

# LISTA DE MEDICAMENTOS COMPLETA (Formulario) DE CIGNA PARA 2022

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

## **Planes de cobertura**

Cigna Preferred Medicare (HMO)

Cigna Preferred Medicare (PPO)

Cigna True Choice Medicare (PPO)



HPMS Approved Formulary File Submission ID 22234, Version Number 17

Fecha de actualización: 12/01/2022. Para obtener información más reciente o si tiene otras preguntas, comuníquese con Servicio al Cliente de Cigna al 1-800-668-3813 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes. Se usa un servicio de mensajes los fines de semana, fuera del horario de atención y en los días festivos federales. También puede visitar [CignaMedicare.com](https://CignaMedicare.com). El Formulario, la red de farmacias y/o la red de proveedores pueden cambiar en cualquier momento.

Diciembre 2022

22\_F\_03\_SSM\_03\_S\_V12  
INT\_22\_98644\_C\_Final\_3oS



**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 Preferred Medicare (HMO), Cigna Preferred Medicare (PPO) y Cigna True Choice Medicare (PPO).

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

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

### ¿Qué es la Lista de medicamentos completa de Cigna?

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

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

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

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

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

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

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

**Cambios que no le afectarán si en este momento está tomando el medicamento.** Por lo general, si está tomando un medicamento incluido en nuestra lista de medicamentos de 2022 que estaba cubierto al comienzo del año, no interrumpiremos

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

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

### ¿Cómo uso la lista de medicamentos?

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

#### Condición médica

La lista de medicamentos comienza en la página 9. 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 9. 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 9. 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, muéstresela a su médico y pídale que le recete un medicamento similar que esté cubierto por Cigna.
- Puede solicitarle a Cigna que haga una excepción y cubra su medicamento. Vea la próxima sección para encontrar información sobre cómo solicitar una excepción.

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

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

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

- Puede pedirnos que no apliquemos restricciones o límites de cobertura con respecto a su medicamento. Por ejemplo, para determinados medicamentos, Cigna limita la cantidad del medicamento que cubriremos. Si su medicamento tiene un límite a la cantidad, puede solicitarnos que no apliquemos el límite y que cubramos una cantidad mayor.
- Puede pedirnos que 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 9 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.

Algunos planes de Cigna ofrecen cobertura adicional de medicamentos con receta durante la interrupción de la cobertura. Consulte su Evidencia de cobertura para ver si su plan tiene 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 9, junto con la cantidad despachada según los días de suministro. (Por ejemplo: atorvastatina 40 mg QL 30/30; esto significa que el medicamento atorvastatina 40 mg tiene un límite de 30 comprimidos cada 30 días. Para los suministros para 90 días, este límite a la cantidad se ampliaría a 90 comprimidos cada 90 días).

### ¿Qué es una farmacia de la red preferida?

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

### Tabla de niveles de medicamentos y costos compartidos

La siguiente tabla representa el nombre del plan, el área de servicio del plan, el número de nivel del medicamento como aparece en la lista de medicamentos y la cantidad del costo compartido para ese número de nivel. El Nivel 1 es para los medicamentos genéricos preferidos. El Nivel 2 es para los medicamentos genéricos. El Nivel 3 es para los medicamentos de marca preferida. El Nivel 4 es para los medicamentos no preferidos. El Nivel 5 es para los medicamentos de especialidad. Consulte la siguiente tabla. También puede consultar su documento de Evidencia de cobertura para conocer más detalles.



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

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

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

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

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

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

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

#### Área de servicio: Colorado

**H0672-001 – Cigna Preferred Medicare (HMO):** Adams, Arapahoe, Broomfield, Denver, Douglas y Jefferson, Colorado

**H0672-002 – Cigna Preferred Medicare (HMO):** Boulder, Colorado

**H7849-001 – Cigna True Choice Medicare (PPO):** Adams, Arapahoe, Boulder, Broomfield, Denver, Douglas y Jefferson, Colorado

**H0672-003 – Cigna Preferred Medicare (HMO), H7849-026 – Cigna True Choice Medicare (PPO):** Larimer y Weld, Colorado

**H0672-004 – Cigna Preferred Medicare (HMO), H7849-027 – Cigna True Choice Medicare (PPO):** Clear Creek, El Paso, Fremont, Pueblo y Teller, Colorado

**H0672-007 – Cigna Preferred Medicare (HMO), H7849-050 – Cigna True Choice Medicare (PPO):** La Plata y Montezuma, Colorado

**H0672-008 – Cigna Preferred Medicare (HMO), H7849-051 – Cigna True Choice Medicare (PPO):** Delta y Mesa, Colorado

|                                                   | Opción preferida de costo compartido minorista | Opción estándar de costo compartido minorista | Opción preferida de costo compartido de pedido por correo | Opción estándar de costo compartido de pedido por correo |
|---------------------------------------------------|------------------------------------------------|-----------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|
| Nivel del Medicamentos                            | 30 / 60 / 90 días                              | 30 / 60 / 90 días                             | 30 / 60 / 90 días                                         | 30 / 60 / 90 días                                        |
| <b>Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos</b> | \$0 / \$0 / \$0                                | \$7 / \$14 / \$17.50                          | \$0 / \$0 / \$0                                           | \$7 / \$14 / \$17.50                                     |
| <b>Nivel 2: Medicamentos genéricos</b>            | \$4 / \$8 / \$10                               | \$15 / \$30 / \$37.50                         | \$0 / \$0 / \$0                                           | \$15 / \$30 / \$37.50                                    |
| <b>Nivel 3: Medicamentos de marca preferida</b>   | \$42 / \$84 / \$126                            | \$47 / \$94 / \$141                           | \$42 / \$84 / \$126                                       | \$47 / \$94 / \$141                                      |
| <b>Nivel 4: Medicamentos no preferidos</b>        | \$80 / \$160 / \$240                           | \$85 / \$170 / \$255                          | \$80 / \$160 / \$240                                      | \$85 / \$170 / \$255                                     |
| <b>Nivel 5: Nivel de especialidad</b>             | 33% (30 días)                                  | 33% (30 días)                                 | 33% (30 días)                                             | 33% (30 días)                                            |

