUSTEDO ORAL TABLET 6 MG	5	PA; LA; QL (60/30); NDS
COPAXONE SUBCUTANEOUS SYRINGE 20 MG/ML	5	PA; QL (30/30); NDS
COPAXONE SUBCUTANEOUS SYRINGE 40 MG/ML	5	PA; QL (12/28); NDS
<i>dalfampridine</i>	3	PA; QL (60/30)
<i>dimethyl fumarate oral capsule, delayed release(dr/ec) 120 mg (14)- 240 mg (46)</i>	4	PA; QL (120/365)

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

Cursiva minúscula = Medicamento genérico

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

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>dimethyl fumarate oral capsule, delayed release(dr/ec) 120 mg, 240 mg</i>	4	PA; QL (60/30)
<i>donepezil oral tablet 10 mg</i>	2	QL (60/30)
<i>donepezil oral tablet 5 mg</i>	2	QL (30/30)
<i>donepezil oral tablet, disintegrating 10 mg</i>	2	QL (60/30)
<i>donepezil oral tablet, disintegrating 5 mg</i>	2	QL (30/30)
<i>galantamine oral capsule, ext rel. pellets 24 hr</i>	4	QL (30/30)
<i>galantamine oral solution</i>	4	QL (200/30)
<i>galantamine oral tablet</i>	3	QL (60/30)
<i>memantine oral capsule, sprinkle, er 24hr</i>	4	PA
<i>memantine oral solution</i>	4	PA; QL (300/30)
<i>memantine oral tablet 10 mg</i>	3	PA; QL (60/30)
<i>memantine oral tablet 5 mg</i>	3	PA; QL (90/30)
<i>memantine oral tablets, dose pack</i>	3	PA; QL (98/365)
NUDEXTA	4	PA
OCREVUS	4	PA
<i>rivastigmine</i>	4	
<i>rivastigmine tartrate</i>	4	QL (60/30)
<i>tetrabenazine oral tablet 12.5 mg</i>	4	PA; QL (240/30)
<i>tetrabenazine oral tablet 25 mg</i>	4	PA; QL (120/30)
MUSCLE RELAXANTS / ANTISPASMODIC THERAPY		
<i>baclofen oral</i>	2	
<i>cyclobenzaprine oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	3	PA
<i>dantrolene oral</i>	4	
<i>methocarbamol oral</i>	2	PA
<i>pyridostigmine bromide oral syrup</i>	4	
<i>pyridostigmine bromide oral tablet 60 mg</i>	3	
<i>pyridostigmine bromide oral tablet extended release</i>	3	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
REGONOL	4	
<i>tizanidine oral tablet</i>	2	
NARCOTIC ANALGESICS		
<i>acetaminophen-codeine oral solution 120-12 mg/5 ml</i>	3	QL (4500/30); NDS
<i>acetaminophen-codeine oral tablet 300-15 mg, 300-30 mg</i>	3	QL (360/30); NDS
<i>acetaminophen-codeine oral tablet 300-60 mg</i>	3	QL (180/30); NDS
<i>buprenorphine hcl injection</i>	4	NDS
<i>buprenorphine hcl sublingual</i>	3	PA
<i>endocet oral tablet 10-325 mg, 7.5-325 mg</i>	3	QL (360/30); NDS
<i>endocet oral tablet 2.5-325 mg, 5-325 mg</i>	4	QL (360/30); NDS
<i>fentanyl citrate buccal lozenge on a handle 1,200 mcg, 1,600 mcg, 400 mcg, 600 mcg, 800 mcg</i>	5	PA; QL (120/30); NDS
<i>fentanyl citrate buccal lozenge on a handle 200 mcg</i>	4	PA; QL (120/30); NDS
<i>fentanyl transdermal patch 72 hour 100 mcg/hr, 12 mcg/hr, 25 mcg/hr, 50 mcg/hr, 75 mcg/hr</i>	4	QL (10/30); NDS
<i>hydrocodone-acetaminophen oral solution 10-325 mg/15 ml(15 ml)</i>	4	NDS
<i>hydrocodone-acetaminophen oral solution 7.5-325 mg/15 ml</i>	4	QL (5550/30); NDS
<i>hydrocodone-acetaminophen oral tablet 10-325 mg, 5-325 mg, 7.5-325 mg</i>	3	QL (360/30); NDS
<i>hydrocodone-ibuprofen oral tablet 7.5-200 mg</i>	4	QL (50/30); NDS
<i>hydromorphone oral liquid</i>	4	QL (2400/30); NDS
<i>hydromorphone oral tablet</i>	4	QL (180/30); NDS
INFUMORPH P/F	4	B/D PA; NDS
<i>methadone injection solution</i>	4	NDS
<i>methadone oral concentrate</i>	4	QL (90/30); NDS

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

Cursiva minúscula = Medicamento genérico

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

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>methadone oral solution 10 mg/5 ml</i>	4	QL (600/30); NDS
<i>methadone oral solution 5 mg/5 ml</i>	4	QL (1200/30); NDS
<i>methadone oral tablet 10 mg</i>	2	QL (120/30); NDS
<i>methadone oral tablet 5 mg</i>	2	QL (240/30); NDS
<i>morphine (pf) injection solution 0.5 mg/ml, 1 mg/ml</i>	4	NDS
<i>morphine concentrate oral solution</i>	3	QL (900/30); NDS
<i>morphine injection solution 10 mg/ml, 8 mg/ml</i>	4	NDS
MORPHINE INJECTION SOLUTION 2 MG/ML, 4 MG/ML, 5 MG/ML	4	NDS
MORPHINE INJECTION SYRINGE 2 MG/ML, 4 MG/ML	4	NDS
<i>morphine intravenous solution 10 mg/ml, 4 mg/ml, 8 mg/ml</i>	4	NDS
<i>morphine intravenous syringe</i>	4	NDS
<i>morphine oral solution</i>	3	QL (900/30); NDS
MORPHINE ORAL TABLET	3	QL (180/30); NDS
<i>morphine oral tablet extended release</i>	3	QL (120/30); NDS
<i>oxycodone oral concentrate</i>	4	QL (180/30); NDS
<i>oxycodone oral solution</i>	4	QL (1200/30); NDS
<i>oxycodone oral tablet 10 mg, 15 mg, 20 mg, 30 mg</i>	3	QL (180/30); NDS
<i>oxycodone oral tablet 5 mg</i>	3	QL (360/30); NDS
<i>oxycodone-acetaminophen oral tablet 10-325 mg, 2.5-325 mg, 5-325 mg, 7.5-325 mg</i>	3	QL (360/30); NDS
<i>oxymorphone oral tablet extended release 12 hr</i>	3	QL (90/30); NDS
XTAMPZA ER	3	QL (90/30); NDS
NON-NARCOTIC ANALGESICS		
<i>buprenorphine-naloxone sublingual film 12-3 mg</i>	4	QL (60/30)
<i>buprenorphine-naloxone sublingual film 2-0.5 mg</i>	4	QL (360/30)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>buprenorphine-naloxone sublingual film 4-1 mg, 8-2 mg</i>	4	QL (90/30)
<i>buprenorphine-naloxone sublingual tablet 2-0.5 mg</i>	2	QL (360/30)
<i>buprenorphine-naloxone sublingual tablet 8-2 mg</i>	2	QL (90/30)
<i>butorphanol nasal</i>	4	QL (10/28)
<i>celecoxib</i>	3	QL (60/30)
<i>diclofenac potassium</i>	2	
<i>diclofenac sodium oral</i>	2	
<i>diclofenac sodium topical gel 1%</i>	3	QL (1000/28)
<i>diflunisal</i>	2	
<i>etodolac</i>	4	
<i>flurbiprofen oral tablet 100 mg</i>	2	
<i>ibu</i>	1	
<i>ibuprofen oral suspension</i>	4	
<i>ibuprofen oral tablet 400 mg, 600 mg, 800 mg</i>	1	
KLOXXADO	3	
<i>meloxicam oral tablet 15 mg</i>	1	
<i>meloxicam oral tablet 7.5 mg</i>	1	QL (60/30)
<i>nabumetone</i>	2	
<i>naloxone injection solution</i>	2	
<i>naloxone injection syringe 1 mg/ml</i>	2	
<i>naltrexone</i>	2	
<i>naproxen oral suspension</i>	4	
<i>naproxen oral tablet</i>	1	
<i>naproxen oral tablet, delayed release (dr/ec)</i>	2	
<i>naproxen sodium oral tablet 275 mg, 550 mg</i>	4	
NARCAN	3	
<i>oxaprozin</i>	4	
<i>sulindac</i>	2	
<i>tramadol oral tablet 50 mg</i>	2	QL (240/30); NDS
<i>tramadol-acetaminophen</i>	4	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 19.

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>dextroamphetamine oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	4	
<i>dextroamphetamine-amphetamine oral capsule, extended release 24hr</i>	4	QL (60/30)
<i>dextroamphetamine-amphetamine oral tablet 10 mg</i>	2	QL (180/30)
<i>dextroamphetamine-amphetamine oral tablet 12.5 mg, 30 mg, 7.5 mg</i>	2	QL (60/30)
<i>dextroamphetamine-amphetamine oral tablet 15 mg</i>	2	QL (120/30)
<i>dextroamphetamine-amphetamine oral tablet 20 mg</i>	2	QL (90/30)
<i>dextroamphetamine-amphetamine oral tablet 5 mg</i>	2	QL (360/30)
<i>diazepam injection</i>	2	
<i>diazepam oral concentrate</i>	2	QL (360/30)
<i>diazepam oral solution 5 mg/5 ml (1 mg/ml)</i>	2	QL (1800/30)
<i>diazepam oral tablet</i>	2	QL (180/30)
<i>doxepin oral capsule</i>	3	
<i>doxepin oral concentrate</i>	3	
DRIZALMA SPRINKLE ORAL CAPSULE, DELAYED REL SPRINKLE 20 MG, 60 MG	4	QL (60/30)
DRIZALMA SPRINKLE ORAL CAPSULE, DELAYED REL SPRINKLE 30 MG	4	QL (120/30)
DRIZALMA SPRINKLE ORAL CAPSULE, DELAYED REL SPRINKLE 40 MG	4	QL (90/30)
<i>duloxetine oral capsule, delayed release(dr/ec) 20 mg, 60 mg</i>	2	QL (60/30)
<i>duloxetine oral capsule, delayed release(dr/ec) 30 mg</i>	2	QL (120/30)
EMSAM	4	QL (30/30)
<i>escitalopram oxalate oral solution</i>	4	QL (600/30)
<i>escitalopram oxalate oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	2	QL (60/30)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>escitalopram oxalate oral tablet 20 mg</i>	2	QL (30/30)
FANAPT ORAL TABLET 1 MG, 10 MG, 12 MG, 2 MG, 4 MG, 6 MG	4	PA; QL (60/30)
FANAPT ORAL TABLET 8 MG	4	PA; QL (90/30)
FANAPT ORAL TABLETS, DOSE PACK	4	PA; QL (16/365)
FETZIMA ORAL CAPSULE, EXT REL 24HR DOSE PACK	4	ST; QL (56/365)
FETZIMA ORAL CAPSULE, EXTENDED RELEASE 24 HR	4	ST; QL (30/30)
<i>fluoxetine oral capsule 10 mg</i>	2	QL (120/30)
<i>fluoxetine oral capsule 20 mg</i>	2	
<i>fluoxetine oral capsule 40 mg</i>	2	QL (90/30)
<i>fluoxetine oral solution</i>	2	
<i>fluphenazine decanoate</i>	4	
<i>fluphenazine hcl injection</i>	4	
<i>fluphenazine hcl oral concentrate</i>	4	
<i>fluphenazine hcl oral elixir</i>	4	
<i>fluphenazine hcl oral tablet</i>	2	
<i>fluvoxamine oral tablet 100 mg, 25 mg</i>	3	QL (90/30)
<i>fluvoxamine oral tablet 50 mg</i>	3	QL (120/30)
<i>guanfacine oral tablet extended release 24 hr</i>	4	QL (30/30)
<i>haloperidol</i>	2	
<i>haloperidol decanoate</i>	4	
<i>haloperidol lactate injection</i>	4	
<i>haloperidol lactate oral</i>	2	
HETLIOZ	5	PA; QL (30/30); NDS
<i>imipramine hcl</i>	3	
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SYRINGE 117 MG/0.75 ML	4	QL (0.75/28)

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

Cursiva minúscula = Medicamento genérico

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

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SYRINGE 156 MG/ML	4	QL (1/28)
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SYRINGE 234 MG/1.5 ML	4	QL (1.5/28)
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SYRINGE 39 MG/0.25 ML	4	QL (0.25/28)
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SYRINGE 78 MG/0.5 ML	4	QL (0.5/28)
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SYRINGE 273 MG/0.875 ML	4	QL (0.88/90)
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SYRINGE 410 MG/1.315 ML	4	QL (1.32/90)
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SYRINGE 546 MG/1.75 ML	4	QL (1.75/90)
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SYRINGE 819 MG/2.625 ML	4	QL (2.63/90)
LATUDA ORAL TABLET 120 MG, 20 MG, 40 MG, 60 MG	4	QL (30/30)
LATUDA ORAL TABLET 80 MG	4	QL (60/30)
<i>lithium carbonate</i>	2	
<i>lorazepam injection</i>	4	
<i>lorazepam intensol</i>	3	QL (150/30)
<i>lorazepam oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i>	2	QL (90/30)
<i>lorazepam oral tablet 2 mg</i>	2	QL (150/30)
<i>loxapine succinate</i>	4	
<i>maprotiline</i>	4	
MARPLAN	4	QL (180/30)
<i>metadate er</i>	4	
<i>methylphenidate hcl oral tablet</i>	4	QL (90/30)
<i>methylphenidate hcl oral tablet extended release</i>	4	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>methylphenidate hcl oral tablet extended release 24hr 18 mg, 18 mg (bx rating), 27 mg, 27 mg (bx rating), 36 mg, 36 mg (bx rating), 54 mg, 54 mg (bx rating)</i>	4	
<i>mirtazapine oral tablet</i>	2	
<i>mirtazapine oral tablet, disintegrating</i>	3	QL (30/30)
<i>modafinil oral tablet 100 mg</i>	3	PA; QL (30/30)
<i>modafinil oral tablet 200 mg</i>	3	PA; QL (60/30)
<i>molindone</i>	2	
<i>nefazodone</i>	4	
<i>nortriptyline</i>	2	
NUPLAZID ORAL CAPSULE	4	PA; QL (30/30)
NUPLAZID ORAL TABLET 10 MG	4	PA; QL (30/30)
<i>olanzapine intramuscular</i>	4	QL (30/30)
<i>olanzapine oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg, 7.5 mg</i>	3	QL (60/30)
<i>olanzapine oral tablet 15 mg, 20 mg</i>	3	QL (30/30)
<i>olanzapine oral tablet, disintegrating 10 mg, 5 mg</i>	4	QL (60/30)
<i>olanzapine oral tablet, disintegrating 15 mg, 20 mg</i>	4	QL (30/30)
<i>olanzapine-fluoxetine</i>	4	
<i>oxazepam</i>	4	QL (120/30)
<i>paliperidone oral tablet extended release 24hr 1.5 mg, 9 mg</i>	4	PA; QL (30/30)
<i>paliperidone oral tablet extended release 24hr 3 mg, 6 mg</i>	4	PA; QL (60/30)
<i>paroxetine hcl oral tablet 10 mg</i>	2	QL (180/30)
<i>paroxetine hcl oral tablet 20 mg, 40 mg</i>	2	QL (30/30)
<i>paroxetine hcl oral tablet 30 mg</i>	2	QL (60/30)
PAXIL ORAL SUSPENSION	4	ST; QL (900/30)

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

Cursiva minúscula = Medicamento genérico

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

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>perphenazine</i>	4	
<i>perphenazine-amitriptyline</i>	4	
PERSERIS	4	QL (1/28)
<i>phenelzine</i>	3	
<i>pimozide</i>	4	
<i>protriptyline</i>	4	
<i>quetiapine oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	2	QL (120/30)
<i>quetiapine oral tablet 200 mg</i>	2	QL (90/30)
<i>quetiapine oral tablet 300 mg, 400 mg</i>	2	QL (60/30)
<i>quetiapine oral tablet extended release 24 hr 150 mg, 200 mg</i>	4	QL (30/30)
<i>quetiapine oral tablet extended release 24 hr 300 mg, 400 mg, 50 mg</i>	4	QL (60/30)
REXULTI	4	QL (30/30)
RISPERDAL CONSTA	4	QL (2/28)
<i>risperidone oral solution</i>	4	
<i>risperidone oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 4 mg</i>	2	QL (120/30)
<i>risperidone oral tablet 1 mg</i>	2	QL (180/30)
<i>risperidone oral tablet 2 mg</i>	2	QL (90/30)
<i>risperidone oral tablet 3 mg</i>	2	QL (60/30)
<i>risperidone oral tablet, disintegrating 0.25 mg, 0.5 mg, 4 mg</i>	4	QL (120/30)
<i>risperidone oral tablet, disintegrating 1 mg</i>	4	QL (180/30)
<i>risperidone oral tablet, disintegrating 2 mg</i>	4	QL (90/30)
<i>risperidone oral tablet, disintegrating 3 mg</i>	4	QL (60/30)
SECUADO	4	QL (30/30)
<i>sertraline oral concentrate</i>	4	
<i>sertraline oral tablet</i>	2	QL (60/30)
<i>temazepam oral capsule 15 mg, 30 mg</i>	2	QL (60/365)
<i>thioridazine</i>	4	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>thiothixene</i>	4	
<i>tranylcypromine</i>	4	
<i>trazodone oral tablet 100 mg, 150 mg, 50 mg</i>	1	
<i>trazodone oral tablet 300 mg</i>	2	
<i>trifluoperazine oral tablet 1 mg</i>	3	
<i>trifluoperazine oral tablet 10 mg, 2 mg, 5 mg</i>	4	
<i>trimipramine</i>	4	
TRINTELLIX	4	ST; QL (30/30)
<i>venlafaxine oral capsule, extended release 24hr 150 mg, 37.5 mg</i>	2	QL (60/30)
<i>venlafaxine oral capsule, extended release 24hr 75 mg</i>	2	QL (90/30)
<i>venlafaxine oral tablet 100 mg, 25 mg, 37.5 mg</i>	2	QL (90/30)
<i>venlafaxine oral tablet 50 mg, 75 mg</i>	2	QL (120/30)
VERSACLOZ	4	
VIIBRYD ORAL TABLET	4	ST; QL (30/30)
VIIBRYD ORAL TABLETS, DOSE PACK 10 MG (7)- 20 MG (23)	4	ST; QL (60/365)
VRAYLAR ORAL CAPSULE	4	PA; QL (30/30)
VRAYLAR ORAL CAPSULE, DOSE PACK	4	PA; QL (14/365)
XYREM	5	PA; LA; QL (540/30); NDS
<i>zaleplon oral capsule 10 mg</i>	3	QL (60/30)
<i>zaleplon oral capsule 5 mg</i>	3	QL (30/30)
<i>ziprasidone hcl oral capsule 20 mg</i>	4	QL (180/30)
<i>ziprasidone hcl oral capsule 40 mg</i>	4	QL (120/30)
<i>ziprasidone hcl oral capsule 60 mg, 80 mg</i>	4	QL (60/30)
<i>ziprasidone mesylate</i>	4	QL (6/30)
<i>zolpidem oral tablet</i>	2	QL (30/30)

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

Cursiva minúscula = Medicamento genérico

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

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
ZYPREXA RELPREVV INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 210 MG, 300 MG	4	PA; QL (2/28)
ZYPREXA RELPREVV INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 405 MG	4	PA; QL (1/28)

CARDIOVASCULAR, HYPERTENSION / LIPIDS

ANTIARRHYTHMIC AGENTS

<i>amiodarone intravenous solution</i>	4	B/D PA
<i>amiodarone oral tablet 100 mg, 400 mg</i>	4	
<i>amiodarone oral tablet 200 mg</i>	2	
<i>dofetilide</i>	4	
<i>flecainide</i>	4	
<i>lidocaine (pf) intravenous</i>	4	
<i>mexiletine</i>	4	
<i>pacerone oral tablet 100 mg, 400 mg</i>	4	
<i>pacerone oral tablet 200 mg</i>	2	
<i>propafenone</i>	4	
<i>quinidine sulfate oral tablet</i>	2	
<i>sorine</i>	2	
<i>sotalol af</i>	2	
<i>sotalol oral</i>	2	
SOTYLIZE	4	

ANTIHYPERTENSIVE THERAPY

<i>acebutolol</i>	2	
<i>aliskiren</i>	4	
<i>amiloride</i>	2	
<i>amiloride-hydrochlorothiazide</i>	2	
<i>amlodipine</i>	1	
<i>amlodipine-benazepril</i>	2	
<i>amlodipine-valsartan</i>	2	
<i>amlodipine-valsartan-hcthiiazid</i>	3	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>atenolol</i>	1	
<i>atenolol-chlorthalidone</i>	2	
<i>benazepril</i>	1	
<i>benazepril-hydrochlorothiazide</i>	2	
<i>betaxolol oral</i>	3	
BIDIL	3	QL (180/30)
<i>bisoprolol fumarate</i>	2	
<i>bisoprolol-hydrochlorothiazide</i>	1	
<i>bumetanide injection</i>	4	
<i>bumetanide oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i>	2	
<i>bumetanide oral tablet 2 mg</i>	3	
<i>candesartan oral tablet 16 mg, 4 mg, 8 mg</i>	3	QL (60/30)
<i>candesartan oral tablet 32 mg</i>	3	QL (30/30)
<i>candesartan-hydrochlorothiazid</i>	3	
<i>captopril</i>	4	
<i>captopril-hydrochlorothiazide</i>	4	
<i>cartia xt</i>	2	
<i>carvedilol</i>	1	
<i>carvedilol phosphate</i>	4	
<i>chlorothiazide sodium</i>	4	
<i>chlorthalidone oral tablet 25 mg, 50 mg</i>	2	
<i>clonidine</i>	3	QL (4/28)
<i>clonidine hcl oral tablet 0.1 mg, 0.2 mg</i>	1	
<i>clonidine hcl oral tablet 0.3 mg</i>	2	
<i>diltiazem hcl intravenous</i>	4	
<i>diltiazem hcl oral capsule, extended release 12 hr</i>	2	
<i>diltiazem hcl oral capsule, extended release 24 hr 420 mg</i>	2	
<i>diltiazem hcl oral capsule, extended release 24hr 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg</i>	2	
<i>diltiazem hcl oral tablet</i>	2	

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

Cursiva minúscula = Medicamento genérico

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

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>diltiazem hcl oral tablet extended release 24 hr</i>	2	
<i>dilt-xr</i>	2	
<i>doxazosin oral tablet 1 mg, 2 mg, 4 mg</i>	2	QL (30/30)
<i>doxazosin oral tablet 8 mg</i>	2	QL (60/30)
EDARBI	4	
EDARBYCLOR	4	
<i>enalapril maleate oral tablet</i>	1	
<i>enalapril-hydrochlorothiazide</i>	1	
<i>ethacrynate sodium</i>	4	
<i>felodipine</i>	2	
<i>fosinopril</i>	2	
<i>fosinopril-hydrochlorothiazide</i>	2	
<i>furosemide injection</i>	4	
<i>furosemide oral solution 10 mg/ml, 40 mg/5 ml (8 mg/ml)</i>	2	
<i>furosemide oral tablet</i>	1	
<i>hydralazine injection</i>	4	
<i>hydralazine oral</i>	2	
<i>hydrochlorothiazide</i>	1	
<i>indapamide</i>	1	
<i>irbesartan</i>	1	QL (30/30)
<i>irbesartan-hydrochlorothiazide</i>	1	QL (30/30)
<i>labetalol oral</i>	2	
<i>lisinopril</i>	1	
<i>lisinopril-hydrochlorothiazide</i>	1	
<i>losartan</i>	1	QL (60/30)
<i>losartan-hydrochlorothiazide oral tablet 100-12.5 mg, 100-25 mg</i>	1	QL (30/30)
<i>losartan-hydrochlorothiazide oral tablet 50-12.5 mg</i>	1	QL (60/30)
<i>matzim la</i>	2	
<i>methyl dopa</i>	4	
<i>metolazone</i>	3	
<i>metoprolol succinate</i>	1	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>metoprolol ta-hydrochlorothiaz</i>	3	
<i>metoprolol tartrate oral</i>	1	
<i>metyrosine</i>	5	PA; NDS
<i>minoxidil oral</i>	2	
<i>moexipril</i>	2	
<i>nadolol</i>	4	
<i>nadolol-bendroflumethiazide oral tablet 80-5 mg</i>	4	
<i>nicardipine intravenous solution</i>	4	
<i>nicardipine oral</i>	4	
<i>nifedipine oral tablet extended release</i>	2	
<i>nifedipine oral tablet extended release 24hr</i>	2	
<i>nimodipine</i>	4	
<i>nisoldipine</i>	4	
<i>olmesartan</i>	2	
<i>olmesartan-hydrochlorothiazide</i>	2	
<i>perindopril erbumine</i>	2	
<i>phenoxybenzamine</i>	5	NDS
<i>pindolol</i>	2	
<i>prazosin</i>	4	
<i>propranolol oral capsule, extended release 24 hr</i>	4	
<i>propranolol oral solution</i>	4	
<i>propranolol oral tablet</i>	2	
<i>propranolol-hydrochlorothiazid</i>	3	
<i>quinapril</i>	1	
<i>quinapril-hydrochlorothiazide</i>	2	
<i>ramipril</i>	1	
<i>spironolactone</i>	2	
<i>spironolacton-hydrochlorothiaz</i>	2	
<i>taztia xt oral capsule, extended release 24 hr 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg</i>	2	
<i>telmisartan</i>	2	
<i>terazosin oral capsule 1 mg, 2 mg, 5 mg</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 19.