**Área de servicio: Connecticut**

**H2752-001 – Cigna Preferred Medicare (HMO): New Haven, Connecticut**

|                                                    | Opción preferida<br>de costo<br>compartido<br>minorista | Opción estándar<br>de costo<br>compartido<br>minorista | Opción preferida<br>de costo<br>compartido de<br>pedido por correo | Opción estándar<br>de costo<br>compartido de<br>pedido por correo |
|----------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|
| Nivel del Medicamentos                             | 30 / 60 / 90 días                                       | 30 / 60 / 90 días                                      | 30 / 60 / 90 días                                                  | 30 / 60 / 90 días                                                 |
| Nivel 1: Medicamentos<br>genéricos preferidos (GC) | \$0 / \$0 / \$0                                         | \$7 / \$14 / \$14                                      | \$0 / \$0 / \$0                                                    | \$7 / \$14 / \$14                                                 |
| Nivel 2: Medicamentos genéricos                    | \$4 / \$8 / \$8                                         | \$15 / \$30 / \$30                                     | \$4 / \$8 / \$0                                                    | \$15 / \$30 / \$30                                                |
| Nivel 3: Medicamentos de marca preferida           | \$42 / \$84 / \$126                                     | \$47 / \$94 / \$141                                    | \$42 / \$84 / \$126                                                | \$47 / \$94 / \$141                                               |
| Nivel 4: Medicamentos no preferidos                | \$95 / \$190 / \$285                                    | \$100 / \$200 / \$300                                  | \$95 / \$190 / \$285                                               | \$100 / \$200 / \$300                                             |
| Nivel 5: Nivel de especialidad                     | 33% (30 días)                                           | 33% (30 días)                                          | 33% (30 días)                                                      | 33% (30 días)                                                     |

**Área de servicio: Oklahoma**

**H7849-042 – Cigna True Choice Medicare (PPO): Canadian, Cleveland, Lincoln, Logan, McClain y Oklahoma, Oklahoma**

|                                                    | Opción preferida<br>de costo<br>compartido<br>minorista | Opción estándar<br>de costo<br>compartido<br>minorista | Opción preferida<br>de costo<br>compartido de<br>pedido por correo | Opción estándar<br>de costo<br>compartido de<br>pedido por correo |
|----------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|
| Nivel del Medicamentos                             | 30 / 60 / 90 días                                       | 30 / 60 / 90 días                                      | 30 / 60 / 90 días                                                  | 30 / 60 / 90 días                                                 |
| Nivel 1: Medicamentos<br>genéricos preferidos (GC) | \$0 / \$0 / \$0                                         | \$10 / \$20 / \$30                                     | \$0 / \$0 / \$0                                                    | \$10 / \$20 / \$30                                                |
| Nivel 2: Medicamentos genéricos                    | \$4 / \$8 / \$8                                         | \$20 / \$40 / \$60                                     | \$4 / \$8 / \$0                                                    | \$20 / \$40 / \$60                                                |
| Nivel 3: Medicamentos de marca preferida           | \$42 / \$84 / \$126                                     | \$47 / \$94 / \$141                                    | \$42 / \$84 / \$126                                                | \$47 / \$94 / \$141                                               |
| Nivel 4: Medicamentos no preferidos                | \$95 / \$190 / \$285                                    | \$100 / \$200 / \$300                                  | \$95 / \$190 / \$285                                               | \$100 / \$200 / \$300                                             |
| Nivel 5: Nivel de especialidad                     | 29% (30 días)                                           | 29% (30 días)                                          | 29% (30 días)                                                      | 29% (30 días)                                                     |

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



Área de servicio: Texas

H7787-001 – Cigna Preferred Medicare (PPO): Collin, Dallas, Denton, Johnson y Tarrant, Texas

H7849-038 – Cigna True Choice Medicare (PPO): Angelina, Atascosa, Bandera, Brazoria, Fort Bend, Galveston, Harris, Jasper, Kendall, Liberty, Medina, Montgomery, Nacogdoches, Polk, San Jacinto, Waller, Walker y Wilson, Texas

H7849-039 – Cigna True Choice Medicare (PPO): Cameron, Hidalgo, Webb y Willacy, Texas

H7849-040 – Cigna True Choice Medicare (PPO): Collin, Dallas, Denton, Henderson, Hood, Johnson, Parker, Rusk, Smith, Tarrant, Upshur, Van Zandt y Wise, Texas

H7849-041 – Cigna True Choice Medicare (PPO): El Paso, Texas

|                                                 | Opción preferida de costo compartido minorista | Opción estándar de costo compartido minorista | Opción preferida de costo compartido de pedido por correo | Opción estándar de costo compartido de pedido por correo |
|-------------------------------------------------|------------------------------------------------|-----------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|
| Nivel del Medicamentos                          | 30 / 60 / 90 días                              | 30 / 60 / 90 días                             | 30 / 60 / 90 días                                         | 30 / 60 / 90 días                                        |
| Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos (GC) | \$0 / \$0 / \$0                                | \$10 / \$20 / \$30                            | \$0 / \$0 / \$0                                           | \$10 / \$20 / \$30                                       |
| Nivel 2: Medicamentos genéricos                 | \$4 / \$8 / \$8                                | \$20 / \$40 / \$60                            | \$4 / \$8 / \$0                                           | \$20 / \$40 / \$60                                       |
| Nivel 3: Medicamentos de marca preferida        | \$42 / \$84 / \$126                            | \$47 / \$94 / \$141                           | \$42 / \$84 / \$126                                       | \$47 / \$94 / \$141                                      |
| Nivel 4: Medicamentos no preferidos             | \$95 / \$190 / \$285                           | \$100 / \$200 / \$300                         | \$95 / \$190 / \$285                                      | \$100 / \$200 / \$300                                    |
| Nivel 5: Nivel de especialidad                  | 29% (30 días)                                  | 29% (30 días)                                 | 29% (30 días)                                             | 29% (30 días)                                            |

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

Mis medicamentos

En esta sección, puede escribir todos los medicamentos que está tomando actualmente. Luego puede buscar su medicamento en las siguientes páginas de la lista de medicamentos. Fíjese en qué nivel está su medicamento. Una vez que encuentre en qué nivel está su medicamento, puede mirar las tablas que aparecen antes de esta página y buscar su costo compartido para ese medicamento. Si necesita ayuda para encontrar sus medicamentos y costos compartidos, llame a Servicio al Cliente al 1-800-668-3813, del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes. Se usa un servicio de mensajes los fines de semana, fuera del horario de atención y en los días festivos federales. Los usuarios de TTY pueden llamar al 711.

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

## Índice de la lista de medicamentos:

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

|                                                                              | Página |
|------------------------------------------------------------------------------|--------|
| ANTIINFECCIOSOS.....                                                         | 9      |
| MEDICAMENTOS ANTINEOPLÁSICOS/INMUNODEPRESORES .....                          | 16     |
| MEDICAMENTOS PARA EL SISTEMA NERVIOSO AUTÓNOMO/CENTRAL, NEUROLOGÍA/PSIC..... | 24     |
| CARDIOVASCULARES, HIPERTENSIÓN/LÍPIDOS .....                                 | 35     |
| PRODUCTOS DERMATOLÓGICOS/TRATAMIENTO TÓPICO .....                            | 40     |
| PRODUCTOS DE DIAGNÓSTICO/AGENTES VARIOS .....                                | 43     |
| MEDICAMENTOS PARA NARIZ, GARGANTA Y OÍDO .....                               | 44     |
| SISTEMA ENDOCRINO/DIABETES .....                                             | 45     |
| GASTROENTEROLOGÍA.....                                                       | 50     |
| INMUNOLOGÍA, VACUNAS/BIOTECNOLOGÍA.....                                      | 52     |
| SISTEMA LOCOMOTOR/REUMATOLOGÍA.....                                          | 53     |
| OBSTETRICIA/GINECOLOGÍA .....                                                | 55     |
| OFTALMOLOGÍA.....                                                            | 58     |
| SISTEMA RESPIRATORIO Y ALERGIA.....                                          | 59     |
| UROLÓGICOS .....                                                             | 62     |
| VITAMINAS, HEMATÍNICOS/ELECTROLITOS.....                                     | 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 1-800-668-3813 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes. Se usa un servicio de mensajes los fines de

semana, fuera del horario de atención y en los días festivos federales. También puede visitar [CignaMedicare.com](https://www.CignaMedicare.com).

**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 |
|------------------------------------------------------------|-----------------------|---------------------|
| <b>ANTIINFECCIOSOS</b>                                     |                       |                     |
| <b>AGENTES ANTIMICÓTICOS</b>                               |                       |                     |
| ABELCET                                                    | 4                     | PA                  |
| AMBISOME                                                   | 5                     | PA; NDS             |
| <i>anfotericina b</i>                                      | 4                     | PA                  |
| <i>anfotericina b liposomal</i>                            | 5                     | PA; NDS             |
| <i>caspofungina, sol. para reconst. intravenosa, 50 mg</i> | 5                     | PA; NDS             |
| <i>caspofungina, sol. para reconst. intravenosa, 70 mg</i> | 4                     | PA                  |
| <i>clotrimazol, membrana mucosa</i>                        | 2                     |                     |
| CRESEMBA ORAL                                              | 5                     | NDS                 |
| <i>fluconazol</i>                                          | 2                     |                     |
| <i>fluconazol en nacl (iso-osm.)</i>                       | 4                     | PA                  |
| <i>flucitosina</i>                                         | 5                     | NDS                 |
| <i>griseofulvina micronizada</i>                           | 4                     |                     |
| <i>griseofulvina ultramicronizada</i>                      | 4                     |                     |
| <i>itraconazol, cápsulas orales</i>                        | 4                     | QL (120/30)         |
| <i>itraconazol, solución oral</i>                          | 4                     |                     |
| <i>ketoconazol oral</i>                                    | 2                     |                     |
| <i>micafungina</i>                                         | 5                     | NDS                 |
| <i>nistatina, suspensión oral</i>                          | 2                     |                     |
| <i>nistatina, comprimidos orales</i>                       | 3                     |                     |
| <i>posaconazol</i>                                         | 5                     | QL (96/30); NDS     |
| <i>clorhidrato de terbinafina oral</i>                     | 2                     |                     |
| <i>voriconazol intravenoso</i>                             | 5                     | PA; NDS             |
| <i>voriconazol, suspensión oral para reconstitución</i>    | 5                     | NDS                 |
| <i>voriconazol, comprimidos orales</i>                     | 4                     |                     |
| <b>ANTIVÍRICOS</b>                                         |                       |                     |
| <i>abacavir, solución oral</i>                             | 3                     | QL (960/30)         |
| <i>abacavir, comprimidos orales</i>                        | 4                     | QL (60/30)          |
| <i>abacavir-lamivudina</i>                                 | 3                     | QL (30/30)          |
| <i>aciclovir, cápsulas orales</i>                          | 2                     |                     |