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>terazosin oral capsule 10 mg</i>	1	QL (60/30)
<i>tiadylt er</i>	2	
<i>timolol maleate oral</i>	2	
<i>torsemide oral</i>	2	
<i>trandolapril</i>	2	
<i>triamterene-hydrochlorothiazid oral capsule 37.5-25 mg</i>	1	
<i>triamterene-hydrochlorothiazid oral tablet</i>	1	
UPTRAVI ORAL	5	PA; LA; NDS
<i>valsartan oral tablet 160 mg, 40 mg, 80 mg</i>	2	QL (60/30)
<i>valsartan oral tablet 320 mg</i>	2	QL (30/30)
<i>valsartan-hydrochlorothiazide</i>	2	QL (30/30)
<i>verapamil intravenous solution</i>	4	
<i>verapamil oral capsule, 24 hr er pellet ct</i>	2	
<i>verapamil oral capsule, ext rel. pellets 24 hr 120 mg, 180 mg, 240 mg</i>	2	
VERAPAMIL ORAL CAPSULE, EXT REL. PELLETS 24 HR 360 MG	3	
<i>verapamil oral tablet</i>	1	
<i>verapamil oral tablet extended release</i>	2	
COAGULATION THERAPY		
<i>aminocaproic acid oral</i>	4	
<i>aspirin-dipyridamole</i>	4	
BRILINTA	4	QL (60/30)
<i>cilostazol</i>	2	
<i>clopidogrel oral tablet 300 mg</i>	4	
<i>clopidogrel oral tablet 75 mg</i>	1	QL (30/30)
<i>dipyridamole oral</i>	2	
ELIQUIS	3	
ELIQUIS DVT-PE TREAT 30D START	3	
<i>enoxaparin</i>	4	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>fondaparinux subcutaneous syringe 10 mg/0.8 ml, 5 mg/0.4 ml, 7.5 mg/0.6 ml</i>	5	NDS
<i>fondaparinux subcutaneous syringe 2.5 mg/0.5 ml</i>	4	
<i>heparin (porcine) in 5% dex intravenous parenteral solution 20,000 unit/500 ml (40 unit/ml), 25,000 unit/250 ml(100 unit/ml), 25,000 unit/500 ml (50 unit/ml)</i>	4	
<i>heparin (porcine) in nacl (pf)</i>	4	
<i>heparin (porcine) injection solution</i>	3	
<i>heparin(porcine) in 0.45% nacl intravenous parenteral solution 25,000 unit/250 ml, 25,000 unit/500 ml</i>	4	
<i>heparin, porcine (pf) injection syringe 5,000 unit/0.5 ml</i>	4	
<i>jantoven</i>	1	
<i>pentoxifylline</i>	2	
<i>prasugrel</i>	3	
PROMACTA ORAL POWDER IN PACKET 12.5 MG	5	PA; LA; QL (360/30); NDS
PROMACTA ORAL POWDER IN PACKET 25 MG	5	PA; LA; QL (180/30); NDS
PROMACTA ORAL TABLET 12.5 MG, 25 MG, 50 MG	5	PA; LA; QL (30/30); NDS
PROMACTA ORAL TABLET 75 MG	5	PA; LA; QL (60/30); NDS
<i>warfarin</i>	1	
XARELTO	3	
XARELTO DVT-PE TREAT 30D START	3	
LIPID/CHOLESTEROL LOWERING AGENTS		
<i>atorvastatin</i>	1	QL (30/30)
<i>cholestyramine (with sugar) oral powder in packet</i>	3	
<i>cholestyramine light oral powder in packet</i>	3	

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

Cursiva minúscula = Medicamento genérico

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

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>colesevelam</i>	3	
<i>colestipol oral granules</i>	4	
<i>colestipol oral packet</i>	4	
<i>colestipol oral tablet</i>	3	
<i>ezetimibe</i>	3	QL (30/30)
<i>ezetimibe-simvastatin</i>	4	QL (30/30)
<i>fenofibrate micronized oral capsule 134 mg, 200 mg, 67 mg</i>	3	
<i>fenofibrate nanocrystallized oral tablet 145 mg, 48 mg</i>	3	
<i>fenofibrate oral tablet 160 mg, 54 mg</i>	3	
<i>fenofibric acid (choline) oral capsule, delayed release(dr/ec) 135 mg</i>	3	
<i>fenofibric acid (choline) oral capsule, delayed release(dr/ec) 45 mg</i>	4	
<i>gemfibrozil</i>	1	
LIVALO	4	QL (30/30)
<i>lovastatin oral tablet 10 mg</i>	1	QL (30/30)
<i>lovastatin oral tablet 20 mg, 40 mg</i>	1	QL (60/30)
<i>niacin oral tablet extended release 24 hr</i>	3	
<i>pravastatin</i>	1	QL (30/30)
<i>prevalite oral powder in packet</i>	3	
REPATHA PUSHTRONEX	3	PA; QL (3.5/28)
REPATHA SURECLICK	3	PA; QL (3/28)
REPATHA SYRINGE	3	PA; QL (3/28)
<i>rosuvastatin</i>	2	QL (30/30)
<i>simvastatin oral tablet</i>	1	QL (30/30)
VASCEPA	3	
MISCELLANEOUS CARDIOVASCULAR AGENTS		
CORLANOR ORAL TABLET	4	PA; QL (60/30)
<i>digitek oral tablet 125 mcg (0.125 mg)</i>	2	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>digitek oral tablet 250 mcg (0.25 mg)</i>	3	
<i>digox oral tablet 125 mcg (0.125 mg)</i>	2	
<i>digox oral tablet 250 mcg (0.25 mg)</i>	3	
<i>digoxin injection solution</i>	4	
<i>digoxin oral solution</i>	4	
<i>digoxin oral tablet 125 mcg (0.125 mg)</i>	2	
<i>digoxin oral tablet 250 mcg (0.25 mg)</i>	3	
ENTRESTO	3	QL (60/30)
LANOXIN ORAL TABLET 62.5 MCG (0.0625 MG)	4	
LANOXIN PEDIATRIC	4	
<i>ranolazine</i>	4	QL (60/30)
VERQUVO	3	PA; QL (30/30)
VYNDAMAX	4	PA
VYNDAQEL	4	PA
NITRATES		
<i>isosorbide dinitrate oral tablet</i>	4	
<i>isosorbide mononitrate</i>	2	
<i>minitran</i>	3	
<i>nitroglycerin intravenous</i>	4	B/D PA
<i>nitroglycerin sublingual</i>	2	
<i>nitroglycerin transdermal patch 24 hour</i>	2	
<i>nitroglycerin translingual</i>	4	
DERMATOLOGICALS/TOPICAL THERAPY		
ANTIPSORIATIC / ANTISEBORRHEIC		
<i>acitretin</i>	4	PA
<i>calcipotriene scalp</i>	3	QL (120/30)
<i>calcipotriene topical cream</i>	4	QL (120/30)
<i>calcipotriene topical ointment</i>	4	QL (120/30)
<i>selenium sulfide topical lotion</i>	2	

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

Cursiva minúscula = Medicamento genérico

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

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
SKYRIZI SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR	5	PA; QL (1/28); NDS
SKYRIZI SUBCUTANEOUS SYRINGE 150 MG/ML	5	PA; QL (1/28); NDS
SKYRIZI SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT	5	PA; QL (2/28); NDS
STELARA INTRAVENOUS	5	PA; QL (104/30); NDS
STELARA SUBCUTANEOUS SOLUTION	5	PA; QL (0.5/28); NDS
STELARA SUBCUTANEOUS SYRINGE 45 MG/0.5 ML	5	PA; QL (0.5/28); NDS
STELARA SUBCUTANEOUS SYRINGE 90 MG/ML	5	PA; QL (1/28); NDS
TALTZ SYRINGE	5	PA; QL (4/28); NDS
MISCELLANEOUS DERMATOLOGICALS		
<i>ammonium lactate</i>	2	
DUPIXENT PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 200 MG/1.14 ML	5	PA; QL (4.56/28); NDS
DUPIXENT PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 300 MG/2 ML	5	PA; QL (8/28); NDS
DUPIXENT SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 200 MG/1.14 ML	5	PA; QL (4.56/28); NDS
DUPIXENT SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 300 MG/2 ML	5	PA; QL (8/28); NDS
<i>fluorouracil topical cream 5%</i>	3	
<i>fluorouracil topical solution</i>	3	
<i>glydo</i>	3	QL (60/30)
<i>imiquimod topical cream in packet 5%</i>	3	
<i>lidocaine (pf) injection solution</i>	4	
<i>lidocaine hcl injection solution</i>	4	
<i>lidocaine hcl mucous membrane jelly</i>	3	QL (60/30)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>lidocaine hcl mucous membrane solution 4% (40 mg/ml)</i>	3	
<i>lidocaine topical adhesive patch, medicated 5%</i>	4	PA; QL (90/30)
<i>lidocaine topical ointment</i>	4	QL (50/30)
<i>lidocaine viscous</i>	2	
<i>lidocaine-prilocaine topical cream</i>	4	QL (30/30)
<i>methoxsalen</i>	4	
<i>podofilox</i>	4	
REGGRANEX	5	PA; NDS
SANTYL	4	
<i>silver sulfadiazine</i>	3	
SSD	3	
<i>tacrolimus topical</i>	4	PA; QL (100/30)
VALCHLOR	5	PA; NDS
ZTLIDO	4	PA; QL (90/30)
THERAPY FOR ACNE		
<i>avita</i>	4	PA
<i>claravis</i>	4	
<i>clindamycin phosphate topical gel</i>	4	QL (120/30)
<i>clindamycin phosphate topical lotion</i>	4	QL (120/30)
<i>clindamycin phosphate topical solution</i>	4	QL (120/30)
<i>clindamycin phosphate topical swab</i>	2	QL (60/30)
<i>ery pads</i>	4	
<i>erythromycin with ethanol topical gel</i>	4	
<i>erythromycin with ethanol topical solution</i>	2	
<i>erythromycin-benzoyl peroxide</i>	4	
<i>isotretinoin oral capsule 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg</i>	4	
<i>metronidazole topical cream</i>	3	

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

Cursiva minúscula = Medicamento genérico

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

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>metronidazole topical gel</i>	3	
<i>metronidazole topical gel with pump</i>	4	
<i>metronidazole topical lotion</i>	3	
<i>rosadan topical cream</i>	3	
<i>rosadan topical gel</i>	3	
<i>tazarotene topical cream</i>	4	PA
TAZORAC TOPICAL CREAM 0.05%	4	PA
TAZORAC TOPICAL GEL	4	PA
<i>tretinoin microspheres topical gel 0.1%</i>	4	PA
<i>tretinoin microspheres topical gel with pump 0.1%</i>	4	PA
<i>tretinoin topical cream</i>	4	PA
<i>tretinoin topical gel 0.01%</i>	3	PA
<i>tretinoin topical gel 0.025%, 0.05%</i>	4	PA
TOPICAL ANTIBACTERIALS		
<i>gentamicin topical cream</i>	4	QL (60/30)
<i>gentamicin topical ointment</i>	3	
<i>mupirocin</i>	2	QL (44/30)
<i>mupirocin calcium</i>	4	QL (30/30)
<i>sulfacetamide sodium (acne)</i>	4	
TOPICAL ANTIFUNGALS		
<i>ciclodan topical solution</i>	4	
<i>ciclopirox topical cream</i>	4	QL (90/28)
<i>ciclopirox topical shampoo</i>	4	QL (120/28)
<i>ciclopirox topical solution</i>	4	
<i>ciclopirox topical suspension</i>	4	QL (60/28)
<i>clotrimazole topical cream</i>	2	QL (45/28)
<i>clotrimazole topical solution</i>	3	QL (30/28)
<i>clotrimazole-betamethasone topical cream</i>	4	QL (45/28)
<i>clotrimazole-betamethasone topical lotion</i>	4	QL (60/28)
<i>econazole</i>	4	QL (85/28)
<i>ketoconazole topical cream</i>	2	QL (60/28)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>ketoconazole topical shampoo</i>	2	QL (120/28)
<i>nyamyc</i>	3	QL (180/30)
<i>nystatin topical cream</i>	2	QL (30/28)
<i>nystatin topical ointment</i>	2	QL (30/28)
<i>nystatin topical powder</i>	3	QL (180/30)
<i>nystatin-triamcinolone</i>	4	QL (60/28)
<i>nystop</i>	3	QL (180/30)
TOPICAL ANTIVIRALS		
<i>acyclovir topical ointment</i>	4	QL (30/30)
DENAVIR	4	QL (5/30)
TOPICAL CORTICOSTEROIDS		
<i>ala-cort topical cream 1%</i>	2	
<i>alclometasone topical cream</i>	3	
<i>alclometasone topical ointment</i>	2	
<i>betamethasone dipropionate</i>	4	
<i>betamethasone valerate topical cream</i>	2	
<i>betamethasone valerate topical lotion</i>	4	
<i>betamethasone valerate topical ointment</i>	2	
<i>betamethasone, augmented topical cream</i>	2	
<i>betamethasone, augmented topical gel</i>	4	
<i>betamethasone, augmented topical lotion</i>	4	
<i>betamethasone, augmented topical ointment</i>	4	
<i>clobetasol scalp</i>	2	QL (100/28)
<i>clobetasol topical cream</i>	2	QL (120/28)
<i>clobetasol topical foam</i>	4	QL (100/28)
<i>clobetasol topical gel</i>	2	QL (120/28)
<i>clobetasol topical lotion</i>	4	QL (118/28)
<i>clobetasol topical ointment</i>	2	QL (120/28)
<i>clobetasol topical shampoo</i>	4	QL (236/28)
<i>clobetasol topical spray, non-aerosol</i>	4	QL (125/28)

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

Cursiva minúscula = Medicamento genérico

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

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>clobetasol-emollient topical cream</i>	2	QL (120/28)
<i>clodan</i>	4	QL (236/28)
<i>desonide topical lotion</i>	4	
<i>desonide topical ointment</i>	4	
<i>desoximetasone topical cream</i>	4	
<i>desoximetasone topical gel</i>	4	
<i>desoximetasone topical ointment</i>	4	
<i>fluocinolone</i>	4	
<i>fluocinolone and shower cap</i>	4	
<i>fluocinonide topical cream 0.05%</i>	3	QL (120/30)
<i>fluocinonide topical gel</i>	4	QL (120/30)
<i>fluocinonide topical ointment</i>	4	QL (120/30)
<i>fluocinonide topical solution</i>	4	QL (120/30)
<i>fluticasone propionate topical cream</i>	2	
<i>fluticasone propionate topical ointment</i>	3	
<i>halobetasol propionate topical cream</i>	4	
<i>halobetasol propionate topical ointment</i>	4	
<i>hydrocortisone topical cream 1%</i>	2	
<i>hydrocortisone topical lotion 2.5%</i>	2	
<i>hydrocortisone topical ointment 1%, 2.5%</i>	2	
<i>hydrocortisone valerate</i>	4	
<i>impoz</i>	4	QL (120/28)
<i>mometasone topical</i>	2	
<i>prednicarbate topical ointment</i>	2	
<i>triamcinolone acetonide topical cream 0.025%, 0.5%</i>	2	
<i>triamcinolone acetonide topical cream 0.1%</i>	1	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>triamcinolone acetonide topical lotion</i>	3	
<i>triamcinolone acetonide topical ointment 0.025%, 0.1%, 0.5%</i>	2	
<i>triderm topical cream 0.1%</i>	1	
TOPICAL SCABICIDES / PEDICULICIDES		
<i>lindane topical shampoo</i>	4	
<i>malathion</i>	4	
<i>permethrin</i>	3	
DIAGNOSTICS / MISCELLANEOUS AGENTS		
IRRIGATING SOLUTIONS		
<i>lactated ringers irrigation</i>	4	
<i>neomycin-polymyxin b gu</i>	4	
<i>ringer's irrigation</i>	4	
<i>tis-u-sol pentalyte</i>	4	
MISCELLANEOUS AGENTS		
<i>acamprosate</i>	4	
<i>anagrelide</i>	3	
CARBAGLU	5	PA; LA; NDS
CHEMET	4	PA
CLINIMIX 4.25%/D5W SULFIT FREE	4	B/D PA
<i>d10%-0.45% sodium chloride</i>	4	
<i>d2.5%-0.45% sodium chloride</i>	4	
<i>d5% and 0.9% sodium chloride</i>	4	
<i>d5%-0.45% sodium chloride</i>	4	
<i>deferasirox oral tablet, dispersible</i>	5	PA; NDS
<i>dextrose 10% and 0.2% nacl</i>	4	
DEXTROSE 10% IN WATER (D10W)	4	
<i>dextrose 25% in water (d25w)</i>	4	
DEXTROSE 5% IN WATER (D5W) INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION	4	
<i>dextrose 5% in water (d5w) intravenous piggyback</i>	4	

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

Cursiva minúscula = Medicamento genérico

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

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>dextrose 5%-lactated ringers</i>	4	
<i>dextrose 5%-0.2% sod chloride</i>	4	
<i>dextrose 5%-0.3% sod.chloride</i>	4	
<i>dextrose 50% in water (d50w)</i>	4	
<i>dextrose 70% in water (d70w)</i>	4	
<i>disulfiram</i>	4	
<i>droxidopa oral capsule 100 mg</i>	4	PA; QL (90/30)
<i>droxidopa oral capsule 200 mg, 300 mg</i>	4	PA; QL (180/30)
INCRELEX	4	PA; LA
<i>levocarnitine (with sugar)</i>	2	
<i>levocarnitine oral tablet</i>	2	
<i>midodrine</i>	3	
<i>nitisinone</i>	5	NDS
NORTHERA ORAL CAPSULE 100 MG	5	PA; QL (90/30); NDS
NORTHERA ORAL CAPSULE 200 MG, 300 MG	5	PA; QL (180/30); NDS
<i>pilocarpine hcl oral</i>	4	
PROLASTIN-C INTRAVENOUS RECON SOLN	5	PA; LA; NDS
PROLASTIN-C INTRAVENOUS SOLUTION	5	PA; NDS
<i>riluzole</i>	3	
<i>sevelamer carbonate oral powder in packet</i>	4	
<i>sevelamer carbonate oral tablet</i>	3	
<i>sodium chloride 0.9% intravenous</i>	4	
<i>sodium chloride irrigation</i>	4	
<i>sodium phenylbutyrate</i>	5	PA; NDS
<i>sodium polystyrene sulfonate oral powder</i>	3	
<i>sps (with sorbitol)</i>	3	
<i>trientine</i>	5	PA; QL (240/30); NDS
VELPHORO	4	
VELTASSA	4	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>water for irrigation, sterile</i>	4	
XIAFLEX	4	PA
<i>zoledronic acid-mannitol-water intravenous piggyback 5 mg/100 ml</i>	4	B/D PA
SMOKING DETERRENTS		
<i>bupropion hcl (smoking deter)</i>	2	QL (60/30)
CHANTIX	4	
CHANTIX CONTINUING MONTH BOX	4	
CHANTIX STARTING MONTH BOX	4	
NICOTROL	4	
NICOTROL NS	4	
EAR, NOSE / THROAT MEDICATIONS		
MISCELLANEOUS AGENTS		
<i>azelastine nasal</i>	3	QL (60/30)
<i>chlorhexidine gluconate mucous membrane</i>	2	
<i>ipratropium bromide nasal</i>	2	QL (30/30)
<i>oralone</i>	4	
<i>triamcinolone acetamide dental</i>	4	
MISCELLANEOUS OTIC PREPARATIONS		
<i>acetic acid otic (ear)</i>	2	
<i>flac otic oil</i>	4	
<i>fluocinolone acetamide oil</i>	4	
<i>hydrocortisone-acetic acid</i>	4	
OTIC STEROID / ANTIBIOTIC		
CIPRO HC	4	
<i>ciprofloxacin-dexamethasone</i>	3	
<i>neomycin-polymyxin-hc otic (ear)</i>	4	
ENDOCRINE/DIABETES		
ADRENAL HORMONES		
DEPO-MEDROL	4	
<i>dexamethasone intensol</i>	4	

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

Cursiva minúscula = Medicamento genérico

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

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>dexamethasone oral elixir</i>	2	
<i>dexamethasone oral solution</i>	2	
<i>dexamethasone oral tablet 0.5 mg, 0.75 mg, 4 mg</i>	1	
<i>dexamethasone oral tablet 1 mg, 1.5 mg, 2 mg, 6 mg</i>	2	
<i>dexamethasone sodium phos (pf) injection solution</i>	4	
<i>dexamethasone sodium phosphate injection solution</i>	4	
<i>fludrocortisone</i>	2	
<i>hydrocortisone oral</i>	3	
MEDROL ORAL TABLET 2 MG	3	
<i>methylprednisolone</i>	2	
<i>methylprednisolone acetate</i>	4	
<i>methylprednisolone sodium succ injection recon soln 125 mg, 40 mg</i>	4	
<i>methylprednisolone sodium succ intravenous</i>	4	
<i>prednisolone oral solution</i>	4	
<i>prednisolone sodium phosphate oral solution 25 mg/5 ml (5 mg/ml), 5 mg base/5 ml (6.7 mg/5 ml)</i>	4	
<i>prednisone intensol</i>	4	
<i>prednisone oral solution</i>	2	
<i>prednisone oral tablet</i>	2	
<i>prednisone oral tablets, dose pack</i>	1	
SOLU-CORTEF ACT-O-VIAL (PF)	4	
<i>triamcinolone acetonide injection suspension 40 mg/ml</i>	4	
ANTITHYROID AGENTS		
<i>methimazole oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	2	
<i>propylthiouracil</i>	3	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
DIABETES THERAPY		
<i>acarbose oral tablet 100 mg</i>	2	QL (90/30)
<i>acarbose oral tablet 25 mg</i>	2	QL (360/30)
<i>acarbose oral tablet 50 mg</i>	2	QL (180/30)
ALCOHOL PADS	6	
ASSURE ID INSULIN SAFETY SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	6	QL (200/30)
BAQSIMI	3	
<i>bd safetyglide insulin syringe syringe 1 ml 31 gauge x 15/64"</i>	6	QL (200/30)
<i>bd ultra-fine micro pen needle</i>	6	QL (200/30)
<i>bd ultra-fine mini pen needle</i>	6	QL (200/30)
<i>bd ultra-fine nano pen needle</i>	6	QL (200/30)
<i>bd ultra-fine short pen needle</i>	6	QL (200/30)
BYDUREON BCISE	3	QL (4/28)
CYCLOSET	4	QL (180/30)
<i>diazoxide</i>	4	
GAUZE PAD TOPICAL BANDAGE 2 X 2 "	6	
<i>glimepiride oral tablet 1 mg</i>	1	QL (240/30)
<i>glimepiride oral tablet 2 mg</i>	1	QL (120/30)
<i>glimepiride oral tablet 4 mg</i>	1	QL (60/30)
<i>glipizide oral tablet 10 mg</i>	1	QL (120/30)
<i>glipizide oral tablet 5 mg</i>	1	QL (240/30)
<i>glipizide oral tablet extended release 24hr 10 mg</i>	2	QL (60/30)
<i>glipizide oral tablet extended release 24hr 2.5 mg</i>	2	QL (240/30)
<i>glipizide oral tablet extended release 24hr 5 mg</i>	2	QL (120/30)
<i>glipizide-metformin oral tablet 2.5-250 mg</i>	1	QL (240/30)
<i>glipizide-metformin oral tablet 2.5-500 mg, 5-500 mg</i>	1	QL (120/30)
GLUCAGEN HYPOKIT	3	
GLUCAGON EMERGENCY KIT (HUMAN)	3	

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

Cursiva minúscula = Medicamento genérico

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

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
GLYXAMBI	4	QL (30/30)
GVOKE HYPOPEN 2-PACK	3	
GVOKE PFS 1-PACK SYRINGE	3	
GVOKE PFS 2-PACK SYRINGE	3	
HUMALOG JUNIOR KWIKPEN U-100	6	SSM
HUMALOG KWIKPEN INSULIN	6	SSM
HUMALOG MIX 50-50 INSULN U-100	6	SSM
HUMALOG MIX 50-50 KWIKPEN	6	SSM
HUMALOG MIX 75-25 KWIKPEN	6	SSM
HUMALOG MIX 75-25(U-100) INSULN	6	SSM
HUMALOG U-100 INSULIN	6	SSM
HUMULIN 70/30 U-100 INSULIN	6	SSM
HUMULIN 70/30 U-100 KWIKPEN	6	SSM
HUMULIN N NPH INSULIN KWIKPEN	6	SSM
HUMULIN N NPH U-100 INSULIN	6	SSM
HUMULIN R REGULAR U-100 INSULN	6	SSM
HUMULIN R U-500 (CONC) INSULIN	5	B/D PA; NDS
HUMULIN R U-500 (CONC) KWIKPEN	5	NDS
INSULIN SYRINGE-NEEDLE U-100 SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE, 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1/2 ML 28 GAUGE	6	QL (200/30)
INVOKAMET	3	QL (60/30)
INVOKAMET XR	3	QL (60/30)
INVOKANA	3	QL (30/30)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
JANUMET	3	QL (60/30)
JANUMET XR ORAL TABLET, ER MULTIPHASE 24 HR 100-1,000 MG	3	QL (30/30)
JANUMET XR ORAL TABLET, ER MULTIPHASE 24 HR 50-1,000 MG, 50-500 MG	3	QL (60/30)
JANUVIA	3	QL (30/30)
JARDIANCE	3	QL (30/30)
JENTADUETO	3	QL (60/30)
JENTADUETO XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 2.5-1,000 MG	3	QL (60/30)
JENTADUETO XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 5-1,000 MG	3	QL (30/30)
LANTUS SOLOSTAR U-100 INSULIN	6	SSM
LANTUS U-100 INSULIN	6	SSM
LEVEMIR FLEXTOUCH U-100 INSULN	6	SSM
LEVEMIR U-100 INSULIN	6	SSM
LYUMJEV KWIKPEN U-100 INSULIN	6	SSM
LYUMJEV KWIKPEN U-200 INSULIN	6	SSM
LYUMJEV U-100 INSULIN	6	SSM
<i>metformin oral solution</i>	4	QL (765/30)
<i>metformin oral tablet 1,000 mg</i>	1	QL (75/30)
<i>metformin oral tablet 500 mg</i>	1	QL (150/30)
<i>metformin oral tablet 850 mg</i>	1	QL (90/30)
<i>metformin oral tablet extended release 24 hr 500 mg</i>	1	QL (120/30)
<i>metformin oral tablet extended release 24 hr 750 mg</i>	1	QL (60/30)
<i>nateglinide oral tablet 120 mg</i>	2	QL (90/30)
<i>nateglinide oral tablet 60 mg</i>	2	QL (180/30)
NOVOFINE PEN NEEDLE	6	QL(200/30)
NOVOTWIST PEN NEEDLE	6	QL(200/30)