| NOMBRE DEL MEDICAMENTO                                                                   | NIVEL DEL MEDICAMENTO | REQUISITOS/ LÍMITES |
|------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|---------------------|
| <i>aciclovir, suspensión oral, 200 mg/5 ml</i>                                           | 4                     |                     |
| <i>aciclovir, comprimidos orales</i>                                                     | 2                     |                     |
| <i>aciclovir sódico, solución intravenosa</i>                                            | 4                     | B/D PA              |
| <i>adefovir</i>                                                                          | 4                     |                     |
| <i>clorhidrato de amantadina</i>                                                         | 3                     |                     |
| APRETUDE                                                                                 | 5                     | NDS                 |
| APTIVUS                                                                                  | 5                     | QL (120/30); NDS    |
| <i>atazanavir, cápsulas orales, 150 mg, 300 mg</i>                                       | 4                     | QL (30/30)          |
| <i>atazanavir, cápsulas orales, 200 mg</i>                                               | 4                     | QL (60/30)          |
| BARACLUDE, SOLUCIÓN ORAL                                                                 | 4                     | QL (630/30)         |
| BIKTARVY                                                                                 | 5                     | NDS                 |
| CABENUVA                                                                                 | 5                     | NDS                 |
| CIMDUO                                                                                   | 5                     | NDS                 |
| COMPLERA                                                                                 | 5                     | QL (30/30); NDS     |
| DELSTRIGO                                                                                | 5                     | NDS                 |
| DESCOVY                                                                                  | 5                     | QL (30/30); NDS     |
| DOVATO                                                                                   | 5                     | NDS                 |
| EDURANT                                                                                  | 5                     | QL (30/30); NDS     |
| <i>efavirenz, cápsulas orales, 200 mg</i>                                                | 4                     | QL (120/30)         |
| <i>efavirenz, cápsulas orales, 50 mg</i>                                                 | 3                     | QL (180/30)         |
| <i>efavirenz, comprimidos orales</i>                                                     | 4                     | QL (30/30)          |
| <i>efavirenz-emtricitabina-tenofovir</i>                                                 | 5                     | QL (30/30); NDS     |
| <i>disoproxilo de efavirenz-lamivudina-tenofovir, comprimidos orales, 400-300-300 mg</i> | 5                     | QL (30/30); NDS     |
| <i>disoproxilo de efavirenz-lamivudina-tenofovir, comprimidos orales, 600-300-300 mg</i> | 5                     | NDS                 |
| <i>emtricitabina</i>                                                                     | 3                     | QL (30/30)          |

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

Cursiva minúscula = Medicamento genérico

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 8.

## Medicamentos cubiertos por categoría

| NOMBRE DEL MEDICAMENTO                                                                | NIVEL DEL MEDICAMENTO | REQUISITOS/ LÍMITES |
|---------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|---------------------|
| EMTRICITABINE-TENOFOVIR (TDF), COMPRIMIDOS ORALES, 100-150 MG, 133-200 MG, 167-250 MG | 5                     | QL (30/30); NDS     |
| <i>emtricitabina-tenofovir (tdf), comprimidos orales, 200-300 mg</i>                  | 5                     | QL (30/30); NDS     |
| EMTRIVA, SOLUCIÓN ORAL                                                                | 4                     | QL (680/28)         |
| <i>entecavir</i>                                                                      | 4                     | QL (30/30)          |
| EPCLUSA, PÍLDORAS DE ADMINISTRACIÓN ORAL EN PAQUETES, 150-37.5 MG                     | 5                     | PA; QL (28/28); NDS |
| EPCLUSA, PÍLDORAS DE ADMINISTRACIÓN ORAL EN PAQUETES, 200-50 MG                       | 5                     | PA; QL (56/28); NDS |
| EPCLUSA, COMPRIMIDOS ORALES, 200-50 MG                                                | 5                     | PA; QL (56/28); NDS |
| EPCLUSA, COMPRIMIDOS ORALES, 400-100 MG                                               | 5                     | PA; QL (28/28); NDS |
| EPIVIR HBV, SOLUCIÓN ORAL                                                             | 4                     |                     |
| <i>etravirina</i>                                                                     | 5                     | QL (60/30); NDS     |
| EVOTAZ                                                                                | 5                     | QL (30/30); NDS     |
| <i>famciclovir</i>                                                                    | 3                     | QL (60/30)          |
| <i>fosamprenavir</i>                                                                  | 5                     | QL (120/30); NDS    |
| FUZEON, SOL. PARA RECONST. SUBCUTÁNEA                                                 | 5                     | QL (60/30); NDS     |
| GENVOYA                                                                               | 5                     | QL (30/30); NDS     |
| HARVONI, PÍLDORAS DE ADMINISTRACIÓN ORAL EN PAQUETES, 33.75-150 MG                    | 5                     | PA; QL (28/28); NDS |
| HARVONI, PÍLDORAS DE ADMINISTRACIÓN ORAL EN PAQUETES, 45-200 MG                       | 5                     | PA; QL (56/28); NDS |
| HARVONI, COMPRIMIDOS ORALES, 45-200 MG                                                | 5                     | PA; QL (56/28); NDS |
| HARVONI, COMPRIMIDOS ORALES, 90-400 MG                                                | 5                     | PA; QL (28/28); NDS |
| INTELENCE, COMPRIMIDOS ORALES, 100 MG, 200 MG                                         | 5                     | QL (60/30); NDS     |