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

Cursiva minúscula = Medicamento genérico

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

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
OMNIPOD DASH 5 PACK POD	3	QL (30/30)
OMNIPOD INSULIN REFILL	3	QL (30/30)
OZEMPIC SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 0.25 MG OR 0.5 MG(2 MG/1.5 ML)	3	QL (1.5/28)
OZEMPIC SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 1 MG/DOSE (2 MG/1.5 ML), 1 MG/DOSE (4 MG/3 ML)	3	QL (3/28)
PEN NEEDLE, DIABETIC NEEDLE 29 GAUGE X 1/2"	6	QL (200/30)
<i>pioglitazone</i>	1	QL (30/30)
<i>repaglinide oral tablet 0.5 mg</i>	4	QL (960/30)
<i>repaglinide oral tablet 1 mg</i>	4	QL (480/30)
<i>repaglinide oral tablet 2 mg</i>	4	QL (240/30)
RYBELSUS	3	QL (30/30)
SOLIQUA 100/33	3	QL (15/25)
SYNJARDY	3	QL (60/30)
SYNJARDY XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 10-1,000 MG, 12.5-1,000 MG, 5-1,000 MG	3	QL (60/30)
SYNJARDY XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 25-1,000 MG	3	QL (30/30)
TECHLITE INSULIN SYRINGE	6	QL (200/30)
TECHLITE INSULN SYR(HALF UNIT)	6	QL (200/30)
TECHLITE PEN NEEDLE	6	QL (200/30)
TOUJEO MAX U-300 SOLOSTAR	6	SSM
TOUJEO SOLOSTAR U-300 INSULIN	6	SSM
TRADJENTA	3	QL (30/30)
TRESIBA FLEXTOUCH U-100	6	SSM
TRESIBA FLEXTOUCH U-200	6	SSM
TRESIBA U-100 INSULIN	6	SSM
TRIJARDY XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 10-5-1,000 MG, 25-5-1,000 MG	3	QL (30/30)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
TRIJARDY XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 12.5-2.5-1,000 MG, 5-2.5-1,000 MG	3	QL (60/30)
TRULICITY	3	QL (2/28)
V-GO 20	3	
V-GO 30	3	
V-GO 40	3	
VICTOZA 3-PAK	3	QL (9/30)
XULTOPHY 100/3.6	3	QL (15/30)
MISCELLANEOUS HORMONES		
ALDURAZYME	5	PA; NDS
<i>cabergoline</i>	3	
<i>calcitonin (salmon) nasal</i>	3	
<i>calcitriol intravenous solution 1 mcg/ml</i>	4	
<i>calcitriol oral</i>	2	
CEREZYME INTRAVENOUS RECON SOLN 400 UNIT	5	PA; NDS
CHORIONIC GONADOTROPIN, HUMAN INTRAMUSCULAR	4	PA
<i>cinacalcet oral tablet 30 mg, 60 mg</i>	4	QL (60/30)
<i>cinacalcet oral tablet 90 mg</i>	4	QL (120/30)
<i>danazol</i>	4	
<i>desmopressin injection</i>	4	
<i>desmopressin nasal spray with pump</i>	4	
<i>desmopressin oral</i>	3	
<i>doxercalciferol</i>	4	
ELAPRASE	5	PA; NDS
FABRAZYME	5	NDS
KORLYM	5	PA; QL (120/30); NDS
LUMIZYME	5	PA; NDS
<i>miglustat</i>	5	LA; NDS
NAGLAZYME	5	PA; NDS

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

Cursiva minúscula = Medicamento genérico

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

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
NATPARA	5	PA; LA; QL (2/28); NDS
<i>oxandrolone oral tablet 10 mg</i>	4	PA; QL (60/30)
<i>oxandrolone oral tablet 2.5 mg</i>	3	PA; QL (120/30)
<i>pamidronate</i>	4	
<i>paricalcitol oral</i>	4	
RAYALDEE	5	PA; NDS
SAMSCA ORAL TABLET 15 MG	5	PA; QL (120/30); NDS
<i>sapropterin</i>	5	PA; NDS
SOMAVERT	5	PA; QL (30/30); NDS
SYNAREL	4	
<i>testosterone cypionate intramuscular oil 100 mg/ml, 200 mg/ml, 200 mg/ml (1 ml)</i>	3	
<i>testosterone enanthate</i>	4	
<i>testosterone transdermal gel</i>	4	PA; QL (300/30)
<i>testosterone transdermal gel in metered-dose pump 12.5 mg/ 1.25 gram (1%)</i>	4	PA; QL (300/30)
<i>testosterone transdermal gel in packet 1% (25 mg/2.5gram), 1% (50 mg/5 gram)</i>	4	PA; QL (300/30)
<i>tolvaptan oral tablet 30 mg</i>	5	PA; QL (60/30); NDS
<i>zoledronic acid intravenous solution</i>	4	B/D PA
<i>zoledronic acid-mannitol-water intravenous piggyback 4 mg/100 ml</i>	4	B/D PA
<i>zoledronic ac-mannitol-0.9nacl</i>	4	B/D PA
THYROID HORMONES		
EUTHYROX	3	
LEVO-T	3	
<i>levothyroxine oral tablet</i>	2	
<i>levoxyl oral tablet 100 mcg, 112 mcg, 125 mcg, 137 mcg, 150 mcg, 175 mcg, 200 mcg, 25 mcg, 50 mcg, 75 mcg, 88 mcg</i>	3	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>liothyronine oral</i>	2	
SYNTHROID	4	
<i>unithroid</i>	3	
GASTROENTEROLOGY		
ANTIDIARRHEALS / ANTISPASMODICS		
<i>dicyclomine oral capsule</i>	2	
<i>dicyclomine oral solution</i>	4	
<i>dicyclomine oral tablet</i>	2	
<i>diphenoxylate-atropine</i>	4	
<i>glycopyrrolate (pf) in water injection</i>	4	
<i>glycopyrrolate (pf) in water intravenous syringe 0.4 mg/2 ml (0.2 mg/ml)</i>	4	
<i>glycopyrrolate oral tablet 1 mg, 2 mg</i>	4	
<i>loperamide oral capsule</i>	2	
MISCELLANEOUS GASTROINTESTINAL AGENTS		
<i>alose tron</i>	4	PA
<i>aprepitant</i>	4	B/D PA
<i>balsalazide</i>	4	
<i>budesonide oral</i>	4	
<i>compro</i>	4	
<i>constulose</i>	2	
CORTIFOAM	4	
CREON	3	
<i>cromolyn oral</i>	3	
CYSTADANE	5	NDS
<i>dronabinol</i>	4	B/D PA; QL (60/30)
EMEND ORAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION	4	B/D PA
<i>enulose</i>	2	
GATTEX 30-VIAL	5	PA; NDS
<i>gavilyte-c</i>	2	
<i>gavilyte-n</i>	2	
<i>generlac</i>	2	

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

Cursiva minúscula = Medicamento genérico

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

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>granisetron hcl oral</i>	4	B/D PA; QL (60/30)
<i>hydrocortisone rectal</i>	3	
<i>hydrocortisone topical cream with perineal applicator 2.5%</i>	2	
<i>lactulose oral solution 10 gram/15 ml, 20 gram/30 ml</i>	2	
LINZESS	3	QL (30/30)
<i>meclizine oral tablet 12.5 mg, 25 mg</i>	2	
<i>mesalamine oral capsule, extended release 24hr</i>	4	
<i>mesalamine rectal enema</i>	4	
<i>metoclopramide hcl oral solution</i>	2	
<i>metoclopramide hcl oral tablet</i>	2	
MOVANTIK	4	QL (30/30)
OCALIVA	4	PA; LA; QL (30/30)
<i>ondansetron</i>	2	B/D PA
<i>ondansetron hcl (pf)</i>	4	
<i>ondansetron hcl intravenous</i>	4	
<i>ondansetron hcl oral solution</i>	4	B/D PA; QL (450/30)
<i>ondansetron hcl oral tablet</i>	2	B/D PA
<i>peg 3350-electrolytes oral recon soln 236-22.74-6.74 -5.86 gram</i>	2	
<i>peg-electrolyte soln</i>	2	
PENTASA	4	
<i>prochlorperazine</i>	4	
<i>prochlorperazine edisylate</i>	4	
<i>prochlorperazine maleate</i>	2	
<i>procto-med hc</i>	2	
<i>procto-pak</i>	2	
<i>proctosol hc topical</i>	2	
<i>proctozone-hc</i>	2	
RECTIV	4	
REMICADE	5	PA; QL (20/30); NDS

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
SANCUSO	5	NDS
<i>scopolamine base</i>	4	QL (10/30)
<i>sulfasalazine</i>	2	
SUPREP BOWEL PREP KIT	4	
SUTAB	4	
<i>trilyte with flavor packets</i>	2	
<i>ursodiol oral capsule 300 mg</i>	4	
<i>ursodiol oral tablet</i>	3	
VIOKACE	4	
ZENPEP ORAL CAPSULE, DELAYED RELEASE(DR/EC) 10,000-32,000 -42,000 UNIT, 15,000-47,000 -63,000 UNIT, 20,000-63,000- 84,000 UNIT, 25,000-79,000- 105,000 UNIT, 3,000-10,000 -14,000-UNIT, 40,000-126,000- 168,000 UNIT, 5,000-17,000- 24,000 UNIT	3	
ULCER THERAPY		
<i>esomeprazole magnesium oral capsule, delayed release(dr/ec)</i>	3	QL (60/30)
<i>famotidine oral suspension</i>	4	
<i>famotidine oral tablet 20 mg, 40 mg</i>	2	
<i>lansoprazole oral capsule, delayed release(dr/ec)</i>	3	QL (60/30)
<i>misoprostol</i>	3	
<i>omeprazole oral capsule, delayed release(dr/ec)</i>	2	QL (60/30)
<i>pantoprazole oral tablet, delayed release (dr/ec)</i>	1	QL (60/30)
<i>sucalfate oral suspension</i>	4	
<i>sucalfate oral tablet</i>	2	
IMMUNOLOGY, VACCINES / BIOTECHNOLOGY		
BIOTECHNOLOGY DRUGS		
ACTIMMUNE	5	PA; NDS
ARCALYST	5	PA; NDS
BETASERON SUBCUTANEOUS KIT	5	PA; QL (14/28); 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 19.

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
GENOTROPIN	5	PA; NDS
GENOTROPIN MINIQUICK	5	PA; NDS
INTRON A INJECTION	5	B/D PA; NDS
MOZOBIL	5	B/D PA; NDS
NIVESTYM	5	PA; NDS
PEGASYS SUBCUTANEOUS SOLUTION	5	PA; QL (4/28); NDS
PEGASYS SUBCUTANEOUS SYRINGE	5	PA; QL (2/28); NDS
PROCRIT INJECTION SOLUTION 10,000 UNIT/ML, 2,000 UNIT/ML, 20,000 UNIT/ML, 3,000 UNIT/ML, 4,000 UNIT/ML, 40,000 UNIT/ML	4	PA
PROLEUKIN	4	B/D PA
ZARXIO	5	PA; NDS
ZIEXTENZO	4	PA
VACCINES / MISCELLANEOUS IMMUNOLOGICALS		
ACTHIB (PF)	3	
ADACEL(TDAP ADOLESN/ ADULT)(PF)	3	
ATGAM	4	B/D PA
BCG VACCINE, LIVE (PF)	4	
BEXSERO	3	
BOOSTRIX TDAP	3	
BOTOX	4	PA
DAPTACEL (DTAP PEDIATRIC) (PF)	3	
ENGERIX-B (PF)	3	B/D PA
ENGERIX-B PEDIATRIC (PF)	3	B/D PA
<i>fomepizole</i>	5	NDS
GARDASIL 9 (PF)	4	
HAVRIX (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE	3	
HIBERIX (PF)	3	
HIZENTRA	4	B/D PA
IMOVAX RABIES VACCINE (PF)	4	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
INFANRIX (DTAP) (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE	3	
IPOL	3	
IXIARO (PF)	4	
KINRIX (PF)	3	
MENACTRA (PF) INTRAMUSCULAR SOLUTION	3	
MENQUADFI (PF)	3	
MENVEO A-C-Y-W-135-DIP (PF)	3	
M-M-R II (PF)	3	
PEDIARIX (PF)	3	
PEDVAX HIB (PF)	3	
PENTACEL (PF)	3	
PRIVIGEN	5	B/D PA; NDS
PROQUAD (PF)	3	
QUADRACEL (PF)	3	
RABAVERT (PF)	3	
RECOMBIVAX HB (PF)	3	B/D PA
ROTARIX	3	
ROTATEQ VACCINE	3	
SHINGRIX (PF)	3	QL (2/999)
STAMARIL (PF)	4	
TDVAX	3	
TENIVAC (PF)	3	
TETANUS,DIPHThERIA TOX PED(PF)	3	
TICE BCG	4	B/D PA
TRUMENBA	3	
TWINRIX (PF)	3	
TYPHIM VI	3	
VAQTA (PF)	3	
VARIVAX (PF)	3	
VARIZIG	4	
YF-VAX (PF)	3	
ZOSTAVAX (PF)	4	

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

Cursiva minúscula = Medicamento genérico

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

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
MUSCULOSKELETAL / RHEUMATOLOGY		
GOUT THERAPY		
<i>allopurinol</i>	1	
<i>colchicine oral tablet</i>	4	QL (120/30)
<i>febuxostat</i>	4	ST
MITIGARE	3	
<i>probenecid</i>	3	
<i>probenecid-colchicine</i>	3	
OSTEOPOROSIS THERAPY		
<i>alendronate oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	1	QL (30/30)
<i>alendronate oral tablet 35 mg, 70 mg</i>	1	QL (4/28)
BINOSTO	4	QL (4/28)
<i>ibandronate oral</i>	3	QL (1/28)
PROLIA	4	QL (1/168)
<i>raloxifene</i>	2	QL (30/30)
TERIPARATIDE	5	PA; QL (2.48/28); NDS
TYMLOS	5	PA; QL (1.56/30); NDS
OTHER RHEUMATOLOGICALS		
BENLYSTA INTRAVENOUS	5	PA; NDS
ENBREL MINI	5	PA; QL (8/28); NDS
ENBREL SUBCUTANEOUS RECON SOLN	5	PA; QL (16/28); NDS
ENBREL SUBCUTANEOUS SOLUTION	5	PA; QL (8/28); NDS
ENBREL SUBCUTANEOUS SYRINGE	5	PA; QL (8/28); NDS
ENBREL SURECLICK	5	PA; QL (8/28); NDS
HUMIRA PEN	5	PA; QL (4/28); NDS
HUMIRA PEN CROHNS-UC-HS START	5	PA; QL (12/365); NDS
HUMIRA PEN PSOR-UVEITS-ADOL HS	5	PA; QL (8/365); NDS
HUMIRA SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 40 MG/0.8 ML	5	PA; QL (4/28); NDS

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
HUMIRA(CF) PEDI CROHNS STARTER SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 80 MG/0.8 ML	5	PA; QL (6/365); NDS
HUMIRA(CF) PEDI CROHNS STARTER SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 80 MG/0.8 ML-40 MG/0.4 ML	5	PA; QL (4/365); NDS
HUMIRA(CF) PEN CROHNS-UC-HS	5	PA; QL (6/365); NDS
HUMIRA(CF) PEN PEDIATRIC UC	5	PA; QL (4/180); NDS
HUMIRA(CF) PEN PSOR-UV-ADOL HS	5	PA; QL (6/365); NDS
HUMIRA(CF) PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.4 ML	5	PA; QL (4/28); NDS
HUMIRA(CF) PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 80 MG/0.8 ML	5	PA; QL (2/28); NDS
HUMIRA(CF) SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 10 MG/0.1 ML, 20 MG/0.2 ML	5	PA; QL (2/28); NDS
HUMIRA(CF) SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 40 MG/0.4 ML	5	PA; QL (4/28); NDS
<i>leflunomide</i>	3	QL (30/30)
<i>penicillamine</i>	5	NDS
RINVOQ	5	PA; QL (30/30); NDS
XELJANZ ORAL SOLUTION	5	PA; QL (300/30); NDS
XELJANZ ORAL TABLET	5	PA; QL (60/30); NDS
XELJANZ XR	5	PA; QL (30/30); NDS
OBSTETRICS / GYNECOLOGY		
ESTROGENS / PROGESTINS		
ALORA	4	QL (8/28)
<i>camila</i>	3	

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

Cursiva minúscula = Medicamento genérico

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

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>deblitane</i>	3	
<i>dotti</i>	4	QL (8/28)
DUAVEE	4	PA
<i>errin</i>	3	
<i>estradiol oral</i>	2	
<i>estradiol transdermal patch semiweekly</i>	4	QL (8/28)
<i>estradiol transdermal patch weekly</i>	4	QL (4/28)
<i>estradiol vaginal</i>	4	
<i>estradiol valerate intramuscular oil 20 mg/ml, 40 mg/ml</i>	4	
<i>heather</i>	3	
<i>hydroxyprogesterone caproate</i>	5	NDS
<i>incassia</i>	3	
JENCYCLA	3	
<i>lyza</i>	3	
<i>medroxyprogesterone intramuscular</i>	4	
<i>medroxyprogesterone oral</i>	2	
<i>nora-be</i>	3	
<i>norethindrone (contraceptive)</i>	3	
<i>norethindrone acetate</i>	3	
NORLYDA	3	
PREMARIN INJECTION	4	
PREMARIN ORAL	3	
PREMARIN VAGINAL	3	
PREMPRO ORAL TABLET 0.45-1.5 MG, 0.625-2.5 MG, 0.625-5 MG	3	
<i>progesterone micronized</i>	3	
<i>sharobel</i>	3	
TULANA	3	
<i>yuvafem</i>	4	
MISCELLANEOUS OB/GYN		
<i>clindamycin phosphate vaginal</i>	4	
<i>metronidazole vaginal</i>	4	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>terconazole</i>	4	
<i>tranexamic acid oral</i>	3	
<i>vandazole</i>	4	
ORAL CONTRACEPTIVES / RELATED AGENTS		
<i>afirmelle</i>	3	
<i>altavera (28)</i>	3	
<i>alyacen 1/35 (28)</i>	3	
<i>alyacen 7/7/7 (28)</i>	3	
<i>amethia</i>	3	
<i>amethyst (28)</i>	3	
<i>apri</i>	3	
<i>aranelle (28)</i>	3	
<i>ashlyna</i>	3	
<i>aubra</i>	3	
<i>aubra eq</i>	3	
<i>aurovela 1.5/30 (21)</i>	3	
<i>aurovela 1/20 (21)</i>	3	
<i>aurovela 24 fe</i>	3	
<i>aurovela fe 1.5/30 (28)</i>	3	
<i>aurovela fe 1-20 (28)</i>	3	
<i>aviane</i>	3	
<i>ayuna</i>	3	
<i>azurette (28)</i>	3	
<i>balziva (28)</i>	3	
<i>blisovi 24 fe</i>	3	
<i>blisovi fe 1.5/30 (28)</i>	3	
<i>blisovi fe 1/20 (28)</i>	3	
<i>briellyn</i>	3	
<i>camrese</i>	3	
<i>camrese lo</i>	3	
<i>caziant (28)</i>	3	
<i>charlotte 24 fe</i>	3	
<i>chateal (28)</i>	3	
<i>chateal eq (28)</i>	3	
<i>cryselle (28)</i>	3	
<i>cyclafem 1/35 (28)</i>	3	

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

Cursiva minúscula = Medicamento genérico

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

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>cyclafem 7/7/7 (28)</i>	3	
<i>cyred</i>	3	
<i>cyred eq</i>	3	
<i>dasetta 1/35 (28)</i>	3	
<i>dasetta 7/7/7 (28)</i>	3	
<i>daysee</i>	3	
<i>desog-e.estradiol/e.estradiol</i>	3	
<i>desogestrel-ethinyl estradiol</i>	3	
<i>dolishale</i>	3	
<i>drospirenone-e.estradiol-lm.fa</i>	3	
<i>drospirenone-ethinyl estradiol</i>	3	
<i>elinest</i>	3	
<i>emoquette</i>	3	
<i>enpresse</i>	3	
<i>enskyce</i>	3	
<i>estarylla</i>	3	
<i>ethynodiol diac-eth estradiol</i>	3	
<i>falmina (28)</i>	3	
<i>fayosim</i>	3	
<i>femynor</i>	3	
<i>gemmily</i>	3	
<i>hailey</i>	3	
<i>hailey 24 fe</i>	3	
<i>hailey fe 1.5/30 (28)</i>	3	
<i>hailey fe 1/20 (28)</i>	3	
<i>iclevia</i>	3	
<i>introvale</i>	3	
<i>isibloom</i>	3	
<i>jaimiess</i>	3	
<i>jasmiel (28)</i>	3	
<i>jolessa</i>	3	
<i>juleber</i>	3	
<i>junel 1.5/30 (21)</i>	3	
<i>junel 1/20 (21)</i>	3	
<i>junel fe 1.5/30 (28)</i>	3	
<i>junel fe 1/20 (28)</i>	3	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>junel fe 24</i>	3	
<i>kaitlib fe</i>	3	
<i>kalliga</i>	3	
<i>kariva (28)</i>	3	
<i>kelnor 1/35 (28)</i>	3	
<i>kelnor 1-50 (28)</i>	3	
<i>kurvelo (28)</i>	3	
<i>l norgest/e.estradiol-e.estradiol</i>	3	
<i>larin 1.5/30 (21)</i>	3	
<i>larin 1/20 (21)</i>	3	
<i>larin 24 fe</i>	3	
<i>larin fe 1.5/30 (28)</i>	3	
<i>larin fe 1/20 (28)</i>	3	
<i>larissia</i>	3	
<i>layolis fe</i>	3	
<i>leena 28</i>	3	
<i>lessina</i>	3	
<i>levonest (28)</i>	3	
<i>levonorgestrel-ethinyl estradiol</i>	3	
<i>levonorg-eth estradiol triphasic</i>	3	
<i>levora-28</i>	3	
<i>lillow (28)</i>	3	
<i>lojaimiess</i>	3	
<i>loryna (28)</i>	3	
<i>low-ogestrel (28)</i>	3	
<i>lo-zumandimine (28)</i>	3	
<i>lutra (28)</i>	3	
<i>marlissa (28)</i>	3	
<i>merzee</i>	3	
<i>mibelas 24 fe</i>	3	
<i>microgestin 1.5/30 (21)</i>	3	
<i>microgestin 1/20 (21)</i>	3	
<i>microgestin fe 1.5/30 (28)</i>	3	
<i>microgestin fe 1/20 (28)</i>	3	
<i>mili</i>	3	
<i>mono-linyah</i>	3	

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

Cursiva minúscula = Medicamento genérico

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

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>necon 0.5/35 (28)</i>	3	
<i>nikki (28)</i>	3	
<i>noreth-ethinyl estradiol-iron</i>	3	
<i>norethindrone ac-eth estradiol oral tablet 1-20 mg-mcg, 1.5-30 mg-mcg</i>	3	
<i>norethindrone-e.estradiol-iron oral tablet 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7)</i>	3	
<i>norethindrone-e.estradiol-iron oral tablet, chewable</i>	3	
<i>norgestimate-ethinyl estradiol</i>	3	
<i>nortrel 0.5/35 (28)</i>	3	
<i>nortrel 1/35 (21)</i>	3	
<i>nortrel 1/35 (28)</i>	3	
<i>nortrel 7/7/7 (28)</i>	3	
<i>NYLIA 7/7/7 (28)</i>	3	
<i>ocella</i>	3	
<i>orsythia</i>	3	
<i>philith</i>	3	
<i>pimtreea (28)</i>	3	
PIRMELLA ORAL TABLET 0.5/0.75/1 MG- 35 MCG	3	
<i>pirmella oral tablet 1-35 mg-mcg</i>	3	
<i>portia 28</i>	3	
<i>previfem</i>	3	
<i>reclipsen (28)</i>	3	
<i>rivelsa</i>	3	
<i>setlakin</i>	3	
<i>simliya (28)</i>	3	
<i>simpesse</i>	3	
<i>sprintec (28)</i>	3	
<i>sronyx</i>	3	
<i>syeda</i>	3	
<i>tarina 24 fe</i>	3	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>tarina fe 1/20 (28)</i>	3	
<i>tarina fe 1-20 eq (28)</i>	3	
TILIA FE	3	
<i>tri femynor</i>	3	
<i>tri-estarylla</i>	3	
<i>tri-legest fe</i>	3	
<i>tri-linyah</i>	3	
<i>tri-lo-estarylla</i>	3	
TRI-LO-MARZIA	3	
<i>tri-lo-mili</i>	3	
<i>tri-lo-sprintec</i>	3	
<i>tri-mili</i>	3	
<i>tri-nymyo</i>	3	
<i>tri-previfem (28)</i>	3	
<i>tri-sprintec (28)</i>	3	
<i>trivora (28)</i>	3	
<i>tri-vylibra</i>	3	
<i>tri-vylibra lo</i>	3	
<i>tyblume</i>	3	
<i>tydemy</i>	3	
<i>velivet triphasic regimen (28)</i>	3	
<i>vestura (28)</i>	3	
<i>vienva</i>	3	
VIORELE (28)	3	
<i>volnea (28)</i>	3	
<i>vyfemla (28)</i>	3	
<i>vylibra</i>	3	
<i>wera (28)</i>	3	
<i>wymzya fe</i>	3	
<i>zarah</i>	3	
<i>zovia 1/35e (28)</i>	3	
<i>zovia 1-35 (28)</i>	3	
<i>zumandimine (28)</i>	3	

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

Cursiva minúscula = Medicamento genérico

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

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
OPHTHALMOLOGY		
ANTIBIOTICS		
AZASITE	4	
<i>bacitracin ophthalmic (eye)</i>	4	
<i>bacitracin-polymyxin b ophthalmic (eye)</i>	2	
BESIVANCE	4	
CILOXAN OPTHALMIC (EYE) OINTMENT	3	
<i>ciprofloxacin hcl ophthalmic (eye)</i>	2	
<i>erythromycin ophthalmic (eye)</i>	2	
<i>gentak ophthalmic (eye) ointment</i>	2	
<i>gentamicin ophthalmic (eye) drops</i>	3	
<i>moxifloxacin ophthalmic (eye) drops</i>	3	
NATACYN	4	
<i>neomycin-bacitracin-polymyxin</i>	2	
<i>neomycin-polymyxin-gramicidin</i>	3	
<i>neo-polycin</i>	2	
<i>ofloxacin ophthalmic (eye)</i>	2	
<i>polycin</i>	2	
<i>polymyxin b sulf-trimethoprim</i>	2	
<i>tobramycin ophthalmic (eye)</i>	2	
ANTIVIRALS		
<i>trifluridine</i>	4	
ZIRGAN	3	
BETA-BLOCKERS		
<i>carteolol</i>	2	
<i>levobunolol ophthalmic (eye) drops 0.5%</i>	2	
<i>timolol maleate ophthalmic (eye) drops</i>	1	
<i>timolol maleate ophthalmic (eye) gel forming solution</i>	4	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
MISCELLANEOUS OPTHALMOLOGICS		
<i>atropine ophthalmic (eye) drops</i>	3	
<i>azelastine ophthalmic (eye)</i>	4	
<i>cromolyn ophthalmic (eye)</i>	2	
CYSTARAN	5	PA; NDS
<i>epinastine</i>	4	
EYLEA	4	PA
<i>olopatadine ophthalmic (eye)</i>	4	
OXERVATE	4	PA; QL (112/56)
<i>pilocarpine hcl ophthalmic (eye) drops 1%, 2%, 4%</i>	3	
RESTASIS	3	QL (60/30)
RESTASIS MULTIDOSE	3	QL (5.5/30)
<i>sulfacetamide sodium ophthalmic (eye) drops</i>	2	
<i>sulfacetamide-prednisolone</i>	2	
NON-STEROIDAL ANTI-INFLAMMATORY AGENTS		
<i>diclofenac sodium ophthalmic (eye)</i>	2	
<i>flurbiprofen sodium</i>	2	
<i>ketorolac ophthalmic (eye)</i>	2	
PROLENSA	3	
ORAL DRUGS FOR GLAUCOMA		
<i>acetazolamide</i>	3	
<i>acetazolamide sodium</i>	4	
<i>methazolamide</i>	4	
OTHER GLAUCOMA DRUGS		
<i>brinzolamide</i>	4	
COMBIGAN	3	
<i>dorzolamide</i>	2	
<i>dorzolamide-timolol</i>	2	
<i>latanoprost</i>	1	
LUMIGAN OPTHALMIC (EYE) DROPS 0.01%	3	
RHOPRESSA	4	ST
ROCKLATAN	4	ST
SIMBRINZA	4	

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

Cursiva minúscula = Medicamento genérico

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

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>travoprost</i>	4	
STEROID-ANTIBIOTIC COMBINATIONS		
<i>neomycin-bacitracin-poly-hc</i>	4	
<i>neomycin-polymyxin b-dexameth</i>	2	
<i>neomycin-polymyxin-hc ophthalmic (eye)</i>	4	
<i>neo-polycin hc</i>	4	
<i>tobramycin-dexamethasone</i>	3	
STEROIDS		
<i>dexamethasone sodium phosphate ophthalmic (eye)</i>	2	
<i>fluorometholone</i>	3	
INVELTYS	4	
LOTEMAX	4	
LOTEMAX SM	4	
<i>prednisolone acetate</i>	3	
<i>prednisolone sodium phosphate ophthalmic (eye)</i>	2	
SYMPATHOMIMETICS		
ALPHAGAN P OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.1%	3	
<i>apraclonidine</i>	4	
<i>brimonidine ophthalmic (eye) drops 0.15%</i>	3	
<i>brimonidine ophthalmic (eye) drops 0.2%</i>	2	
RESPIRATORY AND ALLERGY		
ANTI-HISTAMINE / ANTI-ALLERGENIC AGENTS		
<i>desloratadine oral tablet</i>	3	QL (30/30)
<i>diphenhydramine hcl injection solution 50 mg/ml</i>	4	
<i>epinephrine injection auto-injector</i>	3	QL (2/30)
<i>epinephrine injection solution 1 mg/ml</i>	4	
<i>hydroxyzine hcl oral tablet</i>	3	PA
<i>levocetirizine oral tablet</i>	2	QL (30/30)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>promethazine oral</i>	2	PA
PULMONARY AGENTS		
<i>acetylcysteine</i>	4	B/D PA
ADEMPAS	5	PA; LA; QL (90/30); NDS
ADVAIR DISKUS	3	QL (60/30)
ADVAIR HFA	3	QL (12/30)
<i>albuterol sulfate inhalation hfa aerosol inhaler 90 mcg/actuation</i>	3	QL (17/30)
<i>albuterol sulfate inhalation hfa aerosol inhaler 90 mcg/actuation (nda020503)</i>	3	QL (13.4/30)
<i>albuterol sulfate inhalation solution for nebulization</i>	2	B/D PA
<i>albuterol sulfate oral syrup</i>	2	
<i>albuterol sulfate oral tablet</i>	4	
<i>albuterol sulfate oral tablet extended release 12 hr</i>	4	
ALYQ	4	PA; QL (60/30)
AMBRISENTAN	5	PA; LA; QL (30/30); NDS
ANORO ELLIPTA	3	QL (60/30)
ARNUITY ELLIPTA	3	QL (30/30)
ATROVENT HFA	4	QL (25.8/30)
BREO ELLIPTA	3	QL (60/30)
<i>budesonide inhalation suspension for nebulization 0.25 mg/2 ml, 0.5 mg/2 ml</i>	4	B/D PA; QL (120/30)
<i>budesonide inhalation suspension for nebulization 1 mg/2 ml</i>	4	B/D PA; QL (60/30)
CINRYZE	5	PA; NDS
COMBIVENT RESPIMAT	4	QL (8/30)
<i>cromolyn inhalation</i>	2	B/D PA
DALIRESP	4	PA; QL (30/30)
ESBRIET ORAL CAPSULE	5	PA; QL (270/30); NDS

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

Cursiva minúscula = Medicamento genérico

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

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
ESBRIET ORAL TABLET 267 MG	5	PA; QL (270/30); NDS
ESBRIET ORAL TABLET 801 MG	5	PA; QL (90/30); NDS
FLOVENT DISKUS INHALATION BLISTER WITH DEVICE 100 MCG/ACTUATION, 50 MCG/ACTUATION	3	QL (60/30)
FLOVENT DISKUS INHALATION BLISTER WITH DEVICE 250 MCG/ACTUATION	3	QL (240/30)
FLOVENT HFA INHALATION HFA AEROSOL INHALER 110 MCG/ACTUATION	3	QL (12/30)
FLOVENT HFA INHALATION HFA AEROSOL INHALER 220 MCG/ACTUATION	3	QL (24/30)
FLOVENT HFA INHALATION HFA AEROSOL INHALER 44 MCG/ACTUATION	3	QL (10.6/30)
<i>flunisolide</i>	3	QL (50/30)
<i>fluticasone propionate nasal</i>	2	QL (16/30)
<i>formoterol fumarate</i>	4	B/D PA; QL (120/30)
<i>icatibant</i>	5	PA; QL (18/30); NDS
INCRUSE ELLIPTA	3	QL (30/30)
<i>ipratropium bromide inhalation</i>	2	B/D PA
<i>ipratropium-albuterol</i>	2	B/D PA
KALYDECO ORAL GRANULES IN PACKET	5	PA; QL (56/28); NDS
KALYDECO ORAL TABLET	5	PA; QL (60/30); NDS
<i>metaproterenol oral syrup</i>	4	
<i>montelukast oral granules in packet</i>	3	QL (30/30)
<i>montelukast oral tablet</i>	2	QL (30/30)
<i>montelukast oral tablet, chewable</i>	2	QL (30/30)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
OFEV	5	PA; QL (60/30); NDS
PERFOROMIST	4	B/D PA; QL (120/30)
PULMOZYME	5	B/D PA; QL (150/30); NDS
SEREVENT DISKUS	3	QL (60/30)
<i>sildenafil (pulm.hypertension) oral tablet</i>	3	PA; QL (90/30)
TADALAFIL (PULM. HYPERTENSION)	4	PA; QL (60/30)
<i>terbutaline</i>	4	
THEO-24	4	
<i>theophylline oral tablet extended release 12 hr 300 mg, 450 mg</i>	2	
<i>theophylline oral tablet extended release 24 hr</i>	2	
TRELEGY ELLIPTA	3	QL (60/30)
TRIKAFTA ORAL TABLETS, SEQUENTIAL 100-50-75 MG(D) /150 MG (N)	5	PA; QL (84/28); NDS
TRIKAFTA ORAL TABLETS, SEQUENTIAL 50-25-37.5 MG (D)/75 MG (N)	5	PA; NDS
VENTAVIS	4	PA
VENTOLIN HFA	3	QL (36/30)
XOLAIR SUBCUTANEOUS RECON SOLN	5	PA; LA; QL (8/28); NDS
XOLAIR SUBCUTANEOUS SYRINGE 150 MG/ML	5	PA; LA; QL (8/28); NDS
XOLAIR SUBCUTANEOUS SYRINGE 75 MG/0.5 ML	5	PA; LA; QL (1/28); NDS
<i>zafirlukast</i>	4	QL (60/30)

UROLOGICALS

ANTICHOLINERGICS / ANTISPASMODICS

MYRBETRIQ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR	3	
<i>oxybutynin chloride oral syrup</i>	2	

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

Cursiva minúscula = Medicamento genérico

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

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>oxybutynin chloride oral tablet</i>	2	
<i>oxybutynin chloride oral tablet extended release 24hr</i>	2	QL (60/30)
<i>solifenacin</i>	3	
<i>tolterodine oral capsule, extended release 24hr</i>	4	ST
<i>tolterodine oral tablet</i>	4	
BENIGN PROSTATIC HYPERPLASIA(BPH) THERAPY		
<i>alfuzosin</i>	2	
<i>dutasteride</i>	2	
<i>finasteride oral tablet 5 mg</i>	2	QL (30/30)
<i>tamsulosin</i>	2	QL (60/30)
MISCELLANEOUS UROLOGICALS		
<i>bethanechol chloride</i>	3	
CYSTAGON	4	LA
ELMIRON	4	
K-PHOS ORIGINAL	4	
<i>potassium citrate</i>	4	
RENACIDIN	4	
VITAMINS, HEMATINICS / ELECTROLYTES		
ELECTROLYTES		
<i>calcium acetate(phosphat bind)</i>	2	
<i>klor-con</i>	2	
<i>klor-con 10</i>	1	
KLOR-CON 8	1	
<i>klor-con m10</i>	1	
<i>klor-con m20</i>	1	
<i>lactated ringers intravenous</i>	4	
<i>magnesium sulfate in d5w intravenous piggyback 1 gram/100 ml</i>	4	
<i>magnesium sulfate in water</i>	4	
<i>magnesium sulfate injection</i>	4	
NORMOSOL-R	4	
NORMOSOL-R IN 5% DEXTROSE	4	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
PHOSLYRA	4	
POTASSIUM CHLORID-D5-0.45%NACL INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 10 MEQ/L, 20 MEQ/L, 40 MEQ/L	4	
<i>potassium chlorid-d5-0.45%nacl intravenous parenteral solution 30 meq/l</i>	4	
<i>potassium chloride in 0.9%nacl intravenous parenteral solution 20 meq/l, 40 meq/l</i>	4	
<i>potassium chloride in 5% dex intravenous parenteral solution 20 meq/l</i>	4	
<i>potassium chloride in lr-d5 intravenous parenteral solution 20 meq/l</i>	4	
<i>potassium chloride in water intravenous piggyback 10 meq/100 ml, 10 meq/50 ml, 20 meq/100 ml, 20 meq/50 ml, 40 meq/100 ml</i>	4	
<i>potassium chloride intravenous</i>	4	
<i>potassium chloride oral capsule, extended release</i>	1	
<i>potassium chloride oral liquid</i>	4	
<i>potassium chloride oral packet</i>	2	
<i>potassium chloride oral tablet extended release</i>	1	
<i>potassium chloride oral tablet, er particles/crystals 10 meq, 20 meq</i>	1	
<i>potassium chloride-0.45% nacl</i>	4	
POTASSIUM CHLORIDE-D5-0.2%NACL INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 20 MEQ/L	4	
POTASSIUM CHLORIDE-D5-0.3%NACL INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 20 MEQ/L	4	

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

Cursiva minúscula = Medicamento genérico

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

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
POTASSIUM CHLORIDE-D5-0.9%NACL	4	
<i>ringer's intravenous</i>	4	
<i>sodium bicarbonate intravenous syringe 10 meq/10 ml (8.4%), 7.5% (0.9 meq/ml), 8.4% (1 meq/ml)</i>	4	
<i>sodium chloride 0.45% intravenous parenteral solution</i>	4	
<i>sodium chloride 3%</i>	4	
<i>sodium chloride 5%</i>	4	
<i>sodium chloride intravenous</i>	4	
MISCELLANEOUS NUTRITION PRODUCTS		
AMINOSYN II 15%	4	B/D PA
AMINOSYN-PF 10%	4	B/D PA
AMINOSYN-PF 7% (SULFITE-FREE)	4	B/D PA
CLINIMIX 5%/D15W SULFITE FREE	4	B/D PA
CLINIMIX 4.25%/D10W SULF FREE	4	B/D PA
CLINIMIX 5%-D20W(SULFITE-FREE)	4	B/D PA
CLINIMIX 6%-D5W (SULFITE-FREE)	4	B/D PA
CLINIMIX 8%-D10W(SULFITE-FREE)	4	B/D PA
CLINIMIX 8%-D14W(SULFITE-FREE)	4	B/D PA
CLINIMIX E 4.25%/D10W SULF FREE	4	B/D PA
CLINISOL SF 15%	4	B/D PA
<i>electrolyte-48 in d5w</i>	4	
FREAMINE III 10%	4	B/D PA
HEPATAMINE 8%	4	B/D PA
INTRALIPID INTRAVENOUS EMULSION 20%, 30%	4	B/D PA
KABIVEN	4	B/D PA

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
NORMOSOL-M IN 5% DEXTROSE	4	
PERIKABIVEN	4	B/D PA
PLENAMINE	4	B/D PA
PREMASOL 10%	4	B/D PA
PROCALAMINE 3%	4	B/D PA
PROSOL 20%	4	B/D PA
TRAVASOL 10%	4	B/D PA
TROPHAMINE 10%	4	B/D PA
VITAMINS / HEMATINICS		
BAL-CARE DHA	3	
C-NATE DHA	3	
COMPLETE NATAL DHA	3	
ELITE-OB	3	
<i>fluoride (sodium) oral tablet</i>	1	
FOLIVANE-OB	3	
<i>ludent fluoride oral tablet, chewable 1 mg (2.2 mg sod. fluoride)</i>	1	
M-NATAL PLUS	3	
PNV 29-1	3	
PNV-DHA	3	
PNV-OMEGA	3	
PNV-SELECT	3	
PR NATAL 400	3	
PR NATAL 400 EC	3	
PR NATAL 430	3	
PR NATAL 430 EC	3	
PRENATAL PLUS	3	
PRENATAL VITAMIN PLUS LOW IRON	3	
PREPLUS	3	
PRETAB	3	
SE-NATAL 19 CHEWABLE	3	
SE-NATAL-19	3	
TARON-C DHA	3	
TRINATAL RX 1	3	

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

Cursiva minúscula = Medicamento genérico

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

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
TRIVEEN-DUO DHA	3	
VIRT-C DHA	3	
VIRT-NATE DHA	3	
VIRT-PN DHA	3	
VIRT-PN PLUS	3	
VP-PNV-DHA	3	
ZATEAN-PN DHA	3	
ZATEAN-PN PLUS	3	

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

Cursiva minúscula = Medicamento genérico

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

Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
A		<i>adriamycin intravenous recon soln 10 mg</i>	26	<i>alosetron</i>	52
<i>abacavir-lamivudine</i>	20	<i>adriamycin intravenous solution</i>	26	ALPHAGAN P OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.1%	60
<i>abacavir-lamivudine-zidovudine</i>	20	ADVAIR DISKUS	60	<i>alprazolam oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg</i>	37
<i>abacavir oral solution</i>	20	ADVAIR HFA	60	<i>alprazolam oral tablet 2 mg</i>	37
<i>abacavir oral tablet</i>	20	AFINITOR DISPERZ ORAL TABLET FOR SUSPENSION 2 MG	26	<i>alprazolam oral tablet, disintegrating 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg</i>	37
ABELCET	20	AFINITOR DISPERZ ORAL TABLET FOR SUSPENSION 3 MG, 5 MG	26	<i>alprazolam oral tablet, disintegrating 2 mg</i>	37
ABILIFY MAINTENA	37	AFINITOR ORAL TABLET 10 MG	26	<i>altavera (28)</i>	56
<i>abiraterone oral tablet 250 mg</i>	26	<i>afirmelle</i>	56	ALUNBRIG ORAL TABLET 30 MG	26
<i>abiraterone oral tablet 500 mg</i>	26	AJOVY AUTOINJECTOR	34	ALUNBRIG ORAL TABLET 180 MG, 90 MG	26
ABRAXANE	26	AJOVY SYRINGE	34	ALUNBRIG ORAL TABLETS, DOSE PACK	26
<i>acamprosate</i>	47	<i>ala-cort topical cream 1%</i>	46	<i>alyacen 1/35 (28)</i>	56
<i>acarbose oral tablet 25 mg</i>	49	<i>albendazole</i>	23	<i>alyacen 7/7/7 (28)</i>	56
<i>acarbose oral tablet 50 mg</i>	49	<i>albuterol sulfate inhalation hfa aerosol inhaler 90 mcg/actuation</i>	60	ALYQ	60
<i>acarbose oral tablet 100 mg</i>	49	<i>albuterol sulfate inhalation hfa aerosol inhaler 90 mcg/actuation (nda020503)</i>	60	<i>amantadine hcl</i>	20
<i>acebutolol</i>	41	<i>albuterol sulfate inhalation solution for nebulization</i>	60	AMBISOME	20
<i>acetaminophen-codeine oral solution 120-12 mg/5 ml</i>	35	<i>albuterol sulfate oral syrup</i>	60	AMBRISENTAN	60
<i>acetaminophen-codeine oral tablet 300-15 mg, 300-30 mg</i>	35	<i>albuterol sulfate oral tablet</i>	60	<i>amethia</i>	56
<i>acetaminophen-codeine oral tablet 300-60 mg</i>	35	<i>albuterol sulfate oral tablet extended release 12 hr</i>	60	<i>amethyst (28)</i>	56
<i>acetazolamide</i>	59	<i>alclometasone topical cream</i>	46	<i>amikacin injection solution 1,000 mg/4 ml, 500 mg/2 ml</i>	23
<i>acetazolamide sodium</i>	59	<i>alclometasone topical ointment</i>	46	<i>amiloride</i>	41
<i>acetic acid otic (ear)</i>	48	ALCOHOL PADS	49	<i>amiloride-hydrochlorothiazide</i>	41
<i>acetylcysteine</i>	60	ALDURAZYME	51	<i>aminocaproic acid oral</i>	43
<i>acitretin</i>	44	ALECENSA	26	AMINOSYN II 15%	63
ACTHIB (PF)	54	<i>alendronate oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	55	AMINOSYN-PF 7% (SULFITE-FREE)	63
ACTIMMUNE	53	<i>alendronate oral tablet 35 mg, 70 mg</i>	55	AMINOSYN-PF 10%	63
<i>acyclovir oral capsule</i>	20	<i>alfuzosin</i>	62	<i>amiodarone intravenous solution</i>	41
<i>acyclovir oral suspension 200 mg/5 ml</i>	20	ALIMTA	26	<i>amiodarone oral tablet 100 mg, 400 mg</i>	41
<i>acyclovir oral tablet</i>	20	ALINIA ORAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION	23	<i>amiodarone oral tablet 200 mg</i>	41
<i>acyclovir sodium intravenous solution</i>	20	ALIQOPA	26	<i>amitriptyline</i>	37
<i>acyclovir topical ointment</i>	46	<i>aliskiren</i>	41	<i>amlodipine</i>	41
ADACEL (TDAP ADOLESN/ADULT)(PF)	54	<i>allopurinol</i>	55	<i>amlodipine-benazepril</i>	41
ADCETRIS	26	ALORA	55	<i>amlodipine-valsartan</i>	41
<i>adefovir</i>	20				
ADEMPAS	60				

Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
<i>amlodipine-valsartan-hcthiazyd</i>	41	ARNUIITY ELLIPTA	60	<i>ayuna</i>	56
<i>ammonium lactate</i>	45	ARRANON	26	AYVAKIT	26
<i>amoxapine</i>	37	<i>arsenic trioxide</i>	26	<i>azacitidine</i>	26
<i>amoxicillin oral capsule</i>	25	ARZERRA	26	AZASITE	59
<i>amoxicillin oral suspension for reconstitution</i>	25	<i>asenapine maleate sublingual tablet 5 mg</i>	37	<i>azathioprine</i>	26
<i>amoxicillin oral tablet</i>	25	<i>asenapine maleate sublingual tablet 10 mg, 2.5 mg</i>	37	<i>azathioprine sodium</i>	26
<i>amoxicillin oral tablet, chewable 125 mg, 250 mg</i>	25	<i>ashlyna</i>	56	<i>azelastine nasal</i>	48
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral suspension for reconstitution</i>	25	<i>aspirin-dipyridamole</i>	43	<i>azelastine ophthalmic (eye)</i>	59
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral tablet</i>	25	ASSURE ID INSULIN SAFETY SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	49	<i>azithromycin intravenous</i>	23
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral tablet, chewable</i>	25	<i>atazanavir oral capsule 150 mg, 300 mg</i>	20	<i>azithromycin oral packet</i>	23
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral tablet extended release 12 hr</i>	25	<i>atazanavir oral capsule 200 mg</i>	20	<i>azithromycin oral suspension for reconstitution</i>	23
<i>amphotericin b</i>	20	<i>atenolol</i>	41	<i>azithromycin oral tablet</i>	23
<i>ampicillin oral capsule</i>	25	<i>atenolol-chlorthalidone</i>	41	<i>aztreonam</i>	23
<i>ampicillin sodium</i>	25	ATGAM	54	<i>azurette (28)</i>	56
<i>ampicillin-sulbactam</i>	25	<i>atomoxetine oral capsule 10 mg, 18 mg, 25 mg, 40 mg</i>	37	B	
<i>anagrelide</i>	47	<i>atomoxetine oral capsule 100 mg, 60 mg, 80 mg</i>	37	<i>bacitracin intramuscular</i>	23
<i>anastrozole</i>	26	<i>atorvastatin</i>	43	<i>bacitracin ophthalmic (eye)</i>	59
ANORO ELLIPTA	60	<i>atovaquone</i>	23	<i>bacitracin-polymyxin b ophthalmic (eye)</i>	59
<i>apraclonidine</i>	60	<i>atovaquone-proguanil</i>	23	<i>baclofen oral</i>	35
<i>aprepitant</i>	52	<i>atropine ophthalmic (eye) drops</i>	59	BAL-CARE DHA	63
<i>apri</i>	56	ATROVENT HFA	60	<i>balsalazide</i>	52
APTIOM ORAL TABLET 200 MG	32	<i>abra</i>	56	BALVERSA	26
APTIOM ORAL TABLET 400 MG	32	<i>abra eq</i>	56	<i>balziva (28)</i>	56
APTIOM ORAL TABLET 600 MG, 800 MG	32	AUGMENTIN ORAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 125-31.25 MG/5 ML	25	BAQSIMI	49
APTIVUS	20	<i>aurovela 1.5/30 (21)</i>	56	BARACLUDGE ORAL SOLUTION	20
<i>aranelle (28)</i>	56	<i>aurovela 1/20 (21)</i>	56	BAVENCIO	26
ARCALYST	53	<i>aurovela 24 fe</i>	56	BCG VACCINE, LIVE (PF)	54
ARIKAYCE	23	<i>aurovela fe 1.5/30 (28)</i>	56	<i>bd safetyglide insulin syringe syringe 1 ml 31 gauge x 15/64"</i>	49
<i>aripiprazole oral solution</i>	37	<i>aurovela fe 1-20 (28)</i>	56	<i>bd ultra-fine micro pen needle</i>	49
<i>aripiprazole oral tablet 10 mg, 15 mg, 2 mg, 5 mg</i>	37	AUSTEDO ORAL TABLET 6 MG	34	<i>bd ultra-fine mini pen needle</i>	49
<i>aripiprazole oral tablet 20 mg, 30 mg</i>	37	AUSTEDO ORAL TABLET 12 MG, 9 MG	34	<i>bd ultra-fine nano pen needle</i>	49
<i>aripiprazole oral tablet, disintegrating</i>	37	<i>aviane</i>	56	<i>bd ultra-fine short pen needle</i>	49
		<i>avita</i>	45	BELEODAQ	26
				<i>benazepril</i>	41
				<i>benazepril-hydrochlorothiazide</i>	41
				BENDEKA	26

Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
BENLYSTA INTRAVENOUS.....	55	BOSULIF ORAL		<i>bupropion hcl oral tablet</i>	
<i>benztropine injection</i>	34	TABLET 400 MG, 500 MG	26	<i>extended release 24 hr 300 mg</i>	37
<i>benztropine oral</i>	34	BOTOX.....	54	<i>bupropion hcl oral tablet</i>	
BESIVANCE	59	BRAFTOVI ORAL		<i>sustained-release 12 hr 100 mg</i>	37
BESPONSA.....	26	CAPSULE 75 MG	26	<i>bupropion hcl oral tablet sustained-</i>	
<i>betamethasone,</i>		BREO ELLIPTA	60	<i>release 12 hr 150 mg, 200 mg</i>	37
<i>augmented topical cream</i>	46	<i>briellyn</i>	56	<i>bupropion hcl (smoking deter)</i>	48
<i>betamethasone,</i>		BRILINTA.....	43	<i>buspironone</i>	37
<i>augmented topical gel</i>	46	<i>brimonidine ophthalmic</i>		BUSULFAN	26
<i>betamethasone,</i>		<i>(eye) drops 0.2%</i>	60	<i>butorphanol nasal</i>	36
<i>augmented topical lotion</i>	46	<i>brimonidine ophthalmic</i>		BYDUREON BCISE	49
<i>betamethasone,</i>		<i>(eye) drops 0.15%</i>	60		
<i>augmented topical ointment</i>	46	<i>brinzolamide</i>	59	C	
<i>betamethasone dipropionate</i>	46	BRIVIACT INTRAVENOUS.....	32	<i>cabergoline</i>	51
<i>betamethasone valerate</i>		BRIVIACT ORAL SOLUTION.....	32	CABOMETYX	26
<i>topical cream</i>	46	BRIVIACT ORAL TABLET.....	32	<i>calcipotriene scalp</i>	44
<i>betamethasone valerate</i>		<i>bromocriptine</i>	34	<i>calcipotriene topical cream</i>	44
<i>topical lotion</i>	46	BRUKINSA	26	<i>calcipotriene topical ointment</i>	44
<i>betamethasone valerate</i>		<i>budesonide inhalation suspension</i>		<i>calcitonin (salmon) nasal</i>	51
<i>topical ointment</i>	46	<i>for nebulization 0.25 mg/2 ml,</i>		<i>calcitriol intravenous</i>	
BETASERON		<i>0.5 mg/2 ml</i>	60	<i>solution 1 mcg/ml</i>	51
SUBCUTANEOUS KIT.....	53	<i>budesonide inhalation suspension</i>		<i>calcitriol oral</i>	51
<i>betaxolol oral</i>	41	<i>for nebulization 1 mg/2 ml</i>	60	<i>calcium acetate(phosphat bind)</i>	62
<i>bethanechol chloride</i>	62	<i>budesonide oral</i>	52	CALQUENCE	26
<i>bexarotene</i>	26	<i>bumetanide injection</i>	41	<i>camila</i>	55
BEXSERO	54	<i>bumetanide oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i>	41	<i>camrese</i>	56
<i>bicalutamide</i>	26	<i>bumetanide oral tablet 2 mg</i>	41	<i>camrese lo</i>	56
BICILLIN L-A.....	25	<i>buprenorphine hcl injection</i>	35	<i>candesartan-hydrochlorothiazid</i>	41
BIDIL.....	41	<i>buprenorphine hcl sublingual</i>	35	<i>candesartan oral tablet</i>	
BIKTARVY	20	<i>buprenorphine-naloxone</i>		<i>16 mg, 4 mg, 8 mg</i>	41
BINOSTO.....	55	<i>sublingual film 2-0.5 mg</i>	36	<i>candesartan oral tablet 32 mg</i>	41
<i>bisoprolol fumarate</i>	41	<i>buprenorphine-naloxone</i>		CAPASTAT.....	23
<i>bisoprolol-hydrochlorothiazide</i>	41	<i>sublingual film 4-1 mg, 8-2 mg</i>	36	CAPLYTA	37
BLENREP	26	<i>buprenorphine-naloxone</i>		CAPRELSA ORAL TABLET 100 MG .	27
<i>bleomycin</i>	26	<i>sublingual film 12-3 mg</i>	36	CAPRELSA ORAL TABLET 300 MG .	27
BLINCYTO INTRAVENOUS KIT.....	26	<i>buprenorphine-naloxone</i>		<i>captopril</i>	41
<i>blisovi 24 fe</i>	56	<i>sublingual tablet 2-0.5 mg</i>	36	<i>captopril-hydrochlorothiazide</i>	41
<i>blisovi fe 1.5/30 (28)</i>	56	<i>buprenorphine-naloxone</i>		CARBAGLU.....	47
<i>blisovi fe 1/20 (28)</i>	56	<i>sublingual tablet 8-2 mg</i>	36	<i>carbamazepine oral capsule,</i>	
BOOSTRIX TDAP	54	<i>bupropion hcl oral tablet 75 mg</i>	37	<i>er multiphase 12 hr</i>	32
<i>bortezomib</i>	26	<i>bupropion hcl oral tablet 100 mg</i>	37		
BOSULIF ORAL TABLET 100 MG .	26	<i>bupropion hcl oral tablet</i>			
		<i>extended release 24 hr 150 mg</i>	37		

Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
carbamazepine oral suspension 100 mg/5 ml	32	cefazolin intravenous	22	chlorhexidine gluconate mucous membrane	48
carbamazepine oral tablet	32	cefdinir	22	chloroquine phosphate	23
carbamazepine oral tablet, chewable	32	cefepime in dextrose 5%	22	chlorothiazide sodium	41
carbamazepine oral tablet extended release 12 hr	32	cefepime in dextrose, iso-osm	22	chlorpromazine	37
carbidopa	34	cefepime injection	22	chlorthalidone oral tablet 25 mg, 50 mg	41
carbidopa-levodopa-entacapone	34	cefepime intravenous	22	cholestyramine light oral powder in packet	43
carbidopa-levodopa oral tablet	34	cefixime	22	cholestyramine (with sugar) oral powder in packet	43
carbidopa-levodopa oral tablet, disintegrating	34	cefotaxime injection recon soln 1 gram	22	CHORIONIC GONADOTROPIN, HUMAN INTRAMUSCULAR	51
carbidopa-levodopa oral tablet extended release	34	cefotetan in dextrose, iso-osm	22	ciclodan topical solution	46
carboplatin intravenous solution	27	cefotetan injection	22	ciclopirox topical cream	46
carmustine	27	cefoxitin	22	ciclopirox topical shampoo	46
carteolol	59	cefoxitin in dextrose, iso-osm	22	ciclopirox topical solution	46
cartia xt	41	cefopodoxime	23	ciclopirox topical suspension	46
carvedilol	41	cefprozil	23	cilostazol	43
carvedilol phosphate	41	ceftazidime	23	CILOXAN OPHTHALMIC (EYE) OINTMENT	59
casprofungin intravenous recon soln 50 mg	20	ceftazidime in d5w	23	CIMDUO	20
casprofungin intravenous recon soln 70 mg	20	ceftriaxone	23	cinacalcet oral tablet 30 mg, 60 mg	51
CAYSTON	23	ceftriaxone in dextrose, iso-os	23	cinacalcet oral tablet 90 mg	51
caziant (28)	56	cefuroxime axetil oral tablet	23	CINRYZE	60
cefaclor oral capsule	22	cefuroxime sodium injection recon soln 750 mg	23	ciprofloxacin-dexamethasone	48
cefaclor oral suspension for reconstitution 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml, 375 mg/5 ml	22	cefuroxime sodium intravenous	23	ciprofloxacin hcl ophthalmic (eye)	59
cefaclor oral tablet extended release 12 hr	22	celecoxib	36	ciprofloxacin hcl oral tablet 100 mg	25
cefadroxil oral capsule	22	CELONTIN ORAL CAPSULE 300 MG	32	ciprofloxacin hcl oral tablet 250 mg, 500 mg, 750 mg	25
cefadroxil oral suspension for reconstitution 250 mg/5 ml, 500 mg/5 ml	22	cephalexin oral capsule 250 mg, 500 mg	23	ciprofloxacin in 5% dextrose	25
cefadroxil oral tablet	22	cephalexin oral suspension for reconstitution	23	CIPRO HC	48
cefazolin in dextrose (iso-os) intravenous piggyback 1 gram/50 ml, 2 gram/100 ml, 2 gram/50 ml	22	CEREZYME INTRAVENOUS RECON SOLN 400 UNIT	51	CIPRO ORAL SUSPENSION, MICROCAPSULE RECON	25
cefazolin injection recon soln 1 gram, 10 gram, 100 gram, 300 g, 500 mg	22	CHANTIX	48	cisplatin intravenous solution	27
		CHANTIX CONTINUING MONTH BOX	48	citalopram oral solution	37
		CHANTIX STARTING MONTH BOX	48	citalopram oral tablet 10 mg, 20 mg	37
		charlotte 24 fe	56	citalopram oral tablet 40 mg	37
		chateal (28)	56	cladribine	27
		chateal eq (28)	56	claravis	45
		CHEMET	47	clarithromycin	23
		chloramphenicol sod succinate	23	clindamycin hcl	23

Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
<i>clindamycin in 0.9% sod chlor</i>	23	<i>clobetasol topical spray, non-aerosol</i>	46	<i>colestipol oral packet</i>	44
<i>clindamycin in 5% dextrose</i>	23	<i>clodan</i>	47	<i>colestipol oral tablet</i>	44
<i>clindamycin pediatric</i>	23	<i>clofarabine</i>	27	<i>colistin (colistimethate na)</i>	23
<i>clindamycin phosphate injection</i>	23	<i>clomipramine</i>	37	COMBIGAN	59
<i>clindamycin phosphate intravenous solution 600 mg/4 ml</i>	23	<i>clonazepam oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i>	32	COMBIVENT RESPIMAT	60
<i>clindamycin phosphate topical gel</i>	45	<i>clonazepam oral tablet 2 mg</i>	32	COMETRIQ ORAL CAPSULE 60 MG/DAY (20 MG X 3/DAY)	27
<i>clindamycin phosphate topical lotion</i>	45	<i>clonazepam oral tablet, disintegrating 0.5 mg, 1 mg</i>	32	COMETRIQ ORAL CAPSULE 100 MG/DAY(80 MG X1-20 MG X1)	27
<i>clindamycin phosphate topical solution</i>	45	<i>clonazepam oral tablet, disintegrating 0.125 mg, 0.25 mg</i>	32	COMETRIQ ORAL CAPSULE 140 MG/DAY(80 MG X1-20 MG X3)	27
<i>clindamycin phosphate topical swab</i>	45	<i>clonazepam oral tablet, disintegrating 2 mg</i>	32	COMPLERA	20
<i>clindamycin phosphate vaginal</i>	56	<i>clonidine</i>	41	COMPLETE NATAL DHA	63
CLINIMIX 4.25%/D5W SULFIT FREE	47	<i>clonidine hcl oral tablet 0.1 mg, 0.2 mg</i>	41	<i>compro</i>	52
CLINIMIX 4.25%/D10W SULF FREE	63	<i>clonidine hcl oral tablet 0.3 mg</i>	41	<i>constulose</i>	52
CLINIMIX 5%/D15W SULFITE FREE	63	<i>clopidogrel oral tablet 75 mg</i>	43	COPAXONE SUBCUTANEOUS SYRINGE 20 MG/ML	34
CLINIMIX 5%-D20W (SULFITE-FREE)	63	<i>clopidogrel oral tablet 300 mg</i>	43	COPAXONE SUBCUTANEOUS SYRINGE 40 MG/ML	34
CLINIMIX 6%-D5W (SULFITE-FREE)	63	<i>clorazepate dipotassium oral tablet 3.75 mg</i>	37	COPIKTRA	27
CLINIMIX 8%-D10W (SULFITE-FREE)	63	<i>clorazepate dipotassium oral tablet 7.5 mg</i>	37	CORLANOR ORAL TABLET	44
CLINIMIX 8%-D14W (SULFITE-FREE)	63	<i>clorazepate dipotassium oral tablet 15 mg</i>	37	CORTIFOAM	52
CLINIMIX E 4.25%/D10W SUL FREE	63	<i>clotrimazole-betamethasone topical cream</i>	46	COTELLIC	27
CLINISOL SF 15%	63	<i>clotrimazole-betamethasone topical lotion</i>	46	CREON	52
<i>clobazam oral suspension</i>	32	<i>clotrimazole mucous membrane</i>	20	CRESEMBA ORAL	20
<i>clobazam oral tablet 10 mg</i>	32	<i>clotrimazole topical cream</i>	46	<i>cromolyn inhalation</i>	60
<i>clobazam oral tablet 20 mg</i>	32	<i>clotrimazole topical solution</i>	46	<i>cromolyn ophthalmic (eye)</i>	59
<i>clobetasol-emollient topical cream</i>	47	<i>clozapine oral tablet 25 mg, 50 mg</i>	37	<i>cromolyn oral</i>	52
<i>clobetasol scalp</i>	46	<i>clozapine oral tablet 100 mg, 200 mg</i>	37	<i>cryselle (28)</i>	56
<i>clobetasol topical cream</i>	46	<i>clozapine oral tablet, disintegrating</i>	37	<i>cyclafem 1/35 (28)</i>	56
<i>clobetasol topical foam</i>	46	C-NATE DHA	63	<i>cyclafem 7/7/7 (28)</i>	57
<i>clobetasol topical gel</i>	46	COARTEM	23	<i>cyclobenzaprine oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	35
<i>clobetasol topical lotion</i>	46	<i>colchicine oral tablet</i>	55	<i>cyclophosphamide intravenous</i>	27
<i>clobetasol topical ointment</i>	46	<i>colesevelam</i>	44	<i>cyclophosphamide oral</i>	27
<i>clobetasol topical shampoo</i>	46	<i>colestipol oral granules</i>	44	<i>cycloserine</i>	23
				CYCLOSET	49
				<i>cyclosporine intravenous</i>	27
				<i>cyclosporine modified</i>	27
				<i>cyclosporine oral capsule</i>	27
				CYRAMZA	27

Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
<i>cyred</i>	57	DESCOVY	20	<i>dextroamphetamine-amphetamine oral tablet 12.5 mg, 30 mg, 7.5 mg</i>	38
<i>cyred eq</i>	57	<i>desipramine</i>	37	<i>dextroamphetamine-amphetamine oral tablet 15 mg</i>	38
CYSTADANE	52	<i>desloratadine oral tablet</i>	60	<i>dextroamphetamine-amphetamine oral tablet 20 mg</i>	38
CYSTAGON	62	<i>desmopressin injection</i>	51	<i>dextroamphetamine oral capsule, extended release</i>	37
CYSTARAN	59	<i>desmopressin nasal spray with pump</i>	51	<i>dextroamphetamine oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	38
<i>cytarabine</i>	27	<i>desmopressin oral</i>	51	<i>dextrose 5%-0.2% sod chloride</i>	48
<i>cytarabine (pf)</i>	27	<i>desog-e.estradiol/e.estradiol</i>	57	<i>dextrose 5%-0.3% sod.chloride</i>	48
D		<i>desogestrel-ethinyl estradiol</i>	57	DEXTROSE 5% IN WATER (D5W) INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION	47
<i>d2.5%-0.45% sodium chloride</i>	47	<i>desonide topical lotion</i>	47	<i>dextrose 5% in water (d5w) intravenous piggyback</i>	47
<i>d5%-0.45% sodium chloride</i>	47	<i>desonide topical ointment</i>	47	<i>dextrose 5%-lactated ringers</i>	48
<i>d5% and 0.9% sodium chloride</i>	47	<i>desoximetasone topical cream</i>	47	<i>dextrose 10% and 0.2% nacl</i>	47
<i>d10%-0.45% sodium chloride</i>	47	<i>desoximetasone topical gel</i>	47	DEXTROSE 10% IN WATER (D10W)	47
<i>dacarbazine</i>	27	<i>desoximetasone topical ointment</i>	47	<i>dextrose 25% in water (d25w)</i>	47
<i>dactinomycin</i>	27	<i>desvenlafaxine succinate oral tablet extended release 24 hr 25 mg</i>	37	<i>dextrose 50% in water (d50w)</i>	48
<i>dalfampridine</i>	34	<i>desvenlafaxine succinate oral tablet extended release 24 hr 50 mg</i>	37	<i>dextrose 70% in water (d70w)</i>	48
DALIRESP	60	<i>desvenlafaxine succinate oral tablet extended release 24 hr 100 mg</i>	37	DIACOMIT	32
<i>danazol</i>	51	<i>dexamethasone intensol</i>	48	<i>diazepam injection</i>	38
<i>dantrolene oral</i>	35	<i>dexamethasone oral elixir</i>	49	<i>diazepam oral concentrate</i>	38
<i>dapsone oral</i>	23	<i>dexamethasone oral solution</i>	49	<i>diazepam oral solution 5 mg/5 ml (1 mg/ml)</i>	38
DAPTACEL (DTAP PEDIATRIC) (PF)	54	<i>dexamethasone oral tablet 0.5 mg, 0.75 mg, 4 mg</i>	49	<i>diazepam oral tablet</i>	38
DAPTOMYCIN INTRAVENOUS RECON SOLN 350 MG	23	<i>dexamethasone oral tablet 1 mg, 1.5 mg, 2 mg, 6 mg</i>	49	DIAZEPAM RECTAL	32
<i>daptomycin intravenous recon soln 500 mg</i>	23	<i>dexamethasone sodium phos (pf) injection solution</i>	49	<i>diazoxide</i>	49
DARZALEX	27	<i>dexamethasone sodium phosphate injection solution</i>	49	<i>diclofenac potassium</i>	36
DARZALEX FASPRO	27	<i>dexamethasone sodium phosphate ophthalmic (eye)</i>	60	<i>diclofenac sodium ophthalmic (eye)</i>	59
<i>dasetta 1/35 (28)</i>	57	<i>dexamethasone sodium phosphate ophthalmic (eye)</i>	60	<i>diclofenac sodium oral</i>	36
<i>dasetta 7/7/7 (28)</i>	57	<i>dexmethylphenidate oral tablet</i>	37	<i>diclofenac sodium topical gel 1%</i>	36
<i>daunorubicin intravenous solution</i>	27	<i>dextroamphetamine-amphetamine oral capsule, extended release 24hr</i>	38	<i>dicloxacillin</i>	25
DAURISMO ORAL TABLET 25 MG	27	<i>dextroamphetamine-amphetamine oral tablet 5 mg</i>	38	<i>dicyclomine oral capsule</i>	52
DAURISMO ORAL TABLET 100 MG	27	<i>dextroamphetamine-amphetamine oral tablet 10 mg</i>	38	<i>dicyclomine oral solution</i>	52
<i>daysee</i>	57			<i>dicyclomine oral tablet</i>	52
<i>deblitane</i>	56				
<i>decitabine</i>	27				
<i>deferasirox oral tablet, dispersible</i>	47				
DELSTRIGO	20				
DENAVIR	46				
DEPO-MEDROL	48				

Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
DIFICID ORAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION	23	<i>divalproex oral capsule, delayed rel sprinkle</i>	32	<i>doxycycline monohydrate oral tablet</i>	25
DIFICID ORAL TABLET	23	<i>divalproex oral tablet, delayed release (dr/ec)</i>	32	DRIZALMA SPRINKLE ORAL CAPSULE, DELAYED REL SPRINKLE 20 MG, 60 MG	38
<i>diflunisal</i>	36	<i>divalproex oral tablet extended release 24 hr</i>	32	DRIZALMA SPRINKLE ORAL CAPSULE, DELAYED REL SPRINKLE 30 MG	38
<i>digitek oral tablet 125 mcg (0.125 mg)</i>	44	<i>docetaxel intravenous solution 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>	27	DRIZALMA SPRINKLE ORAL CAPSULE, DELAYED REL SPRINKLE 40 MG	38
<i>digitek oral tablet 250 mcg (0.25 mg)</i>	44	<i>dofetilide</i>	41	<i>dronabinol</i>	52
<i>digoxin injection solution</i>	44	<i>dolishale</i>	57	<i>drosiprenone-e.estradiol-lm.fa</i>	57
<i>digoxin oral solution</i>	44	<i>donepezil oral tablet 5 mg</i>	35	<i>drosiprenone-ethinyl estradiol</i>	57
<i>digoxin oral tablet 125 mcg (0.125 mg)</i>	44	<i>donepezil oral tablet 10 mg</i>	35	DROXIA	27
<i>digoxin oral tablet 250 mcg (0.25 mg)</i>	44	<i>donepezil oral tablet, disintegrating 5 mg</i>	35	<i>droxidopa oral capsule 100 mg</i>	48
<i>digox oral tablet 125 mcg (0.125 mg)</i>	44	<i>donepezil oral tablet, disintegrating 10 mg</i>	35	<i>droxidopa oral capsule 200 mg, 300 mg</i>	48
<i>digox oral tablet 250 mcg (0.25 mg)</i>	44	<i>dorzolamide</i>	59	DUAVEE	56
<i>dihydroergotamine nasal</i>	34	<i>dorzolamide-timolol</i>	59	<i>duloxetine oral capsule, delayed release(dr/ec) 20 mg, 60 mg</i>	38
DILANTIN	32	<i>dotti</i>	56	<i>duloxetine oral capsule, delayed release(dr/ec) 30 mg</i>	38
<i>diltiazem hcl intravenous</i>	41	DOVATO	20	DUPIXENT PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 200 MG/1.14 ML	45
<i>diltiazem hcl oral capsule, extended release 12 hr</i>	41	<i>doxazosin oral tablet 1 mg, 2 mg, 4 mg</i>	42	DUPIXENT PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 300 MG/2 ML	45
<i>diltiazem hcl oral capsule, extended release 24hr 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg</i>	41	<i>doxazosin oral tablet 8 mg</i>	42	DUPIXENT SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 200 MG/1.14 ML	45
<i>diltiazem hcl oral capsule, extended release 24 hr 420 mg</i>	41	<i>doxepin oral capsule</i>	38	DUPIXENT SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 300 MG/2 ML	45
<i>diltiazem hcl oral tablet</i>	41	<i>doxepin oral concentrate</i>	38	<i>dutasteride</i>	62
<i>diltiazem hcl oral tablet extended release 24 hr</i>	42	<i>doxercalciferol</i>	51	E	
<i>dilt-xr</i>	42	<i>doxorubicin intravenous recon soln 50 mg</i>	27	<i>econazole</i>	46
<i>dimethyl fumarate oral capsule, delayed release(dr/ec) 120 mg (14)- 240 mg (46)</i>	34	<i>doxorubicin intravenous solution</i>	27	EDARBI	42
<i>dimethyl fumarate oral capsule, delayed release(dr/ec) 120 mg, 240 mg</i>	35	<i>doxorubicin, peg-liposomal</i>	27	EDARBYCLOR	42
<i>diphenhydramine hcl injection solution 50 mg/ml</i>	60	<i>doxy-100</i>	25	EDURANT	20
<i>diphenoxylate-atropine</i>	52	<i>doxycycline hyclate oral capsule</i>	25	<i>efavirenz-emtricitabin-tenofov</i>	20
<i>dipyridamole oral</i>	43	<i>doxycycline hyclate oral tablet 100 mg, 20 mg</i>	25	<i>efavirenz-lamivu-tenofov disop oral tablet 400-300-300 mg</i>	20
<i>disulfiram</i>	48	<i>doxycycline monohydrate oral capsule 100 mg, 50 mg</i>	25		
		<i>doxycycline monohydrate oral suspension for reconstitution</i>	25		

Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
<i>efavirenz-lamivu-tenofov disop oral tablet 600-300-300 mg</i>	20	<i>endocet oral tablet 10-325 mg, 7.5-325 mg</i>	35	<i>erythromycin-benzoyl peroxide</i>	45
<i>efavirenz oral capsule 50 mg</i>	20	ENGERIX-B PEDIATRIC (PF).....	54	<i>erythromycin ethylsuccinate oral suspension for reconstitution 200 mg/5 ml</i>	23
<i>efavirenz oral capsule 200 mg</i>	20	ENGERIX-B (PF).....	54	<i>erythromycin ophthalmic (eye)</i>	59
<i>efavirenz oral tablet</i>	20	ENHERTU.....	27	<i>erythromycin oral</i>	23
ELAPRASE.....	51	<i>enoxaparin</i>	43	<i>erythromycin with ethanol topical gel</i>	45
<i>electrolyte-48 in d5w</i>	63	<i>enpresse</i>	57	<i>erythromycin with ethanol topical solution</i>	45
<i>elinest</i>	57	<i>enskyce</i>	57	ESBRIET ORAL CAPSULE.....	60
ELIQUIS.....	43	<i>entacapone</i>	34	ESBRIET ORAL TABLET 267 MG..	61
ELIQUIS DVT-PE TREAT 30D START.....	43	<i>entecavir</i>	20	ESBRIET ORAL TABLET 801 MG..	61
ELITE-OB.....	63	ENTRESTO.....	44	<i>escitalopram oxalate oral solution</i> ..	38
ELLENCE INTRAVENOUS SOLUTION 200 MG/100 ML.....	27	<i>enulose</i>	52	<i>escitalopram oxalate oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	38
ELMIRON.....	62	EPCLUSA ORAL TABLET 200-50 MG.....	21	<i>escitalopram oxalate oral tablet 20 mg</i>	38
ELZONRIS.....	27	EPCLUSA ORAL TABLET 400-100 MG.....	21	<i>esomeprazole magnesium oral capsule, delayed release(dr/ec)</i>	53
EMCYT.....	27	EPIDIOLEX.....	32	<i>estarylla</i>	57
EMEND ORAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION.....	52	<i>epinastine</i>	59	<i>estradiol oral</i>	56
<i>emoquette</i>	57	<i>epinephrine injection auto-injector</i> ..	60	<i>estradiol transdermal patch semiweekly</i>	56
EMPLICITI.....	27	<i>epinephrine injection solution 1 mg/ml</i>	60	<i>estradiol transdermal patch weekly</i> ..	56
EMSAM.....	38	<i>epirubicin intravenous solution</i>	27	<i>estradiol vaginal</i>	56
<i>emtricitabine</i>	20	<i>epitol</i>	32	<i>estradiol valerate intramuscular oil 20 mg/ml, 40 mg/ml</i>	56
EMTRICITABINE-TENOFOVIR (TDF) ORAL TABLET 100-150 MG, 133-200 MG, 167-250 MG.....	20	EPIVIR HBV ORAL SOLUTION.....	21	<i>ethacrynate sodium</i>	42
<i>emtricitabine-tenofovir (tdf) oral tablet 200-300 mg</i>	20	ERBITUX.....	27	<i>ethambutol</i>	23
EMTRIVA ORAL SOLUTION.....	20	<i>ergotamine-caffeine</i>	34	<i>ethosuximide</i>	32
EMVERM.....	23	ERIVEDGE.....	27	<i>ethynodiol diac-eth estradiol</i>	57
<i>enalapril-hydrochlorothiazide</i>	42	ERLEADA.....	27	<i>etodolac</i>	36
<i>enalapril maleate oral tablet</i>	42	<i>erlotinib oral tablet 25 mg</i>	27	ETOPOPHOS.....	27
ENBREL MINI.....	55	<i>erlotinib oral tablet 100 mg, 150 mg</i> ..	27	<i>etoposide intravenous</i>	27
ENBREL SUBCUTANEOUS RECON SOLN.....	55	<i>errin</i>	56	<i>etravirine</i>	21
ENBREL SUBCUTANEOUS SOLUTION.....	55	<i>ertapenem</i>	23	EUTHYROX.....	52
ENBREL SUBCUTANEOUS SYRINGE.....	55	ERWINAZE.....	27	<i>everolimus (antineoplastic)</i>	27
ENBREL SURECLICK.....	55	<i>ery pads</i>	45	<i>everolimus (immunosuppressive) oral tablet 0.5 mg</i>	27
<i>endocet oral tablet 2.5-325 mg, 5-325 mg</i>	35	<i>ery-tab oral tablet, delayed release (dr/ec) 250 mg</i>	23	<i>everolimus (immunosuppressive) oral tablet 0.25 mg, 0.75 mg</i>	27
		ERY-TAB ORAL TABLET, DELAYED RELEASE (DR/EC) 333 MG.....	23		
		<i>erythrocin (as stearate) oral tablet 250 mg</i>	23		
		ERYTHROCIN INTRAVENOUS RECON SOLN 500 MG.....	23		

Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
EVOMELA	27	<i>fentanyl transdermal patch</i>		<i>fluocinolone</i>	47
EVOTAZ	21	72 hour 100 mcg/hr, 12 mcg/hr, 25 mcg/hr, 50 mcg/hr, 75 mcg/hr	35	<i>fluocinolone acetone oil</i>	48
<i>exemestane</i>	28	FETZIMA ORAL CAPSULE, EXTENDED RELEASE 24 HR	38	<i>fluocinolone and shower cap</i>	47
EYLEA	59	FETZIMA ORAL CAPSULE, EXT REL 24HR DOSE PACK	38	<i>fluocinonide topical cream 0.05%</i>	47
<i>ezetimibe</i>	44	<i>finasteride oral tablet 5 mg</i>	62	<i>fluocinonide topical gel</i>	47
<i>ezetimibe-simvastatin</i>	44	FINTEPLA	32	<i>fluocinonide topical ointment</i>	47
F		FIRMAGON KIT W DILUENT SYRINGE	28	<i>fluocinonide topical solution</i>	47
FABRAZYME	51	FIRVANQ ORAL RECON SOLN 25 MG/ML	23	<i>fluoride (sodium) oral tablet</i>	63
<i>falmina (28)</i>	57	FIRVANQ ORAL RECON SOLN 50 MG/ML	24	<i>fluorometholone</i>	60
<i>famciclovir</i>	21	<i>flac otic oil</i>	48	<i>fluorouracil intravenous</i>	28
<i>famotidine oral suspension</i>	53	<i>flecainide</i>	41	<i>fluorouracil topical cream 5%</i>	45
<i>famotidine oral tablet</i> 20 mg, 40 mg	53	FLOVENT DISKUS INHALATION BLISTER WITH DEVICE 100 MCG/ACTUATION, 50 MCG/ACTUATION	61	<i>fluorouracil topical solution</i>	45
FANAPT ORAL TABLET 1 MG, 10 MG, 12 MG, 2 MG, 4 MG, 6 MG	38	FLOVENT DISKUS INHALATION BLISTER WITH DEVICE 250 MCG/ACTUATION	61	<i>fluoxetine oral capsule 10 mg</i>	38
FANAPT ORAL TABLET 8 MG	38	FLOVENT HFA INHALATION HFA AEROSOL INHALER 44 MCG/ACTUATION	61	<i>fluoxetine oral capsule 20 mg</i>	38
FANAPT ORAL TABLETS, DOSE PACK	38	FLOVENT HFA INHALATION HFA AEROSOL INHALER 110 MCG/ACTUATION	61	<i>fluoxetine oral capsule 40 mg</i>	38
FARYDAK	28	FLOVENT HFA INHALATION HFA AEROSOL INHALER 220 MCG/ACTUATION	61	<i>fluoxetine oral solution</i>	38
<i>fayosim</i>	57	<i>floxuridine</i>	28	<i>fluphenazine decanoate</i>	38
<i>febuxostat</i>	55	<i>fluconazole in nacl (iso-osm)</i> <i>intravenous piggyback</i> 200 mg/100 ml, 400 mg/200 ml	20	<i>fluphenazine hcl injection</i>	38
<i>felbamate</i>	32	<i>fluconazole oral suspension</i> <i>for reconstitution</i>	20	<i>fluphenazine hcl oral concentrate</i>	38
<i>felodipine</i>	42	<i>fluconazole oral tablet</i>	20	<i>fluphenazine hcl oral elixir</i>	38
<i>femynor</i>	57	<i>flucytosine</i>	20	<i>fluphenazine hcl oral tablet</i>	38
<i>fenofibrate micronized oral</i> <i>capsule 134 mg, 200 mg, 67 mg</i>	44	<i>fludarabine</i>	28	<i>flurbiprofen oral tablet 100 mg</i>	36
<i>fenofibrate nanocrystallized</i> <i>oral tablet 145 mg, 48 mg</i>	44	<i>fludrocortisone</i>	49	<i>flurbiprofen sodium</i>	59
<i>fenofibrate oral tablet</i> 160 mg, 54 mg	44	<i>flunisolide</i>	61	<i>flutamide</i>	28
<i>fenofibric acid (choline) oral</i> <i>capsule, delayed release</i> (dr/ec) 45 mg	44			<i>fluticasone propionate nasal</i>	61
<i>fenofibric acid (choline) oral</i> <i>capsule, delayed release</i> (dr/ec) 135 mg	44			<i>fluticasone propionate</i> <i>topical cream</i>	47
<i>fentanyl citrate buccal lozenge on</i> <i>a handle 1,200 mcg, 1,600 mcg,</i> <i>400 mcg, 600 mcg, 800 mcg</i>	35			<i>fluticasone propionate</i> <i>topical ointment</i>	47
<i>fentanyl citrate buccal lozenge</i> <i>on a handle 200 mcg</i>	35			<i>fluvoxamine oral tablet 50 mg</i>	38
				<i>fluvoxamine oral tablet</i> 100 mg, 25 mg	38
				FOLIVANE-OB	63
				FOLOTYN	28
				<i>fomepizole</i>	54
				<i>fondaparinux subcutaneous</i> <i>syringe 2.5 mg/0.5 ml</i>	43
				<i>fondaparinux subcutaneous</i> <i>syringe 10 mg/0.8 ml,</i> <i>5 mg/0.4 ml, 7.5 mg/0.6 ml</i>	43
				<i>formoterol fumarate</i>	61

Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
<i>fosamprenavir</i>	21	<i>gemcitabine intravenous solution</i> 1 gram/26.3 ml (38 mg/ml), 2 gram/52.6 ml (38 mg/ml), 200 mg/5.26 ml (38 mg/ml).....	28	GLUCAGON EMERGENCY KIT (HUMAN)	49
<i>fosinopril</i>	42	<i>gemcitabine intravenous solution 100 mg/ml</i>	28	<i>glycopyrrolate oral tablet 1 mg, 2 mg</i>	52
<i>fosinopril-hydrochlorothiazide</i>	42	<i>gemfibrozil</i>	44	<i>glycopyrrolate (pf) in water injection</i>	52
<i>fosphenytoin</i>	33	<i>gemmily</i>	57	<i>glycopyrrolate (pf) in water intravenous syringe</i> 0.4 mg/2 ml (0.2 mg/ml).....	52
FOTIVDA	28	<i>generlac</i>	52	<i>glydo</i>	45
FREAMINE III 10%	63	<i>gengraf</i>	28	GLYXAMBI.....	50
<i>fulvestrant</i>	28	GENOTROPIN	54	<i>granisetron hcl oral</i>	53
<i>furosemide injection</i>	42	GENOTROPIN MINIQUICK	54	<i>griseofulvin microsize</i>	20
<i>furosemide oral solution</i> 10 mg/ml, 40 mg/5 ml (8 mg/ml)	42	<i>gentak ophthalmic (eye) ointment</i> ... 59		<i>griseofulvin ultramicrosize</i>	20
<i>furosemide oral tablet</i>	42	<i>gentamicin injection solution 40 mg/ml</i>	24	<i>guanfacine oral tablet extended release 24 hr</i>	38
FUZEON SUBCUTANEOUS RECON SOLN	21	<i>gentamicin in nacl (iso-osm) intravenous piggyback</i> 100 mg/100 ml, 100 mg/50 ml, 120 mg/100 ml, 60 mg/50 ml, 80 mg/100 ml, 80 mg/50 ml	24	GVOKE HYOPEN 2-PACK	50
FYCOMPA ORAL SUSPENSION ...	33	<i>gentamicin ophthalmic (eye) drops</i> ... 59		GVOKE PFS 1-PACK SYRINGE....	50
FYCOMPA ORAL TABLET 2 MG, 4 MG, 6 MG	33	<i>gentamicin sulfate (ped) (pf)</i>	24	GVOKE PFS 2-PACK SYRINGE....	50
FYCOMPA ORAL TABLET 10 MG, 12 MG, 8 MG	33	<i>gentamicin topical cream</i>	46		
		<i>gentamicin topical ointment</i>	46		
G		GENVOYA.....	21		
<i>gabapentin oral capsule</i> 100 mg, 300 mg	33	GILOTRIF.....	28		
<i>gabapentin oral capsule 400 mg</i>	33	<i>glimepiride oral tablet 1 mg</i>	49	<i>hailey</i>	57
<i>gabapentin oral solution</i> 250 mg/5 ml.....	33	<i>glimepiride oral tablet 2 mg</i>	49	<i>hailey 24 fe</i>	57
<i>gabapentin oral tablet 600 mg</i>	33	<i>glimepiride oral tablet 4 mg</i>	49	<i>hailey fe 1.5/30 (28)</i>	57
<i>gabapentin oral tablet 800 mg</i>	33	<i>glipizide-metformin oral tablet 2.5-250 mg</i>	49	<i>hailey fe 1/20 (28)</i>	57
<i>galantamine oral capsule, ext rel. pellets 24 hr</i>	35	<i>glipizide-metformin oral tablet 2.5-500 mg, 5-500 mg</i>	49	HALAVEN.....	28
<i>galantamine oral solution</i>	35	<i>glipizide oral tablet 5 mg</i>	49	<i>halobetasol propionate topical cream</i>	47
<i>galantamine oral tablet</i>	35	<i>glipizide oral tablet 10 mg</i>	49	<i>halobetasol propionate topical ointment</i>	47
GARDASIL 9 (PF)	54	<i>glipizide oral tablet extended release 24hr 2.5 mg</i>	49	<i>haloperidol</i>	38
GATTEX 30-VIAL.....	52	<i>glipizide oral tablet extended release 24hr 5 mg</i>	49	<i>haloperidol decanoate</i>	38
GAUZE PAD TOPICAL BANDAGE 2 X 2".....	49	<i>glipizide oral tablet extended release 24hr 10 mg</i>	49	<i>haloperidol lactate injection</i>	38
<i>gavilyte-c</i>	52	GLUCAGEN HYPOKIT	49	<i>haloperidol lactate oral</i>	38
<i>gavilyte-n</i>	52			HARVONI ORAL PELLETS IN PACKET 33.75-150 MG	21
GAVRETO	28			HARVONI ORAL PELLETS IN PACKET 45-200 MG	21
GAZYVA	28			HARVONI ORAL TABLET 45-200 MG	21
<i>gemcitabine intravenous recon soln</i>	28			HARVONI ORAL TABLET 90-400 MG	21

Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
HAVRIX (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE.....	54	HUMIRA(CF) PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.4 ML.....	55	<i>hydrocortisone topical cream 1% ...</i>	47
<i>heather</i>	56	HUMIRA(CF) PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 80 MG/0.8 ML.....	55	<i>hydrocortisone topical cream with perineal applicator 2.5%</i>	53
<i>heparin(porcine) in 0.45% nacl intravenous parenteral solution 25,000 unit/250 ml, 25,000 unit/500 ml.....</i>	43	HUMIRA(CF) SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 10 MG/0.1 ML, 20 MG/0.2 ML.....	55	<i>hydrocortisone topical lotion 2.5% ..</i>	47
<i>heparin (porcine) in 5% dex intravenous parenteral solution 20,000 unit/500 ml (40 unit/ml), 25,000 unit/250 ml(100 unit/ml), 25,000 unit/500 ml (50 unit/ml)</i>	43	HUMIRA(CF) SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 40 MG/0.4 ML.....	55	<i>hydrocortisone topical ointment 1%, 2.5%</i>	47
<i>heparin (porcine) injection solution..</i>	43	HUMIRA PEN	55	<i>hydrocortisone valerate</i>	47
<i>heparin (porcine) in nacl (pf).....</i>	43	HUMIRA PEN CROHNS- UC-HS START	55	<i>hydromorphone oral liquid.....</i>	35
<i>heparin, porcine (pf) injection syringe 5,000 unit/0.5 ml</i>	43	HUMIRA PEN PSOR- UVEITS-ADOL HS.....	55	<i>hydromorphone oral tablet</i>	35
HEPATAMINE 8%	63	HUMIRA SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 40 MG/0.8 ML.....	55	<i>hydroxychloroquine</i>	24
HETLIOZ	38	HUMULIN 70/30 U-100 INSULIN ..	50	<i>hydroxyprogesterone caproate</i>	56
HIBERIX (PF)	54	HUMULIN 70/30 U-100 KWIKPEN..	50	<i>hydroxyurea.....</i>	28
HIZENTRA.....	54	HUMULIN N NPH INSULIN KWIKPEN	50	<i>hydroxyzine hcl oral tablet.....</i>	60
HUMALOG JUNIOR KWIKPEN U-100	50	HUMULIN N NPH U-100 INSULIN ..	50		
HUMALOG KWIKPEN INSULIN	50	HUMULIN R REGULAR U-100 INSULN	50	I	
HUMALOG MIX 50-50 INSULN U-100	50	HUMULIN R U-500 (CONC) INSULIN	50	<i>ibandronate oral</i>	55
HUMALOG MIX 50-50 KWIKPEN..	50	HUMULIN R U-500 (CONC) KWIKPEN	50	IBRANCE	28
HUMALOG MIX 75-25 KWIKPEN..	50	<i>hydralazine injection.....</i>	42	<i>ibu.....</i>	36
HUMALOG MIX 75-25 (U-100)INSULN	50	<i>hydralazine oral</i>	42	<i>ibuprofen oral suspension.....</i>	36
HUMALOG U-100 INSULIN	50	<i>hydrochlorothiazide.....</i>	42	<i>ibuprofen oral tablet 400 mg, 600 mg, 800 mg.....</i>	36
HUMIRA(CF) PEDI CROHNS STARTER SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 80 MG/0.8 ML.....	55	<i>hydrocodone-acetaminophen oral solution 7.5-325 mg/15 ml.....</i>	35	<i>icatibant</i>	61
HUMIRA(CF) PEDI CROHNS STARTER SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 80 MG/0.8 ML- 40 MG/0.4 ML.....	55	<i>hydrocodone-acetaminophen oral solution 10-325 mg/15 ml(15 ml)....</i>	35	<i>iclevia.....</i>	57
HUMIRA(CF) PEN CROHNS-UC-HS.....	55	<i>hydrocodone-acetaminophen oral tablet 10-325 mg, 5-325 mg, 7.5-325 mg</i>	35	ICLUSIG.....	28
HUMIRA(CF) PEN PEDIATRIC UC	55	<i>hydrocodone-ibuprofen oral tablet 7.5-200 mg.....</i>	35	<i>idarubicin</i>	28
HUMIRA(CF) PEN PSOR-UV-ADOL HS.....	55	<i>hydrocortisone-acetic acid</i>	48	IDHIFA.....	28
		<i>hydrocortisone oral</i>	49	<i>ifosfamide.....</i>	28
		<i>hydrocortisone rectal</i>	53	<i>imatinib oral tablet 100 mg</i>	28
				<i>imatinib oral tablet 400 mg</i>	28
				IMBRUVICA ORAL CAPSULE 70 MG	28
				IMBRUVICA ORAL CAPSULE 140 MG	28
				IMBRUVICA ORAL TABLET.....	28
				IMFINZI.....	28
				<i>imipenem-cilastatin</i>	24
				<i>imipramine hcl.....</i>	38
				<i>imiquimod topical cream in packet 5%</i>	45
				IMOVAX RABIES VACCINE (PF) ...	54
				<i>impoyz.....</i>	47

Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
<i>incassia</i>	56	INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SYRINGE 819 MG/2.625 ML.....	39	JANUMET XR ORAL TABLET, ER MULTIPHASE 24 HR 50-1,000 MG, 50-500 MG.....	50
INCRELEX.....	48	INVELTYS.....	60	JANUMET XR ORAL TABLET, ER MULTIPHASE 24 HR 100-1,000 MG.....	50
INCRUSE ELLIPTA.....	61	INVIRASE ORAL TABLET.....	21	JANUVIA.....	50
<i>indapamide</i>	42	INVOKAMET.....	50	JARDIANCE.....	50
INFANRIX (DTAP) (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE.....	54	INVOKAMET XR.....	50	<i>jasmiel (28)</i>	57
INFUGEM.....	28	INVOKANA.....	50	JEMPERLI.....	28
INFUMORPH P/F.....	35	IPOL.....	54	JENCYCLA.....	56
INLYTA ORAL TABLET 1 MG.....	28	<i>ipratropium-albuterol</i>	61	JENTADUETO.....	50
INLYTA ORAL TABLET 5 MG.....	28	<i>ipratropium bromide inhalation</i>	61	JENTADUETO XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 2.5-1,000 MG.....	50
INQOVI.....	28	<i>ipratropium bromide nasal</i>	48	JENTADUETO XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 5-1,000 MG.....	50
INREBIC.....	28	<i>irbesartan</i>	42	JEVTANA.....	28
INSULIN SYRINGE-NEEDLE U-100 SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE, 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1/2 ML 28 GAUGE.....	50	<i>irbesartan-hydrochlorothiazide</i>	42	<i>jolessa</i>	57
INTELENCE ORAL TABLET 25 MG	21	IRESSA.....	28	<i>juleber</i>	57
INTELENCE ORAL TABLET 100 MG, 200 MG.....	21	<i>irinotecan</i>	28	JULUCA.....	21
INTRALIPID INTRAVENOUS EMULSION 20%, 30%.....	63	ISENTRESS HD.....	21	<i>junel 1.5/30 (21)</i>	57
INTRON A INJECTION.....	54	ISENTRESS ORAL POWDER IN PACKET.....	21	<i>junel 1/20 (21)</i>	57
<i>introvale</i>	57	ISENTRESS ORAL TABLET.....	21	<i>junel fe 1.5/30 (28)</i>	57
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SYRINGE 39 MG/0.25 ML.....	39	ISENTRESS ORAL TABLET, CHEWABLE 25 MG.....	21	<i>junel fe 1/20 (28)</i>	57
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SYRINGE 78 MG/0.5 ML.....	39	ISENTRESS ORAL TABLET, CHEWABLE 100 MG.....	21	<i>junel fe 24</i>	57
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SYRINGE 117 MG/0.75 ML.....	38	<i>isibloom</i>	57		
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SYRINGE 156 MG/ML.....	39	<i>isoniazid oral solution</i>	24	K	
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SYRINGE 234 MG/1.5 ML.....	39	<i>isoniazid oral tablet</i>	24	KABIVEN.....	63
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SYRINGE 273 MG/0.875 ML.....	39	<i>isosorbide dinitrate oral tablet</i>	44	KADCYLA.....	28
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SYRINGE 410 MG/1.315 ML.....	39	<i>isosorbide mononitrate</i>	44	<i>kaitlib fe</i>	57
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SYRINGE 546 MG/1.75 ML.....	39	<i>isotretinoin oral capsule 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg</i>	45	KALETRA ORAL TABLET 100-25 MG.....	21
		<i>itraconazole oral capsule</i>	20	KALETRA ORAL TABLET 200-50 MG.....	21
		<i>itraconazole oral solution</i>	20	<i>kalliga</i>	57
		<i>ivermectin oral</i>	24	KALYDECO ORAL GRANULES IN PACKET.....	61
		IXEMPRA.....	28	KALYDECO ORAL TABLET.....	61
		IXIARO (PF).....	54	KANJINTI.....	28
		J		<i>kariva (28)</i>	57
		<i>jaimiess</i>	57		
		JAKAFI.....	28		
		<i>jantoven</i>	43		
		JANUMET.....	50		

Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
<i>kelnor 1/35 (28)</i>	57	<i>lamivudine-zidovudine</i>	21	<i>leucovorin calcium injection</i>	26
<i>kelnor 1-50 (28)</i>	57	<i>lamotrigine oral tablet</i>	33	<i>leucovorin calcium oral tablet 5 mg</i> ..	26
<i>ketoconazole oral</i>	20	<i>lamotrigine oral tablet,</i> <i>chewable dispersible</i>	33	<i>leucovorin calcium oral tablet</i> <i>10 mg, 15 mg, 25 mg</i>	26
<i>ketoconazole topical cream</i>	46	<i>lamotrigine oral tablet,</i> <i>disintegrating</i>	33	LEUKERAN	29
<i>ketoconazole topical shampoo</i>	46	<i>lamotrigine oral tablet</i> <i>extended release 24hr</i>	33	<i>leuprolide subcutaneous kit</i>	29
KEYTRUDA	28	LANOXIN ORAL TABLET 62.5 MCG (0.0625 MG)	44	LEVEMIR FLEXTOUCH U-100 INSULN	50
KINRIX (PF)	54	LANOXIN PEDIATRIC	44	LEVEMIR U-100 INSULIN	50
KISQALI	28	<i>lansoprazole oral capsule,</i> <i>delayed release(dr/ec)</i>	53	<i>levetiracetam in nacl (iso-os)</i>	33
KISQALI FEMARA CO-PACK ORAL TABLET 200 MG/DAY (200 MG X 1)-2.5 MG	28	LANTUS SOLOSTAR U-100 INSULIN	50	<i>levetiracetam intravenous</i>	33
KISQALI FEMARA CO-PACK ORAL TABLET 400 MG/DAY (200 MG X 2)-2.5 MG	28	LANTUS U-100 INSULIN	50	<i>levetiracetam oral solution</i> <i>100 mg/ml</i>	33
KISQALI FEMARA CO-PACK ORAL TABLET 600 MG/DAY (200 MG X 3)-2.5 MG	28	<i>lapatinib</i>	29	<i>levetiracetam oral tablet</i>	33
<i>klor-con</i>	62	<i>larin 1.5/30 (21)</i>	57	<i>levetiracetam oral tablet</i> <i>extended release 24 hr</i>	33
KLOR-CON 8	62	<i>larin 1/20 (21)</i>	57	<i>levobunolol ophthalmic</i> <i>(eye) drops 0.5%</i>	59
<i>klor-con 10</i>	62	<i>larin 24 fe</i>	57	<i>levocarnitine oral tablet</i>	48
<i>klor-con m10</i>	62	<i>larin fe 1.5/30 (28)</i>	57	<i>levocarnitine (with sugar)</i>	48
<i>klor-con m20</i>	62	<i>larin fe 1/20 (28)</i>	57	<i>levocetirizine oral tablet</i>	60
KLOXXADO	36	<i>larissia</i>	57	<i>levofloxacin in d5w</i>	25
KORLYM	51	<i>latanoprost</i>	59	<i>levofloxacin intravenous</i>	25
K-PHOS ORIGINAL	62	LATUDA ORAL TABLET 80 MG	39	<i>levofloxacin oral solution</i>	25
<i>kurvelo (28)</i>	57	LATUDA ORAL TABLET 120 MG, 20 MG, 40 MG, 60 MG	39	<i>levofloxacin oral tablet</i>	25
KYNMOBI SUBLINGUAL FILM 10 MG, 15 MG, 20 MG, 25 MG, 30 MG	34	<i>layolis fe</i>	57	<i>levonest (28)</i>	57
KYPROLIS	28	<i>ledipasvir-sofosbuvir</i>	21	<i>levonorgestrel-ethinyl estrad</i>	57
L		<i>leena 28</i>	57	<i>levonorg-eth estrad triphasic</i>	57
<i>labetalol oral</i>	42	<i>leflunomide</i>	55	<i>levora-28</i>	57
<i>lactated ringers intravenous</i>	62	LENVIMA ORAL CAPSULE 10 MG/DAY (10 MG X 1), 4 MG	29	LEVO-T	52
<i>lactated ringers irrigation</i>	47	LENVIMA ORAL CAPSULE 12 MG/DAY (4 MG X 3), 18 MG/DAY (10 MG X 1-4 MG X2), 24 MG/DAY (10 MG X 2-4 MG X 1)	29	<i>levothyroxine oral tablet</i>	52
<i>lactulose oral solution</i> <i>10 gram/15 ml, 20 gram/30 ml</i>	53	LENVIMA ORAL CAPSULE 14 MG/DAY(10 MG X 1-4 MG X 1), 20 MG/DAY (10 MG X 2), 8 MG/DAY (4 MG X 2)	29	<i>levoxyl oral tablet 100 mcg,</i> <i>112 mcg, 125 mcg, 137 mcg,</i> <i>150 mcg, 175 mcg, 200 mcg,</i> <i>25 mcg, 50 mcg, 75 mcg, 88 mcg</i> ..	52
<i>lamivudine oral solution</i>	21	<i>lessina</i>	57	LEXIVA ORAL SUSPENSION	21
<i>lamivudine oral tablet</i> <i>100 mg, 300 mg</i>	21	<i>letrozole</i>	29	LIBTAYO	29
<i>lamivudine oral tablet 150 mg</i>	21			<i>lidocaine hcl injection solution</i>	45

Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
<i>lidocaine (pf) injection solution</i>	45	<i>losartan-hydrochlorothiazide oral tablet 50-12.5 mg</i>	42	<i>malathion</i>	47
<i>lidocaine (pf) intravenous</i>	41	<i>losartan-hydrochlorothiazide oral tablet 100-12.5 mg, 100-25 mg</i>	42	<i>maprotiline</i>	39
<i>lidocaine-prilocaine topical cream</i>	45	LOTEMAX	60	<i>marlissa (28)</i>	57
<i>lidocaine topical adhesive patch, medicated 5%</i>	45	LOTEMAX SM	60	MARPLAN	39
<i>lidocaine topical ointment</i>	45	<i>lovastatin oral tablet 10 mg</i>	44	MARQIBO	29
<i>lidocaine viscous</i>	45	<i>lovastatin oral tablet 20 mg, 40 mg</i>	44	MATULANE	29
<i>lillow (28)</i>	57	<i>low-ogestrel (28)</i>	57	<i>matzim la</i>	42
<i>lincomycin</i>	24	<i>loxapine succinate</i>	39	<i>meclizine oral tablet 12.5 mg, 25 mg</i>	53
<i>lindane topical shampoo</i>	47	<i>lo-zumandimine (28)</i>	57	MEDROL ORAL TABLET 2 MG	49
<i>linezolid-0.9% sodium chloride</i>	24	<i>ludent fluoride oral tablet, chewable 1 mg (2.2 mg sod. fluoride)</i>	63	<i>medroxyprogesterone intramuscular</i>	56
<i>linezolid in dextrose 5%</i>	24	LUMAKRAS	29	<i>medroxyprogesterone oral</i>	56
<i>linezolid oral suspension for reconstitution</i>	24	LUMIGAN OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.01%	59	<i>mefloquine</i>	24
<i>linezolid oral tablet</i>	24	LUMIZYME	51	<i>megestrol oral suspension 400 mg/10 ml (40 mg/ml)</i>	29
LINZESS	53	LUMOXITI	29	<i>megestrol oral tablet 20 mg</i>	29
<i>liothyronine oral</i>	52	LUPRON DEPOT	29	<i>megestrol oral tablet 40 mg</i>	29
<i>lisinopril</i>	42	LUPRON DEPOT (3 MONTH)	29	MEKINIST ORAL TABLET 0.5 MG	29
<i>lisinopril-hydrochlorothiazide</i>	42	LUPRON DEPOT (4 MONTH)	29	MEKINIST ORAL TABLET 2 MG	29
<i>lithium carbonate</i>	39	LUPRON DEPOT (6 MONTH)	29	MEKTOVI	29
LIVALO	44	LUPRON DEPOT-PED	29	<i>meloxicam oral tablet 7.5 mg</i>	36
<i>l norgest/e.estradiol-e.estrad</i>	57	LUPRON DEPOT-PED (3 MONTH)	29	<i>meloxicam oral tablet 15 mg</i>	36
<i>lojaimiess</i>	57	<i>lutra (28)</i>	57	<i>melphalan hcl</i>	29
LONSURF ORAL TABLET 15-6.14 MG	29	LYNPARZA	29	<i>memantine oral capsule, sprinkle, er 24hr</i>	35
LONSURF ORAL TABLET 20-8.19 MG	29	LYSODREN	29	<i>memantine oral solution</i>	35
<i>loperamide oral capsule</i>	52	LYUMJEV KWIKPEN U-100 INSULIN	50	<i>memantine oral tablet 5 mg</i>	35
<i>lopinavir-ritonavir oral solution</i>	21	LYUMJEV KWIKPEN U-200 INSULIN	50	<i>memantine oral tablet 10 mg</i>	35
<i>lopinavir-ritonavir oral tablet 100-25 mg</i>	21	LYUMJEV U-100 INSULIN	50	<i>memantine oral tablets, dose pack</i>	35
<i>lopinavir-ritonavir oral tablet 200-50 mg</i>	21	<i>lyza</i>	56	MENACTRA (PF) INTRAMUSCULAR SOLUTION	54
<i>lorazepam injection</i>	39	M		MENQUADFI (PF)	54
<i>lorazepam intensol</i>	39	<i>magnesium sulfate in d5w intravenous piggyback 1 gram/100 ml</i>	62	MENVEO A-C-Y-W-135-DIP (PF)	54
<i>lorazepam oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i>	39	<i>magnesium sulfate injection</i>	62	<i>mercaptopurine</i>	29
LORBRENA ORAL TABLET 25 MG	29	<i>magnesium sulfate in water</i>	62	<i>meropenem</i>	24
LORBRENA ORAL TABLET 100 MG	29			<i>meropenem-0.9% sodium chloride</i>	24
<i>loryna (28)</i>	57			<i>merzee</i>	57
<i>losartan</i>	42			<i>mesalamine oral capsule, extended release 24hr</i>	53
				<i>mesalamine rectal enema</i>	53

Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
mesna	26	metoclopramide hcl oral solution	53	mometasone topical	47
MESNEX ORAL	26	metoclopramide hcl oral tablet	53	MONJUVI	29
metadate er	39	metolazone	42	mono-lyyah	57
metaproterenol oral syrup	61	metoprolol succinate	42	montelukast oral granules in packet	61
metformin oral solution	50	metoprolol ta-hydrochlorothiaz	42	montelukast oral tablet	61
metformin oral tablet 1,000 mg	50	metoprolol tartrate oral	42	montelukast oral tablet, chewable	61
metformin oral tablet 500 mg	50	metronidazole in nacl (iso-os)	24	morgidox oral capsule 100 mg	25
metformin oral tablet 850 mg	50	metronidazole oral tablet	24	morphine concentrate oral solution	36
metformin oral tablet extended release 24 hr 500 mg	50	metronidazole topical cream	45	MORPHINE INJECTION SOLUTION 2 MG/ML, 4 MG/ML, 5 MG/ML	36
metformin oral tablet extended release 24 hr 750 mg	50	metronidazole topical gel	46	morphine injection solution 10 mg/ml, 8 mg/ml	36
methadone injection solution	35	metronidazole topical gel with pump	46	MORPHINE INJECTION SYRINGE 2 MG/ML, 4 MG/ML	36
methadone oral concentrate	35	metronidazole topical lotion	46	morphine intravenous solution 10 mg/ml, 4 mg/ml, 8 mg/ml	36
methadone oral solution 5 mg/5 ml	36	metronidazole vaginal	56	morphine intravenous syringe	36
methadone oral solution 10 mg/5 ml	36	metyrosine	42	morphine oral solution	36
methadone oral tablet 5 mg	36	mexiletine	41	MORPHINE ORAL TABLET	36
methadone oral tablet 10 mg	36	mibelas 24 fe	57	morphine oral tablet extended release	36
methazolamide	59	microgestin 1.5/30 (21)	57	morphine (pf) injection solution 0.5 mg/ml, 1 mg/ml	36
methenamine hippurate	25	microgestin 1/20 (21)	57	MOVANTIK	53
methimazole oral tablet 10 mg, 5 mg	49	microgestin fe 1.5/30 (28)	57	moxifloxacin ophthalmic (eye) drops	59
methocarbamol oral	35	microgestin fe 1/20 (28)	57	moxifloxacin oral	25
methotrexate sodium injection	29	midodrine	48	moxifloxacin-sod.ace,sul-water	25
methotrexate sodium oral	29	miglustat	51	moxifloxacin-sod.chloride(iso)	25
methotrexate sodium (pf)	29	mili	57	MOZOBIL	54
methoxsalen	45	minitran	44	mupirocin	46
methyl dopa	42	minocycline oral capsule	25	mupirocin calcium	46
methylphenidate hcl oral tablet	39	minoxidil oral	42	MVASI	29
methylphenidate hcl oral tablet extended release	39	mirtazapine oral tablet	39	mycophenolate mofetil (hcl)	29
methylphenidate hcl oral tablet extended release 24hr 18 mg, 18 mg (bx rating), 27 mg, 27 mg (bx rating), 36 mg, 36 mg (bx rating), 54 mg, 54 mg (bx rating)	39	mirtazapine oral tablet, disintegrating	39	mycophenolate mofetil oral capsule	29
methylprednisolone	49	misoprostol	53	mycophenolate mofetil oral suspension for reconstitution	29
methylprednisolone acetate	49	MITIGARE	55	mycophenolate mofetil oral tablet	29
methylprednisolone sodium succ injection recon soln 125 mg, 40 mg	49	mitomycin intravenous	29	mycophenolate sodium	29
methylprednisolone sodium succ intravenous	49	mitoxantrone	29	MYLOTARG	29
		M-M-R II (PF)	54		
		M-NATAL PLUS	63		
		modafinil oral tablet 100 mg	39		
		modafinil oral tablet 200 mg	39		
		moexipril	42		
		molindone	39		

Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
MYRBETRIQ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR.....	61	NEUPRO	34	<i>norethindrone (contraceptive)</i>	56
N		<i>nevirapine oral suspension</i>	21	<i>norethindrone-e.estradiol-iron oral tablet 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7)</i>	58
<i>nabumetone</i>	36	<i>nevirapine oral tablet</i>	21	<i>norethindrone-e.estradiol-iron oral tablet, chewable</i>	58
<i>nadolol</i>	42	<i>nevirapine oral tablet extended release 24 hr 100 mg</i>	21	<i>norgestimate-ethinyl estradiol</i>	58
<i>nadolol-bendroflumethiazide oral tablet 80-5 mg</i>	42	<i>nevirapine oral tablet extended release 24 hr 400 mg</i>	21	NORLYDA	56
<i>nafcillin</i>	25	NEXAVAR.....	29	NORMOSOL-M IN 5% DEXTROSE	63
<i>nafcillin in dextrose iso-osm</i>	25	<i>niacin oral tablet extended release 24 hr</i>	44	NORMOSOL-R.....	62
NAGLAZYME	51	<i>nicardipine intravenous solution</i>	42	NORMOSOL-R IN 5% DEXTROSE	62
<i>naloxone injection solution</i>	36	<i>nicardipine oral</i>	42	NORTHERA ORAL CAPSULE 100 MG	48
<i>naloxone injection syringe 1 mg/ml</i>	36	NICOTROL	48	NORTHERA ORAL CAPSULE 200 MG, 300 MG	48
<i>naltrexone</i>	36	NICOTROL NS.....	48	<i>nortrel 0.5/35 (28)</i>	58
<i>naproxen oral suspension</i>	36	<i>nifedipine oral tablet extended release</i>	42	<i>nortrel 1/35 (21)</i>	58
<i>naproxen oral tablet</i>	36	<i>nifedipine oral tablet extended release 24hr</i>	42	<i>nortrel 1/35 (28)</i>	58
<i>naproxen oral tablet, delayed release (dr/ec)</i>	36	<i>nikki (28)</i>	58	<i>nortrel 7/7/7 (28)</i>	58
<i>naproxen sodium oral tablet 275 mg, 550 mg</i>	36	<i>nilutamide</i>	29	<i>nortriptyline</i>	39
<i>naratriptan</i>	34	<i>nimodipine</i>	42	NORVIR ORAL POWDER IN PACKET	21
NARCAN	36	NINLARO	29	NORVIR ORAL SOLUTION	21
NATACYN.....	59	NIPENT.....	29	NOVOFINE PEN NEEDLE	50
<i>nateglinide oral tablet 60 mg</i>	50	<i>nisoldipine</i>	42	NOVOTWIST PEN NEEDLE	50
<i>nateglinide oral tablet 120 mg</i>	50	<i>nitazoxanide</i>	24	NUBEQA	29
NATPARA.....	52	<i>nitisinone</i>	48	NUDEXTA.....	35
NAYZILAM.....	33	<i>nitrofurantoin</i>	25	NULOJIX	29
<i>necon 0.5/35 (28)</i>	58	<i>nitrofurantoin macrocrystal oral capsule 100 mg, 50 mg</i>	26	NUPLAZID ORAL CAPSULE.....	39
<i>nefazodone</i>	39	<i>nitrofurantoin monohyd/m-cryst</i>	26	NUPLAZID ORAL TABLET 10 MG	39
<i>neomycin</i>	24	<i>nitroglycerin intravenous</i>	44	NUZYRA INTRAVENOUS.....	25
<i>neomycin-bacitracin-poly-hc</i>	60	<i>nitroglycerin sublingual</i>	44	NUZYRA ORAL	25
<i>neomycin-bacitracin-polymyxin</i>	59	<i>nitroglycerin transdermal patch 24 hour</i>	44	<i>nyamyc</i>	46
<i>neomycin-polymyxin b-dexameth</i>	60	<i>nitroglycerin translingual</i>	44	NYLIA 7/7/7 (28).....	58
<i>neomycin-polymyxin b gu</i>	47	NIVESTYM	54	<i>nystatin oral suspension</i>	20
<i>neomycin-polymyxin-gramicidin</i>	59	<i>nora-be</i>	56	<i>nystatin oral tablet</i>	20
<i>neomycin-polymyxin-hc ophthalmic (eye)</i>	60	<i>noreth-ethinyl estradiol-iron</i>	58	<i>nystatin topical cream</i>	46
<i>neomycin-polymyxin-hc otic (ear)</i>	48	<i>norethindrone acetate</i>	56	<i>nystatin topical ointment</i>	46
<i>neo-polycin</i>	59	<i>norethindrone ac-eth estradiol oral tablet 1-20 mg-mcg, 1.5-30 mg-mcg</i>	58	<i>nystatin topical powder</i>	46
<i>neo-polycin hc</i>	60			<i>nystatin-triamcinolone</i>	46
NERLYNX	29			<i>nystop</i>	46

Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
O		<i>oseltamivir oral suspension for reconstitution</i>	21	<i>pantoprazole oral tablet, delayed release (dr/ec)</i>	53
OCALIVA	53	<i>oxacillin injection</i>	25	<i>paricalcitol oral</i>	52
<i>ocella</i>	58	<i>oxaliplatin</i>	30	<i>paromomycin</i>	24
OCREVUS	35	<i>oxandrolone oral tablet 2.5 mg</i>	52	<i>paroxetine hcl oral tablet 10 mg</i>	39
<i>octreotide acetate</i>	29	<i>oxandrolone oral tablet 10 mg</i>	52	<i>paroxetine hcl oral tablet 20 mg, 40 mg</i>	39
ODEFSEY	21	<i>oxaprozin</i>	36	<i>paroxetine hcl oral tablet 30 mg</i>	39
ODOMZO	30	<i>oxazepam</i>	39	PASER	24
OFEV	61	<i>oxcarbazepine</i>	33	PAXIL ORAL SUSPENSION	39
<i>ofloxacin ophthalmic (eye)</i>	59	OXERVATE	59	PEDIARIX (PF)	54
OGIVRI	30	<i>oxybutynin chloride oral syrup</i>	61	PEDVAX HIB (PF)	54
<i>olanzapine-fluoxetine</i>	39	<i>oxybutynin chloride oral tablet</i>	62	<i>peg 3350-electrolytes oral recon soln 236-22.74-6.74 -5.86 gram</i>	53
<i>olanzapine intramuscular</i>	39	<i>oxybutynin chloride oral tablet extended release 24hr</i>	62	PEGASYS SUBCUTANEOUS SOLUTION	54
<i>olanzapine oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg, 7.5 mg</i>	39	<i>oxycodone-acetaminophen oral tablet 10-325 mg, 2.5-325 mg, 5-325 mg, 7.5-325 mg</i>	36	PEGASYS SUBCUTANEOUS SYRINGE	54
<i>olanzapine oral tablet 15 mg, 20 mg</i>	39	<i>oxycodone oral concentrate</i>	36	<i>peg-electrolyte soln</i>	53
<i>olanzapine oral tablet, disintegrating 10 mg, 5 mg</i>	39	<i>oxycodone oral solution</i>	36	PEMAZYRE	30
<i>olanzapine oral tablet, disintegrating 15 mg, 20 mg</i>	39	<i>oxycodone oral tablet 5 mg</i>	36	<i>penicillamine</i>	55
<i>olmesartan</i>	42	<i>oxycodone oral tablet 10 mg, 15 mg, 20 mg, 30 mg</i>	36	<i>penicillin g potassium injection recon soln 20 million unit</i>	25
<i>olmesartan-hydrochlorothiazide</i>	42	<i>oxymorphone oral tablet extended release 12 hr</i>	36	<i>penicillin v potassium</i>	25
<i>olopatadine ophthalmic (eye)</i>	59	OZEMPIC SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 0.25 MG OR 0.5 MG(2 MG/1.5 ML)	51	PEN NEEDLE, DIABETIC NEEDLE 29 GAUGE X 1/2"	51
<i>omeprazole oral capsule, delayed release(dr/ec)</i>	53	OZEMPIC SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 1 MG/DOSE (2 MG/1.5 ML), 1 MG/DOSE (4 MG/3 ML)	51	PENTACEL (PF)	54
OMNIPOD DASH 5 PACK POD	51	P		<i>pentamidine inhalation</i>	24
OMNIPOD INSULIN REFILL	51	<i>pacerone oral tablet 100 mg, 400 mg</i>	41	<i>pentamidine injection</i>	24
<i>ondansetron</i>	53	<i>pacerone oral tablet 200 mg</i>	41	PENTASA	53
<i>ondansetron hcl intravenous</i>	53	<i>paclitaxel</i>	30	<i>pentoxifylline</i>	43
<i>ondansetron hcl oral solution</i>	53	PADCEV	30	PEPAXTO	30
<i>ondansetron hcl oral tablet</i>	53	<i>paliperidone oral tablet extended release 24hr 1.5 mg, 9 mg</i>	39	PERFOROMIST	61
<i>ondansetron hcl (pf)</i>	53	<i>paliperidone oral tablet extended release 24hr 3 mg, 6 mg</i>	39	PERIKABIVEN	63
ONIVYDE	30	<i>pamidronate</i>	52	<i>perindopril erbumine</i>	42
ONUREG	30			PERJETA	30
OPDIVO INTRAVENOUS SOLUTION 100 MG/10 ML, 240 MG/24 ML, 40 MG/4 ML	30			<i>permethrin</i>	47
<i>oralone</i>	48			<i>perphenazine</i>	40
ORGOVYX	30			<i>perphenazine-amitriptyline</i>	40
<i>orsythia</i>	58			PERSERIS	40
<i>oseltamivir oral capsule</i>	21			<i>pfizerpen-g</i>	25

Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
<i>phenelzine</i>	40	<i>posaconazole oral tablet, delayed release (dr/ec)</i>	20	<i>pramipexole oral tablet</i>	34
<i>phenobarbital oral elixir</i>	33	POTASSIUM CHLORID-D5-0.45%NACL INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 10 MEQ/L, 20 MEQ/L, 40 MEQ/L ..	62	<i>prasugrel</i>	43
<i>phenobarbital oral tablet</i>	33	<i>potassium chlorid-d5-0.45%nacl intravenous parenteral solution 30 meq/l</i>	62	<i>pravastatin</i>	44
<i>phenobarbital sodium injection solution</i>	33	<i>potassium chloride-0.45% nacl</i>	62	<i>praziquantel</i>	24
<i>phenoxybenzamine</i>	42	POTASSIUM CHLORIDE-D5-0.2%NACL INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 20 MEQ/L	62	<i>prazosin</i>	42
<i>phenytoin oral suspension 125 mg/5 ml</i>	33	POTASSIUM CHLORIDE-D5-0.3%NACL INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 20 MEQ/L	62	<i>prednicarbate topical ointment</i>	47
<i>phenytoin oral tablet, chewable</i>	33	POTASSIUM CHLORIDE-D5-0.9%NACL	63	<i>prednisolone acetate</i>	60
<i>phenytoin sodium extended</i>	33	<i>potassium chloride in 0.9%nacl intravenous parenteral solution 20 meq/l, 40 meq/l</i>	62	<i>prednisolone oral solution</i>	49
<i>phenytoin sodium intravenous solution</i>	33	<i>potassium chloride in 5% dex intravenous parenteral solution 20 meq/l</i>	62	<i>prednisolone sodium phosphate ophthalmic (eye)</i>	60
PHESGO	30	<i>potassium chloride in lr-d5 intravenous parenteral solution 20 meq/l</i>	62	<i>prednisolone sodium phosphate oral solution 25 mg/5 ml (5 mg/ml), 5 mg base/5 ml (6.7 mg/5 ml)</i>	49
<i>philith</i>	58	<i>potassium chloride intravenous</i>	62	<i>prednisone intensol</i>	49
PHOSLYRA	62	<i>potassium chloride in water intravenous piggyback 10 meq/100 ml, 10 meq/50 ml, 20 meq/100 ml, 20 meq/50 ml, 40 meq/100 ml</i>	62	<i>prednisone oral solution</i>	49
PIFELTRO	21	<i>potassium chloride oral capsule, extended release</i>	62	<i>prednisone oral tablet</i>	49
<i>pilocarpine hcl ophthalmic (eye) drops 1%, 2%, 4%</i>	59	<i>potassium chloride oral liquid</i>	62	<i>prednisone oral tablets, dose pack</i> ..	49
<i>pilocarpine hcl oral</i>	48	<i>potassium chloride oral packet</i>	62	<i>pregabalin oral capsule 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	33
<i>pimozide</i>	40	<i>potassium chloride oral tablet, er particles/crystals 10 meq, 20 meq</i> ..	62	<i>pregabalin oral capsule 200 mg</i>	33
<i>pimtree (28)</i>	58	<i>potassium chloride oral tablet extended release</i>	62	<i>pregabalin oral capsule 225 mg, 300 mg</i>	33
<i>pindolol</i>	42	<i>potassium chloride oral tablet</i>	62	<i>pregabalin oral solution</i>	33
<i>pioglitazone</i>	51	<i>potassium chloride oral tablet extended release</i>	62	PREMARIN INJECTION	56
<i>piperacillin-tazobactam</i>	25	<i>potassium citrate</i>	62	PREMARIN ORAL	56
PIQRAY	30	POTELIGEO	30	PREMARIN VAGINAL	56
PIRMELLA ORAL TABLET 0.5/0.75/1 MG- 35 MCG	58			PREMASOL 10%	63
<i>pirmella oral tablet 1-35 mg-mcg</i> ..	58			PREMPRO ORAL TABLET 0.45-1.5 MG, 0.625-2.5 MG, 0.625-5 MG ..	56
PLENAMINE	63			PRENATAL PLUS	63
PNV 29-1	63			PRENATAL VITAMIN PLUS LOW IRON	63
PNV-DHA	63			PREPLUS	63
PNV-OMEGA	63			PRETAB	63
PNV-SELECT	63			<i>prevalite oral powder in packet</i>	44
<i>podofilox</i>	45			<i>previfem</i>	58
POLIVY	30			PREVYMIS	21
<i>polycin</i>	59			PREZCOBIX	21
<i>polymyxin b sulf-trimethoprim</i>	59			PREZISTA ORAL SUSPENSION ..	21
POMALYST	30			PREZISTA ORAL TABLET 75 MG ..	21
<i>portia 28</i>	58			PREZISTA ORAL TABLET 150 MG ..	21
PORTRAZZA	30				

Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
PREZISTA ORAL TABLET 600 MG	21	<i>promethazine oral</i>	60	<i>rалoxifene</i>	55
PREZISTA ORAL TABLET 800 MG	21	<i>propafenone</i>	41	<i>ramipril</i>	42
PRIFTIN	24	<i>propranolol-hydrochlorothiazid</i>	42	<i>ranolazine</i>	44
PRIMAQUINE	24	<i>propranolol oral capsule, extended release 24 hr</i>	42	<i>rasagiline</i>	34
<i>primidone</i>	33	<i>propranolol oral solution</i>	42	RAYALDEE	52
PRIVIGEN	54	<i>propranolol oral tablet</i>	42	<i>reclipsen (28)</i>	58
PR NATAL 400	63	<i>propylthiouracil</i>	49	RECOMBIVAX HB (PF)	54
PR NATAL 400 EC	63	PROQUAD (PF)	54	RECTIV	53
PR NATAL 430	63	PROSOL 20%	63	REGONOL	35
PR NATAL 430 EC	63	<i>protriptyline</i>	40	REGRANEX	45
<i>probenecid</i>	55	PULMOZYME	61	REMICADE	53
<i>probenecid-colchicine</i>	55	PURIXAN	30	RENACIDIN	62
PROCALAMINE 3%	63	<i>pyrazinamide</i>	24	<i>repaglinide oral tablet 0.5 mg</i>	51
<i>prochlorperazine</i>	53	<i>pyridostigmine bromide oral syrup</i>	35	<i>repaglinide oral tablet 1 mg</i>	51
<i>prochlorperazine edisylate</i>	53	<i>pyridostigmine bromide oral tablet 60 mg</i>	35	<i>repaglinide oral tablet 2 mg</i>	51
<i>prochlorperazine maleate</i>	53	<i>pyridostigmine bromide oral tablet extended release</i>	35	REPATHA PUSHTRONEX	44
PROCRIT INJECTION SOLUTION 10,000 UNIT/ML, 2,000 UNIT/ML, 20,000 UNIT/ML, 3,000 UNIT/ML, 4,000 UNIT/ML, 40,000 UNIT/ML	54	<i>pyrimethamine</i>	24	REPATHA SURECLICK	44
<i>procto-med hc</i>	53	Q		REPATHA SYRINGE	44
<i>procto-pak</i>	53	QINLOCK	30	RESTASIS	59
<i>proctosol hc topical</i>	53	QUADRACEL (PF)	54	RESTASIS MULTIDOSE	59
<i>proctozone-hc</i>	53	<i>quetiapine oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	40	RETEVMO ORAL CAPSULE 40 MG	30
<i>progesterone micronized</i>	56	<i>quetiapine oral tablet 200 mg</i>	40	RETEVMO ORAL CAPSULE 80 MG	30
PROGRAF INTRAVENOUS	30	<i>quetiapine oral tablet 300 mg, 400 mg</i>	40	RETROVIR INTRAVENOUS	21
PROGRAF ORAL GRANULES IN PACKET	30	<i>quetiapine oral tablet extended release 24 hr 150 mg, 200 mg</i>	40	REVLIMID	30
PROLASTIN-C INTRAVENOUS RECON SOLN	48	<i>quetiapine oral tablet extended release 24 hr 300 mg, 400 mg, 50 mg</i>	40	REXULTI	40
PROLASTIN-C INTRAVENOUS SOLUTION	48	<i>quinapril</i>	42	REYATAZ ORAL POWDER IN PACKET	22
PROLENSA	59	<i>quinapril-hydrochlorothiazide</i>	42	RHOPRESSA	59
PROLEUKIN	54	<i>quinidine sulfate oral tablet</i>	41	<i>ribavirin oral capsule</i>	22
PROLIA	55	<i>quinine sulfate</i>	24	<i>ribavirin oral tablet 200 mg</i>	22
PROMACTA ORAL POWDER IN PACKET 12.5 MG	43	R		<i>rifabutin</i>	24
PROMACTA ORAL POWDER IN PACKET 25 MG	43	RABAVERT (PF)	54	<i>rifampin</i>	24
PROMACTA ORAL TABLET 12.5 MG, 25 MG, 50 MG	43			<i>riluzole</i>	48
PROMACTA ORAL TABLET 75 MG	43			<i>rimantadine</i>	22
				<i>ringer's intravenous</i>	63
				<i>ringer's irrigation</i>	47
				RINVOQ	55
				RISPERDAL CONSTA	40

Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
<i>risperidone oral solution</i>	40	RYBREVANT.....	30	<i>simvastatin oral tablet</i>	44
<i>risperidone oral tablet</i> 0.25 mg, 0.5 mg, 4 mg.....	40	RYDAPT.....	30	<i>sirolimus oral solution</i>	30
<i>risperidone oral tablet 1 mg</i>	40	RYTARY.....	34	<i>sirolimus oral tablet</i>	30
<i>risperidone oral tablet 2 mg</i>	40	S		SIRTURO.....	24
<i>risperidone oral tablet 3 mg</i>	40	SAMSCA ORAL TABLET 15 MG.....	52	SIVEXTRO INTRAVENOUS.....	24
<i>risperidone oral tablet,</i> <i>disintegrating 0.25 mg,</i> <i>0.5 mg, 4 mg</i>	40	SANCUSO.....	53	SIVEXTRO ORAL.....	24
<i>risperidone oral tablet,</i> <i>disintegrating 1 mg</i>	40	SANDIMMUNE ORAL SOLUTION.....	30	SKYRIZI SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR.....	45
<i>risperidone oral tablet,</i> <i>disintegrating 2 mg</i>	40	SANTYL.....	45	SKYRIZI SUBCUTANEOUS SYRINGE 150 MG/ML.....	45
<i>risperidone oral tablet,</i> <i>disintegrating 3 mg</i>	40	<i>sapropterin</i>	52	SKYRIZI SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT.....	45
<i>ritonavir</i>	22	SARCLISA.....	30	<i>sodium bicarbonate intravenous</i> <i>syringe 10 meq/10 ml (8.4%), 7.5%</i> <i>(0.9 meq/ml), 8.4% (1 meq/ml)</i>	63
<i>rivastigmine</i>	35	<i>scopolamine base</i>	53	<i>sodium chloride 0.9% intravenous</i> ..	48
<i>rivastigmine tartrate</i>	35	SECUADO.....	40	<i>sodium chloride 0.45%</i> <i>intravenous parenteral solution</i>	63
<i>rivelsa</i>	58	<i>selegiline hcl</i>	34	<i>sodium chloride 3%</i>	63
<i>rizatriptan oral tablet</i>	34	<i>selenium sulfide topical lotion</i>	44	<i>sodium chloride 5%</i>	63
<i>rizatriptan oral tablet, disintegrating</i>	34	SELZENTRY ORAL SOLUTION.....	22	<i>sodium chloride intravenous</i>	63
ROCKLATAN.....	59	SELZENTRY ORAL TABLET 25 MG.....	22	<i>sodium chloride irrigation</i>	48
ROMIDEPSIN INTRAVENOUS SOLUTION.....	30	SELZENTRY ORAL TABLET 150 MG, 75 MG.....	22	<i>sodium chloride 3%</i>	63
<i>ropinirole oral tablet</i>	34	SELZENTRY ORAL TABLET 300 MG.....	22	<i>sodium chloride 5%</i>	63
<i>ropinirole oral tablet</i> <i>extended release 24 hr</i>	34	SE-NATAL-19.....	63	<i>sodium chloride intravenous</i>	63
<i>rosadan topical cream</i>	46	SE-NATAL 19 CHEWABLE.....	63	<i>sodium chloride irrigation</i>	48
<i>rosadan topical gel</i>	46	SEREVENT DISKUS.....	61	<i>sodium phenylbutyrate</i>	48
<i>rosuvastatin</i>	44	<i>sertraline oral concentrate</i>	40	<i>sodium polystyrene sulfonate</i> <i>oral powder</i>	48
ROTARIX.....	54	<i>sertraline oral tablet</i>	40	<i>solifenacin</i>	62
ROTATEQ VACCINE.....	54	<i>setlakin</i>	58	SOLQUA 100/33.....	51
<i>roweepra oral tablet 500 mg</i>	33	<i>sevelamer carbonate</i> <i>oral powder in packet</i>	48	SOLTAMOX.....	30
ROZLYTREK ORAL CAPSULE 100 MG.....	30	<i>sevelamer carbonate oral tablet</i>	48	SOLU-CORTEF ACT-O-VIAL (PF)..	49
ROZLYTREK ORAL CAPSULE 200 MG.....	30	<i>sharobel</i>	56	SOMATULINE DEPOT.....	30
RUBRACA.....	30	SHINGRIX (PF).....	54	SOMAVERT.....	52
<i>rufinamide</i>	33	SIGNIFOR.....	30	<i>sorine</i>	41
RUKOBIA.....	22	<i>sildenafil (pulm.hypertension)</i> <i>oral tablet</i>	61	<i>sotalol af</i>	41
RUXIENCE.....	30	<i>silver sulfadiazine</i>	45	<i>sotalol oral</i>	41
RYBELSUS.....	51	SIMBRINZA.....	59	SOTYLIZE.....	41
		<i>simliya (28)</i>	58	SOVALDI ORAL TABLET 400 MG..	22
		<i>simpesse</i>	58	<i>spironolactone</i>	42
		SIMULECT.....	30	<i>spironolacton-hydrochlorothiaz</i>	42
				<i>sprintec (28)</i>	58
				SPRITAM.....	33
				SPRYCEL ORAL TABLET 20 MG, 70 MG.....	30

Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
SPRYCEL ORAL TABLET 100 MG, 140 MG, 50 MG, 80 MG... 30		<i>sumatriptan succinate subcutaneous cartridge</i> 34		<i>tarina fe 1/20 (28)</i> 58	
<i>sps (with sorbitol)</i> 48		<i>sumatriptan succinate subcutaneous pen injector</i> 34		<i>tarina fe 1-20 eq (28)</i> 58	
<i>sronyx</i> 58		<i>sumatriptan succinate subcutaneous solution</i> 34		TARON-C DHA 63	
SSD 45		<i>sunitinib</i> 30		TASIGNA ORAL CAPSULE 50 MG .31	
STAMARIL (PF) 54		SUPREP BOWEL PREP KIT 53		TASIGNA ORAL CAPSULE 150 MG, 200 MG 31	
<i>stavudine oral capsule</i> 22		SUTAB 53		<i>tazarotene topical cream</i> 46	
STELARA INTRAVENOUS 45		SUTENT 30		<i>tazicef</i> 23	
STELARA SUBCUTANEOUS SOLUTION 45		<i>syeda</i> 58		TAZORAC TOPICAL CREAM 0.05% 46	
STELARA SUBCUTANEOUS SYRINGE 45 MG/0.5 ML 45		SYMPAZAN 33		TAZORAC TOPICAL GEL 46	
STELARA SUBCUTANEOUS SYRINGE 90 MG/ML 45		SYMTUZA 22		<i>taztia xt oral capsule, extended release 24 hr 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg</i> 42	
STIVARGA 30		SYNAREL 52		TAZVERIK 31	
<i>streptomycin</i> 24		SYNERCID 24		TDVAX 54	
STRIBILD 22		SYNJARDY 51		TECENTRIQ 31	
<i>subvenite</i> 33		SYNJARDY XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 10-1,000 MG, 12.5-1,000 MG, 5-1,000 MG 51		TECHLITE INSULIN SYRINGE 51	
<i>subvenite starter (blue) kit</i> 33		SYNJARDY XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 25-1,000 MG . 51		TECHLITE INSULN SYR (HALF UNIT) 51	
<i>subvenite starter (green) kit</i> 33		SYNRIBO 30		TECHLITE PEN NEEDLE 51	
<i>subvenite starter (orange) kit</i> 33		SYNTHROID 52		TEFLARO 23	
<i>sucralfate oral suspension</i> 53				<i>telmisartan</i> 42	
<i>sucralfate oral tablet</i> 53				<i>temazepam oral capsule 15 mg, 30 mg</i> 40	
<i>sulfacetamide-prednisolone</i> 59				TEMIXYS 22	
<i>sulfacetamide sodium (acne)</i> 46				TEMODAR INTRAVENOUS 31	
<i>sulfacetamide sodium ophthalmic (eye) drops</i> 59				<i>temsirolimus</i> 31	
<i>sulfadiazine</i> 25				TENIVAC (PF) 54	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim intravenous</i> 25				<i>tenofovir disoproxil fumarate</i> 22	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim oral suspension</i> 25				TEPMETKO 31	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim oral tablet</i> 25				<i>terazosin oral capsule 1 mg, 2 mg, 5 mg</i> 42	
<i>sulfasalazine</i> 53				<i>terazosin oral capsule 10 mg</i> 43	
<i>sulindac</i> 36				<i>terbinafine hcl oral</i> 20	
<i>sumatriptan nasal spray, non-aerosol 5 mg/actuation</i> 34				<i>terbutaline</i> 61	
<i>sumatriptan nasal spray, non-aerosol 20 mg/actuation</i> 34				<i>terconazole</i> 56	
<i>sumatriptan succinate oral</i> 34				TERIPARATIDE 55	
				<i>testosterone cypionate intramuscular oil 100 mg/ml, 200 mg/ml, 200 mg/ml (1 ml)</i> 52	
				<i>testosterone enanthate</i> 52	

Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
<i>testosterone transdermal gel</i>	52	<i>tobramycin in 0.225% nacl</i>	24	<i>tretinoin microspheres</i>	
<i>testosterone transdermal gel</i>		<i>tobramycin ophthalmic (eye)</i>	59	<i>topical gel 0.1%</i>	46
<i>in metered-dose pump</i>		<i>tobramycin sulfate</i>	24	<i>tretinoin microspheres</i>	
<i>12.5 mg/ 1.25 gram (1%)</i>	52	<i>tolterodine oral capsule,</i>		<i>topical gel with pump 0.1%</i>	46
<i>testosterone transdermal gel</i>		<i>extended release 24hr</i>	62	<i>tretinoin topical cream</i>	46
<i>in packet 1% (25 mg/2.5gram),</i>		<i>tolterodine oral tablet</i>	62	<i>tretinoin topical gel 0.01%</i>	46
<i>1% (50 mg/5 gram)</i>	52	<i>tolvaptan oral tablet 30 mg</i>	52	<i>tretinoin topical gel 0.025%, 0.05%</i>	46
TETANUS,DIPHThERIA		<i>topiramate oral capsule, sprinkle</i>	33	<i>triamcinolone acetonide dental</i>	48
TOX PED(PF)	54	<i>topiramate oral tablet</i>	33	<i>triamcinolone acetonide</i>	
<i>tetrabenazine oral tablet 12.5 mg</i>	35	<i>toposar</i>	31	<i>injection suspension 40 mg/ml</i>	49
<i>tetrabenazine oral tablet 25 mg</i>	35	<i>topotecan intravenous recon soln</i>	31	<i>triamcinolone acetonide</i>	
<i>tetracycline</i>	25	<i>topotecan intravenous</i>		<i>topical cream 0.1%</i>	47
THALOMID ORAL CAPSULE		<i>solution 4 mg/4 ml (1 mg/ml)</i>	31	<i>triamcinolone acetonide</i>	
100 MG, 150 MG, 50 MG	31	<i>toremifene</i>	31	<i>topical cream 0.025%, 0.5%</i>	47
THALOMID ORAL		<i>torseמידe oral</i>	43	<i>triamcinolone acetonide</i>	
CAPSULE 200 MG	31	TOUJEO MAX U-300 SOLOSTAR	51	<i>topical lotion</i>	47
THEO-24	61	TOUJEO SOLOSTAR		<i>triamcinolone acetonide topical</i>	
<i>theophylline oral tablet extended</i>		U-300 INSULIN	51	<i>ointment 0.025%, 0.1%, 0.5%</i>	47
<i>release 12 hr 300 mg, 450 mg</i>	61	TRADJENTA	51	<i>triamterene-hydrochlorothiazid</i>	
<i>theophylline oral tablet</i>		<i>tramadol-acetaminophen</i>	36	<i>oral capsule 37.5-25 mg</i>	43
<i>extended release 24 hr</i>	61	<i>tramadol oral tablet 50 mg</i>	36	<i>triamterene-hydrochlorothiazid</i>	
<i>thioridazine</i>	40	<i>trandolapril</i>	43	<i>oral tablet</i>	43
<i>thiotepa</i>	31	<i>tranexamic acid oral</i>	56	<i>triderm topical cream 0.1%</i>	47
<i>thiothixene</i>	40	<i>tranylcypromine</i>	40	<i>trientine</i>	48
<i>tiadylt er</i>	43	TRAVASOL 10%	63	<i>tri-estarylla</i>	58
<i>tiagabine</i>	33	<i>travoprost</i>	60	<i>tri femynor</i>	58
TIBSOVO	31	TRAZIMERA INTRAVENOUS		<i>trifluoperazine oral tablet 1 mg</i>	40
TICE BCG	54	RECON SOLN 420 MG	31	<i>trifluoperazine oral tablet</i>	
<i>tigecycline</i>	24	<i>trazodone oral tablet</i>		<i>10 mg, 2 mg, 5 mg</i>	40
TILIA FE	58	<i>100 mg, 150 mg, 50 mg</i>	40	<i>trifluridine</i>	59
<i>timolol maleate ophthalmic</i>		<i>trazodone oral tablet 300 mg</i>	40	TRIJARDY XR ORAL TABLET,	
<i>(eye) drops</i>	59	TREANDA	31	IR - ER, BIPHASIC 24HR	
<i>timolol maleate ophthalmic</i>		TRECTOR	24	10-5-1,000 MG, 25-5-1,000 MG	51
<i>(eye) gel forming solution</i>	59	TRELEGY ELLIPTA	61	TRIJARDY XR ORAL TABLET,	
<i>timolol maleate oral</i>	43	TRELSTAR INTRAMUSCULAR		IR - ER, BIPHASIC 24HR 12.5-	
<i>tis-u-sol pentalyte</i>	47	SUSPENSION FOR		2.5-1,000 MG, 5-2.5-1,000 MG	51
TIVICAY ORAL TABLET 10 MG	22	RECONSTITUTION	31	TRIKAFTA ORAL TABLETS,	
TIVICAY ORAL TABLET		TRESIBA FLEXTOUCH U-100	51	SEQUENTIAL 50-25-37.5 MG	
25 MG, 50 MG	22	TRESIBA FLEXTOUCH U-200	51	(D)/75 MG (N)	61
TIVICAY PD	22	TRESIBA U-100 INSULIN	51	TRIKAFTA ORAL TABLETS,	
<i>tizanidine oral tablet</i>	35	<i>tretinoin (antineoplastic)</i>	31	SEQUENTIAL 100-50-75 MG	
<i>tobramycin-dexamethasone</i>	60			(D) /150 MG (N)	61
				<i>tri-legest fe</i>	58
				<i>tri-linyah</i>	58

Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
<i>tri-lo-estarylla</i>	58	U		<i>vancomycin oral capsule 250 mg</i> ...	24
TRI-LO-MARZIA.....	58	UKONIQ	31	VANCOMYCIN-WATER	
<i>tri-lo-mili</i>	58	<i>unithroid</i>	52	INJECT (PEG)	24
<i>tri-lo-sprintec</i>	58	UNITUXIN	31	<i>vandazole</i>	56
<i>trilyte with flavor packets</i>	53	UPTRAVI ORAL.....	43	VAQTA (PF).....	54
<i>trimethoprim</i>	26	<i>ursodiol oral capsule 300 mg</i>	53	VARIVAX (PF).....	54
<i>tri-mili</i>	58	<i>ursodiol oral tablet</i>	53	VARIZIG	54
<i>trimipramine</i>	40	V		VASCEPA.....	44
TRINATAL RX 1	63	<i>valacyclovir oral tablet 1 gram</i>	22	VECTIBIX.....	31
TRINTELLIX	40	<i>valacyclovir oral tablet 500 mg</i>	22	VELCADE	31
<i>tri-nymyo</i>	58	VALCHLOR.....	45	<i>velivet triphasic regimen (28)</i>	58
<i>tri-previfem (28)</i>	58	<i>valganciclovir oral recon soln</i>	22	VELPHORO.....	48
TRIPTODUR.....	31	<i>valganciclovir oral tablet</i>	22	VELTASSA.....	48
<i>tri-sprintec (28)</i>	58	<i>valproate sodium</i>	33	VEMLIDY	22
TRIUMEQ.....	22	<i>valproic acid</i>	33	VENCLEXTA ORAL	
TRIVEEN-DUO DHA.....	64	<i>valproic acid (as sodium salt)</i>		TABLET 10 MG	31
<i>trivora (28)</i>	58	<i>oral solution 250 mg/5 ml</i>	33	VENCLEXTA ORAL	
<i>tri-vylibra</i>	58	<i>valrubicin</i>	31	TABLET 50 MG	31
<i>tri-vylibra lo</i>	58	<i>valsartan-hydrochlorothiazide</i>	43	VENCLEXTA ORAL	
TRODELVY	31	<i>valsartan oral tablet</i>		TABLET 100 MG	31
TROGARZO	22	<i>160 mg, 40 mg, 80 mg</i>	43	VENCLEXTA ORAL	
TROPHAMINE 10%	63	<i>valsartan oral tablet 320 mg</i>	43	TABLET 50 MG	31
TRULICITY	51	VALTOCO.....	33	VENCLEXTA ORAL	
TRUMENBA	54	VANCOMYCIN IN 0.9%		TABLET 100 MG	31
TRUSELTIQ ORAL CAPSULE		SODIUM CHL INTRAVENOUS		VENCLEXTA STARTING PACK ...	31
100 MG/DAY (100 MG X 1),		PIGGYBACK.....	24	<i>venlafaxine oral capsule,</i>	
75 MG/DAY (25 MG X 3).....	31	VANCOMYCIN IN DEXTROSE 5%		<i>extended release 24hr 75 mg</i>	40
TRUSELTIQ ORAL CAPSULE		INTRAVENOUS PIGGYBACK		<i>venlafaxine oral capsule, extended</i>	
125 MG/DAY(100 MG X1-25MG X1),		1 GRAM/200 ML, 750 MG/150 ML ..	24	<i>release 24hr 150 mg, 37.5 mg</i>	40
50 MG/DAY (25 MG X 2).....	31	<i>vancomycin in dextrose 5%</i>		<i>venlafaxine oral tablet</i>	
TRUXIMA.....	31	<i>intravenous piggyback</i>		<i>50 mg, 75 mg</i>	40
TUKYSA ORAL TABLET 50 MG ...	31	<i>500 mg/100 ml</i>	24	<i>venlafaxine oral tablet</i>	
TUKYSA ORAL TABLET 150 MG ...	31	<i>vancomycin injection</i>	24	<i>100 mg, 25 mg, 37.5 mg</i>	40
TULANA.....	56	<i>vancomycin intravenous recon</i>		VENTAVIS	61
TURALIO	31	<i>soln 1,000 mg, 10 gram, 250 mg,</i>		VENTOLIN HFA.....	61
TWINRIX (PF).....	54	<i>5 gram, 500 mg, 750 mg</i>	24	<i>verapamil intravenous solution</i>	43
<i>tyblume</i>	58	VANCOMYCIN INTRAVENOUS		<i>verapamil oral capsule,</i>	
<i>tydemy</i>	58	RECON SOLN 1.25 GRAM,		<i>24 hr er pellet ct</i>	43
TYMLOS.....	55	1.5 GRAM	24	<i>verapamil oral capsule,</i>	
TYPHIM VI.....	54	<i>vancomycin oral capsule 125 mg</i> ...	24	<i>ext rel. pellets 24 hr</i>	
				<i>120 mg, 180 mg, 240 mg</i>	43
				VERAPAMIL ORAL CAPSULE,	
				EXT REL. PELLETS	
				24 HR 360 MG	43
				<i>verapamil oral tablet</i>	43
				<i>verapamil oral tablet</i>	
				<i>extended release</i>	43

Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
VERQUVO.....	44	VIVITROL.....	37	XCOPRI TITRATION PACK ORAL TABLETS,DOSE PACK 12.5 MG (14)- 25 MG (14), 150 MG (14)- 200 MG (14).....	34
VERSACLOZ.....	40	VIZIMPRO.....	31	XCOPRI TITRATION PACK ORAL TABLETS,DOSE PACK 50 MG (14)- 100 MG (14).....	34
VERZENIO.....	31	<i>volnea (28)</i>	58	XELJANZ ORAL SOLUTION.....	55
<i>vestura (28)</i>	58	<i>voriconazole intravenous</i>	20	XELJANZ ORAL TABLET.....	55
V-GO 20.....	51	<i>voriconazole oral suspension for reconstitution</i>	20	XELJANZ XR.....	55
V-GO 30.....	51	<i>voriconazole oral tablet</i>	20	XGEVA.....	26
V-GO 40.....	51	VOSEVI.....	22	XIAFLEX.....	48
VICTOZA 3-PAK.....	51	VOTRIENT.....	31	XIFAXAN ORAL TABLET 550 MG ..	24
<i>vienva</i>	58	VP-PNV-DHA.....	64	XOLAIR SUBCUTANEOUS RECON SOLN.....	61
<i>vigabatin</i>	33	VRAYLAR ORAL CAPSULE.....	40	XOLAIR SUBCUTANEOUS SYRINGE 75 MG/0.5 ML.....	61
<i>vigadrone</i>	33	VRAYLAR ORAL CAPSULE, DOSE PACK.....	40	XOLAIR SUBCUTANEOUS SYRINGE 150 MG/ML.....	61
VIIBRYD ORAL TABLET.....	40	<i>vyfemla (28)</i>	58	XOSPATA.....	32
VIIBRYD ORAL TABLETS, DOSE PACK 10 MG (7)- 20 MG (23).....	40	<i>vylibra</i>	58	XPOVIO.....	32
VIMPAT INTRAVENOUS.....	33	VYNDAMAX.....	44	XTAMPZA ER.....	36
VIMPAT ORAL SOLUTION.....	33	VYNDAMAX.....	44	XTANDI ORAL CAPSULE.....	32
VIMPAT ORAL TABLET 50 MG.....	33	VYNDAMAX.....	44	XTANDI ORAL TABLET 40 MG.....	32
VIMPAT ORAL TABLET 100 MG, 150 MG, 200 MG.....	33	VYNDAMAX.....	44	XTANDI ORAL TABLET 80 MG.....	32
<i>vinblastine</i>	31	VYNDAMAX.....	44	XULTOPHY 100/3.6.....	51
<i>vincasar pfs</i>	31	VYNDAMAX.....	44	XYREM.....	40
<i>vincristine</i>	31	VYNDAMAX.....	44		
<i>vinorelbine</i>	31	VYNDAMAX.....	44	Y	
VIOKACE.....	53	VYNDAMAX.....	44	YERVOY.....	32
VIORELE (28).....	58	VYNDAMAX.....	44	YF-VAX (PF).....	54
VIRACEPT ORAL TABLET 250 MG.....	22	VYNDAMAX.....	44	YONDELIS.....	32
VIRACEPT ORAL TABLET 625 MG.....	22	VYNDAMAX.....	44	<i>yuvafem</i>	56
VIREAD ORAL POWDER.....	22	VYNDAMAX.....	44		
VIREAD ORAL TABLET 150 MG, 200 MG, 250 MG.....	22	VYNDAMAX.....	44	Z	
VIRT-C DHA.....	64	VYNDAMAX.....	44	<i>zafirlukast</i>	61
VIRT-NATE DHA.....	64	VYNDAMAX.....	44	<i>zaleplon oral capsule 5 mg</i>	40
VIRT-PN DHA.....	64	VYNDAMAX.....	44	<i>zaleplon oral capsule 10 mg</i>	40
VIRT-PN PLUS.....	64	VYNDAMAX.....	44	ZALTRAP.....	32
VITRAKVI ORAL CAPSULE 25 MG.....	31	VYNDAMAX.....	44	ZANOSAR.....	32
VITRAKVI ORAL CAPSULE 100 MG.....	31	VYNDAMAX.....	44	<i>zarah</i>	58
VITRAKVI ORAL SOLUTION.....	31	VYNDAMAX.....	44		
		W			
		<i>warfarin</i>	43		
		<i>water for irrigation, sterile</i>	48		
		<i>wera (28)</i>	58		
		<i>wymzya fe</i>	58		
		X			
		XALKORI.....	32		
		XARELTO.....	43		
		XARELTO DVT-PE TREAT 30D START.....	43		
		XATMEP.....	32		
		XCOPRI MAINTENANCE PACK ORAL TABLET 250MG/DAY (150 MG X1-100MG X1).....	34		
		XCOPRI MAINTENANCE PACK ORAL TABLET 350 MG/DAY (200 MG X1-150MG X1).....	34		
		XCOPRI ORAL TABLET 50 MG.....	34		
		XCOPRI ORAL TABLET 100 MG.....	34		
		XCOPRI ORAL TABLET 150 MG, 200 MG.....	34		

Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
ZARXIO	54	<i>zovia 1-35 (28)</i>	58		
ZATEAN-PN DHA	64	<i>zovia 1/35e (28)</i>	58		
ZATEAN-PN PLUS	64	ZTLIDO	45		
ZEJULA	32	ZUBSOLV SUBLINGUAL TABLET 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	37		
ZELBORAF	32	ZUBSOLV SUBLINGUAL TABLET 8.6-2.1 MG	37		
ZENPEP ORAL CAPSULE, DELAYED RELEASE(DR/EC) 10,000-32,000 -42,000 UNIT, 15,000-47,000 -63,000 UNIT, 20,000-63,000- 84,000 UNIT, 25,000-79,000- 105,000 UNIT, 3,000-10,000 -14,000-UNIT, 40,000-126,000- 168,000 UNIT, 5,000-17,000- 24,000 UNIT	53	<i>zumandimine (28)</i>	58		
ZEPZELCA	32	ZYDELIG	32		
<i>zidovudine oral capsule</i>	22	ZYKADIA ORAL TABLET	32		
<i>zidovudine oral syrup</i>	22	ZYNLONTA	32		
<i>zidovudine oral tablet</i>	22	ZYPREXA RELPREVV INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 210 MG, 300 MG	41		
ZIEXTENZO	54	ZYPREXA RELPREVV INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 405 MG	41		
<i>ziprasidone hcl oral capsule 20 mg</i> .	40				
<i>ziprasidone hcl oral capsule 40 mg</i> .	40				
<i>ziprasidone hcl oral capsule 60 mg, 80 mg</i>	40				
<i>ziprasidone mesylate</i>	40				
ZIRABEV	32				
ZIRGAN	59				
ZOLADEX	32				
<i>zoledronic acid intravenous solution</i>	52				
<i>zoledronic acid-mannitol-water intravenous piggyback 4 mg/100 ml.</i>	52				
<i>zoledronic acid-mannitol-water intravenous piggyback 5 mg/100 ml.</i>	48				
<i>zoledronic ac-mannitol-0.9nacl</i>	52				
ZOLINZA	32				
<i>zolpidem oral tablet</i>	40				
<i>zonisamide</i>	34				
ZORTRESS ORAL TABLET 1 MG .	32				
ZOSTAVAX (PF)	54				
ZOSYN IN DEXTROSE (ISO-OSM)	25				

Notificación Contra la Discriminación: La Discriminación es Contra la Ley

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

Cigna:

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

Si necesita recibir estos servicios, comuníquese con Customer Service, al 1-800-222-6700 (TTY 711), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los siete días de la semana. Puede que nuestro sistema telefónico automático conteste sus llamadas durante los fines de semana del 1 de abril al 30 de septiembre.

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

Cigna – Grievance
PO Box 269005
Weston, FL 33326-9927
Teléfono: 1-800-222-6700 (TTY 711) Fax: 1-800-735-1469.

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

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

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)
Puede obtener los formularios de reclamo en el sitio web <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

Todos los productos y servicios de Cigna se brindan exclusivamente por o a través de subsidiarias operativas de Cigna Corporation. El nombre de Cigna, los logotipos, y otras marcas de Cigna son propiedad de Cigna Intellectual Property, Inc. ATTENTION: If you speak languages other than English, language assistance services, free of charge are available to you. Call 1-800-222-6700 (TTY 711), 8 am – 8 pm, 7 days a week. ATENCIÓN: si usted habla un idioma que no sea inglés, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-800-222-6700 (TTY 711), 8 a.m. – 8 p.m., 7 días de la semana.

Multi-language Interpreter Services

English – ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge are available to you. Call **1-800-222-6700** (TTY 711).

Spanish – ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al **1-800-222-6700** (TTY 711).

Chinese – 注意: 如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 **1-800-222-6700** (TTY 711)。

Tiếng Việt (Vietnamese) – CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số **1-800-222-6700** (TTY: 711).

French Creole – ATANSYON: Si w pale Kreyol Ayisyen, gen sevis ed pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele **1-800-222-6700** (TTY: 711).

Korean – 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. **1-800-222-6700** (TTY: 711) 번으로 전화해 주십시오.

Polish – UWAGA: Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer **1-800-222-6700** (TTY: 711).

French – ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le **1-800-222-6700** (ATS : 711).

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

Russian – ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните **1-800-222-6700** (телетайп: 711).

Tagalog – PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa **1-800-222-6700** (TTY: 711).

Farsi/Persian - توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می باشد. با **1-800-222-6700** (TTY:711) تماس بگیرید.

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

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

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

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

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

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

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



1-800-222-6700 (TTY 711)

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



CignaMedicare.com