| NOMBRE DEL MEDICAMENTO                                    | NIVEL DEL MEDICAMENTO | REQUISITOS/ LÍMITES  |
|-----------------------------------------------------------|-----------------------|----------------------|
| INTELENCE, COMPRIMIDOS ORALES, 25 MG                      | 4                     | QL (120/30)          |
| INVIRASE, COMPRIMIDOS ORALES                              | 5                     | QL (120/30); NDS     |
| ISENTRESS, DE DOSIS ALTA                                  | 5                     | NDS                  |
| ISENTRESS, PAQUETE DE POLVO ORAL                          | 4                     | QL (60/30)           |
| ISENTRESS, COMPRIMIDOS ORALES                             | 5                     | QL (120/30); NDS     |
| ISENTRESS, COMPRIMIDOS ORALES MASTICABLES, 100 MG         | 5                     | QL (180/30); NDS     |
| ISENTRESS, COMPRIMIDOS ORALES MASTICABLES, 25 MG          | 3                     | QL (180/30)          |
| JULUCA                                                    | 5                     | NDS                  |
| KALETRA, COMPRIMIDOS ORALES, 100-25 MG                    | 4                     | QL (300/30)          |
| KALETRA, COMPRIMIDOS ORALES, 200-50 MG                    | 5                     | QL (120/30); NDS     |
| <i>lamivudina, solución oral</i>                          | 3                     | QL (900/30)          |
| <i>lamivudina, comprimidos orales, 100 mg, 300 mg</i>     | 3                     | QL (30/30)           |
| <i>lamivudina, comprimidos orales, 150 mg</i>             | 3                     | QL (60/30)           |
| <i>lamivudina-zidovudina</i>                              | 3                     | QL (60/30)           |
| LEXIVA, SUSPENSIÓN ORAL                                   | 4                     | QL (1575/28)         |
| <i>lopinavir-ritonavir, solución oral</i>                 | 3                     |                      |
| <i>lopinavir-ritonavir, comprimidos orales, 100-25 mg</i> | 4                     | QL (300/30)          |
| <i>lopinavir-ritonavir, comprimidos orales, 200-50 mg</i> | 4                     | QL (120/30)          |
| <i>maraviroc, comprimidos orales, 150 mg</i>              | 5                     | QL (60/30); NDS      |
| <i>maraviroc, comprimidos orales, 300 mg</i>              | 5                     | QL (120/30); NDS     |
| MAVYRET, PÍLDORAS DE ADMINISTRACIÓN ORAL EN PAQUETES      | 5                     | PA; QL (168/28); NDS |

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

*Cursiva minúscula = Medicamento genérico*

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 8.

## Medicamentos cubiertos por categoría

| NOMBRE DEL MEDICAMENTO                                                         | NIVEL DEL MEDICAMENTO | REQUISITOS/ LÍMITES |
|--------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|---------------------|
| MAVYRET, COMPRIMIDOS ORALES                                                    | 5                     | PA; QL (84/28); NDS |
| <i>nevirapina, suspensión oral</i>                                             | 4                     | QL (1200/30)        |
| <i>nevirapina, comprimidos orales</i>                                          | 3                     | QL (60/30)          |
| <i>nevirapina, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas, 100 mg</i> | 4                     | QL (90/30)          |
| <i>nevirapina, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas, 400 mg</i> | 4                     | QL (30/30)          |
| NORVIR, PAQUETE DE POLVO ORAL                                                  | 4                     |                     |
| NORVIR, SOLUCIÓN ORAL                                                          | 3                     | QL (480/30)         |
| ODEFSEY                                                                        | 5                     | QL (30/30); NDS     |
| <i>oseltamivir</i>                                                             | 3                     |                     |
| PIFELTRO                                                                       | 5                     | NDS                 |
| PREVYMIS, ORAL                                                                 | 5                     | QL (30/30); NDS     |
| PREZCOBIX                                                                      | 5                     | QL (30/30); NDS     |
| PREZISTA, SUSPENSIÓN ORAL                                                      | 5                     | QL (400/30); NDS    |
| PREZISTA, COMPRIMIDOS ORALES, 150 MG                                           | 4                     | QL (240/30)         |
| PREZISTA, COMPRIMIDOS ORALES, 600 MG                                           | 5                     | QL (60/30); NDS     |
| PREZISTA, COMPRIMIDOS ORALES, 75 MG                                            | 3                     | QL (480/30)         |
| PREZISTA, COMPRIMIDOS ORALES, 800 MG                                           | 5                     | QL (30/30); NDS     |
| RETROVIR INTRAVENOSO                                                           | 4                     |                     |
| REYATAZ, PAQUETE DE POLVO ORAL                                                 | 5                     | QL (240/30); NDS    |
| <i>ribavirina, cápsulas orales</i>                                             | 3                     |                     |
| <i>ribavirina, comprimidos orales, 200 mg</i>                                  | 3                     |                     |
| <i>rimantadina</i>                                                             | 2                     |                     |
| <i>ritonavir</i>                                                               | 3                     | QL (360/30)         |
| RUKOBIA                                                                        | 5                     | NDS                 |
| SELZENTRY, SOLUCIÓN ORAL                                                       | 5                     | NDS                 |

| NOMBRE DEL MEDICAMENTO                           | NIVEL DEL MEDICAMENTO | REQUISITOS/ LÍMITES |
|--------------------------------------------------|-----------------------|---------------------|
| SELZENTRY, COMPRIMIDOS ORALES, 150 MG, 75 MG     | 5                     | QL (60/30); NDS     |
| SELZENTRY, COMPRIMIDOS ORALES, 25 MG             | 3                     | QL (120/30)         |
| SELZENTRY, COMPRIMIDOS ORALES, 300 MG            | 5                     | QL (120/30); NDS    |
| <i>estavudina, cápsulas orales</i>               | 3                     | QL (60/30)          |
| STRIBILD                                         | 5                     | QL (30/30); NDS     |
| SYMTUZA                                          | 5                     | NDS                 |
| TEMIXYS                                          | 5                     | NDS                 |
| <i>fumarato de disoproxilo de tenofovir</i>      | 4                     | QL (30/30)          |
| TIVICAY, COMPRIMIDOS ORALES, 10 MG               | 4                     | QL (60/30)          |
| TIVICAY, COMPRIMIDOS ORALES, 25 MG, 50 MG        | 5                     | QL (60/30); NDS     |
| TIVICAY PD                                       | 5                     | QL (180/30); NDS    |
| TRIUMEQ                                          | 5                     | QL (30/30); NDS     |
| TRIUMEQ PD                                       | 5                     | QL (300/30); NDS    |
| TRIZIVIR                                         | 5                     | QL (60/30); NDS     |
| TROGARZO                                         | 5                     | NDS                 |
| TYBOST                                           | 3                     |                     |
| <i>valaciclovir, comprimidos orales, 1 gramo</i> | 2                     | QL (120/30)         |
| <i>valaciclovir, comprimidos orales, 500 mg</i>  | 2                     | QL (60/30)          |
| <i>valganciclovir, sol. para reconst. oral</i>   | 5                     | NDS                 |
| <i>valganciclovir, comprimidos orales</i>        | 3                     |                     |
| VEKLURY                                          | 5                     | QL (4/180); NDS     |
| VEMLIDY                                          | 5                     | NDS                 |
| VIRACEPT, COMPRIMIDOS ORALES, 250 MG             | 5                     | QL (270/30); NDS    |
| VIRACEPT, COMPRIMIDOS ORALES, 625 MG             | 5                     | QL (120/30); NDS    |
| VIREAD, POLVO ORAL                               | 5                     | 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 8.



## Medicamentos cubiertos por categoría

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

| NOMBRE DEL MEDICAMENTO                                              | NIVEL DEL MEDICAMENTO | REQUISITOS/ LÍMITES |
|---------------------------------------------------------------------|-----------------------|---------------------|
| cefotetan inyectable                                                | 4                     | PA                  |
| cefoxitina                                                          | 4                     | PA                  |
| cefoxitina en dextrosa, iso-osm.                                    | 4                     | PA                  |
| cefepodoxima                                                        | 2                     |                     |
| cefprozilo                                                          | 2                     |                     |
| ceftazidima                                                         | 4                     | PA                  |
| ceftazidima en d5w                                                  | 4                     | PA                  |
| ceftriaxona                                                         | 4                     |                     |
| ceftriaxona en dextrosa, iso-osm.                                   | 4                     |                     |
| cefuroxima axetilo, comprimidos orales                              | 2                     |                     |
| cefuroxima sódica, sol. para reconst. inyect., 750 mg               | 4                     | PA                  |
| cefuroxima sódica intravenosa                                       | 4                     | PA                  |
| cefaletina, cápsulas orales, 250 mg, 500 mg                         | 1                     |                     |
| cefaletina, suspensión oral para reconstitución                     | 2                     |                     |
| SUPRAX, SUSPENSIÓN ORAL PARA RECONSTITUCIÓN, 500 MG/5 ML            | 4                     |                     |
| tazicef                                                             | 4                     | PA                  |
| TEFLARO                                                             | 5                     | PA; NDS             |
| <b>ERITROMICINAS/OTROS MACRÓLIDOS</b>                               |                       |                     |
| azitromicina intravenosa                                            | 4                     | PA                  |
| azitromicina, paquete oral                                          | 3                     |                     |
| azitromicina, suspensión oral para reconstitución                   | 2                     |                     |
| azitromicina, comprimidos orales                                    | 2                     |                     |
| claritromicina, suspensión oral para reconstitución                 | 3                     |                     |
| claritromicina, comprimidos orales                                  | 2                     |                     |
| claritromicina, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas | 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 8.

## Medicamentos cubiertos por categoría

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

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

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

*Cursiva minúscula = Medicamento genérico*

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 8.

## Medicamentos cubiertos por categoría

| NOMBRE DEL MEDICAMENTO                                                                                                                                     | NIVEL DEL MEDICAMENTO | REQUISITOS/ LÍMITES |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|---------------------|
| <i>gentamicina en nacl (iso-osm.), infusión secundaria intravenosa, 100 mg/100 ml, 100 mg/50 ml, 120 mg/100 ml, 60 mg/50 ml, 80 mg/100 ml, 80 mg/50 ml</i> | 4                     | PA                  |
| <i>gentamicina, solución inyectable, 40 mg/ml</i>                                                                                                          | 4                     | PA                  |
| <i>sulfato de gentamicina (pediátrico) (pf)</i>                                                                                                            | 4                     | PA                  |
| <i>hidroxicloroquina, comprimidos orales, 200 mg</i>                                                                                                       | 2                     |                     |
| <i>imipenem-cilastatina</i>                                                                                                                                | 4                     |                     |
| <i>isoniazida, solución oral</i>                                                                                                                           | 4                     |                     |
| <i>isoniazida, comprimidos orales</i>                                                                                                                      | 2                     |                     |
| <i>ivermectina oral</i>                                                                                                                                    | 3                     |                     |
| <i>lincomicina</i>                                                                                                                                         | 4                     | PA                  |
| <i>linezolidina en dextrosa al 5%</i>                                                                                                                      | 4                     | PA                  |
| <i>linezolidina, suspensión oral para reconstitución</i>                                                                                                   | 5                     | QL (1800/30); NDS   |
| <i>linezolidina, comprimidos orales</i>                                                                                                                    | 4                     | QL (60/30)          |
| <i>linezolidina-cloruro de sodio al 0.9%</i>                                                                                                               | 4                     | PA                  |
| <i>mefloquina</i>                                                                                                                                          | 2                     |                     |
| <i>meropenem</i>                                                                                                                                           | 4                     |                     |
| <i>meropenem-cloruro de sodio al 0.9%</i>                                                                                                                  | 4                     |                     |
| <i>metro intravenoso</i>                                                                                                                                   | 4                     | PA                  |
| <i>metronidazol en nacl (iso-osm.)</i>                                                                                                                     | 4                     | PA                  |
| <i>metronidazol, comprimidos orales</i>                                                                                                                    | 2                     |                     |
| <i>neomicina</i>                                                                                                                                           | 2                     |                     |
| NITAZOXANIDE                                                                                                                                               | 5                     | QL (20/10); NDS     |
| ORBACTIV                                                                                                                                                   | 5                     | PA; QL (3/30); NDS  |
| <i>paromomicina</i>                                                                                                                                        | 4                     |                     |
| PASER                                                                                                                                                      | 4                     |                     |
| <i>pentamidina para inhalar</i>                                                                                                                            | 3                     | B/D PA; QL (1/28)   |
| <i>pentamidina inyectable</i>                                                                                                                              | 3                     |                     |
| <i>sulfato de polimixina b</i>                                                                                                                             | 4                     | PA                  |

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

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

*Cursiva minúscula = Medicamento genérico*

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 8.

## Medicamentos cubiertos por categoría

| NOMBRE DEL MEDICAMENTO                                                                       | NIVEL DEL MEDICAMENTO | REQUISITOS/ LÍMITES |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|---------------------|
| VANCOMYCIN, SOL. PARA RECONST. INTRAVENOSA, 1.25 GRAMOS, 1.5 GRAMOS                          | 4                     |                     |
| <i>vancomicina</i> , cápsulas orales, 125 mg                                                 | 3                     | PA; QL (40/10)      |
| <i>vancomicina</i> , cápsulas orales, 250 mg                                                 | 3                     | PA; QL (80/10)      |
| VANCOMYCIN-WATER, INYECTABLE (PEG)                                                           | 4                     |                     |
| XIFAXAN, COMPRIMIDOS ORALES, 550 MG                                                          | 5                     | PA; QL (90/30); NDS |
| <b>PENICILINAS</b>                                                                           |                       |                     |
| <i>amoxicilina</i> , cápsulas orales                                                         | 1                     |                     |
| <i>amoxicilina</i> , suspensión oral para reconstitución                                     | 1                     |                     |
| <i>amoxicilina</i> , comprimidos orales                                                      | 2                     |                     |
| <i>amoxicilina</i> , comprimidos orales masticables, 125 mg, 250 mg                          | 2                     |                     |
| <i>amoxicilina-clavulanato de pot.</i> , suspensión oral para reconstitución                 | 2                     |                     |
| <i>amoxicilina-clavulanato de pot.</i> , comprimidos orales                                  | 2                     |                     |
| <i>amoxicilina-clavulanato de pot.</i> , comprimidos orales, liberación prolongada, 12 horas | 4                     |                     |
| <i>amoxicilina-clavulanato de pot.</i> , comprimidos orales masticables                      | 2                     |                     |
| <i>ampicilina</i> , cápsulas orales, 500 mg                                                  | 2                     |                     |
| <i>ampicilina</i> sódica                                                                     | 4                     | PA                  |
| <i>ampicilina-sulbactam</i>                                                                  | 4                     | PA                  |
| AUGMENTIN, SUSPENSIÓN ORAL PARA RECONSTITUCIÓN, 125-31.25 MG/5 ML                            | 5                     | NDS                 |
| BICILLIN L-A                                                                                 | 4                     | PA                  |
| <i>dicloxacilina</i>                                                                         | 2                     |                     |

| NOMBRE DEL MEDICAMENTO                                                            | NIVEL DEL MEDICAMENTO | REQUISITOS/ LÍMITES |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|---------------------|
| <i>naftilina en dextrosa, iso-osm.</i>                                            | 4                     | PA                  |
| <i>naftilina inyectable</i>                                                       | 4                     | PA                  |
| <i>naftilina</i> , sol. para reconst. intravenosa, 2 gramos                       | 4                     | PA                  |
| <i>oxacilina inyectable</i>                                                       | 4                     | PA                  |
| <i>penicilina g potásica</i>                                                      | 4                     | PA                  |
| <i>penicilina v potásica</i> , solución para reconst. oral                        | 1                     |                     |
| <i>penicilina v potásica</i> , comprimidos orales, 250 mg                         | 1                     |                     |
| <i>penicilina v potásica</i> , comprimidos orales, 500 mg                         | 2                     |                     |
| <i>pfizerpen-g</i>                                                                | 4                     | PA                  |
| <i>piperacilina-tazobactam</i>                                                    | 4                     |                     |
| ZOSYN EN DEXTROSA (ISO-OSM.)                                                      | 4                     |                     |
| <b>QUINOLONAS</b>                                                                 |                       |                     |
| CIPRO, RECONST. DE MICROCÁPSULAS PARA SUSPENSIÓN ORAL                             | 4                     |                     |
| <i>clorhidrato de ciprofloxacina</i> , comprimidos orales, 100 mg                 | 3                     |                     |
| <i>clorhidrato de ciprofloxacina</i> , comprimidos orales, 250 mg, 500 mg, 750 mg | 2                     |                     |
| <i>ciprofloxacina en dextrosa al 5%</i>                                           | 4                     | PA                  |
| <i>levofloxacina en d5w</i>                                                       | 4                     | PA                  |
| <i>levofloxacina intravenosa</i>                                                  | 4                     | PA                  |
| <i>levofloxacina</i> , solución oral                                              | 4                     |                     |
| <i>levofloxacina</i> , comprimidos orales                                         | 2                     |                     |
| <i>moxifloxacina oral</i>                                                         | 4                     |                     |
| <i>moxifloxacina-acetato sódico</i> , sulfato en agua                             | 4                     | PA                  |
| <i>moxifloxacina-cloruro de sodio (iso)</i>                                       | 4                     | PA                  |
| <b>SULFAMIDAS/AGENTES RELACIONADOS</b>                                            |                       |                     |
| <i>sulfadiazina</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 8.

## Medicamentos cubiertos por categoría

| NOMBRE DEL MEDICAMENTO                                                                      | NIVEL DEL MEDICAMENTO | REQUISITOS/ LÍMITES |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|---------------------|
| <i>sulfametoxazol/trimetoprima, intravenoso</i>                                             | 4                     | PA                  |
| <i>sulfametoxazol-trimetoprima, suspensión oral</i>                                         | 4                     |                     |
| <i>sulfametoxazol-trimetoprima, comprimidos orales</i>                                      | 1                     |                     |
| <b>TETRACICLINAS</b>                                                                        |                       |                     |
| <i>demeclociclina</i>                                                                       | 4                     |                     |
| <i>doxiciclina-100</i>                                                                      | 4                     | PA                  |
| <i>hiclato de doxiciclina intravenoso</i>                                                   | 4                     | PA                  |
| <i>hiclato de doxiciclina, cápsulas orales</i>                                              | 1                     |                     |
| <i>hiclato de doxiciclina, comprimidos orales, 100 mg</i>                                   | 1                     |                     |
| <i>hiclato de doxiciclina, comprimidos orales, 20 mg</i>                                    | 2                     |                     |
| <i>monohidrato de doxiciclina, cápsulas orales, 100 mg, 50 mg</i>                           | 2                     |                     |
| <i>monohidrato de doxiciclina, cápsulas orales, lib. inmediata-lib. retardada, bifásica</i> | 4                     |                     |
| <i>monohidrato de doxiciclina, suspensión oral para reconstitución</i>                      | 2                     |                     |
| <i>monohidrato de doxiciclina, comprimidos orales</i>                                       | 3                     |                     |
| <i>minociclina, cápsulas orales</i>                                                         | 2                     |                     |
| <i>minociclina, comprimidos orales</i>                                                      | 2                     |                     |
| <i>mondoxyne nl, cápsulas orales, 100 mg</i>                                                | 2                     |                     |
| NUZYRA INTRAVENOSO                                                                          | 5                     | PA; NDS             |
| NUZYRA ORAL                                                                                 | 5                     | NDS                 |
| <i>tetraciclina</i>                                                                         | 2                     |                     |
| <b>AGENTES DE LAS VÍAS URINARIAS</b>                                                        |                       |                     |
| <i>fosfomicina trometamina</i>                                                              | 4                     |                     |
| <i>hipurato de metenamina</i>                                                               | 2                     |                     |
| <i>nitrofurantoína</i>                                                                      | 4                     |                     |

| NOMBRE DEL MEDICAMENTO                                           | NIVEL DEL MEDICAMENTO | REQUISITOS/ LÍMITES  |
|------------------------------------------------------------------|-----------------------|----------------------|
| <i>nitrofurantoína, macrocristales</i>                           | 2                     |                      |
| <i>monohidrato de nitrofurantoína/macrocríst.</i>                | 3                     |                      |
| <i>trimetoprima</i>                                              | 2                     |                      |
| <b>MEDICAMENTOS ANTINEOPLÁSICOS/ INMUNODEPRESORES</b>            |                       |                      |
| <b>AGENTES COADYUVANTES</b>                                      |                       |                      |
| <i>leucovorina cálcica, inyectable</i>                           | 4                     |                      |
| <i>leucovorina cálcica oral</i>                                  | 3                     |                      |
| <i>mesna</i>                                                     | 4                     | B/D PA               |
| MESNEX ORAL                                                      | 5                     | NDS                  |
| XGEVA                                                            | 5                     | PA; QL (1.7/28); NDS |
| <b>MEDICAMENTOS ANTINEOPLÁSICOS/ INMUNODEPRESORES</b>            |                       |                      |
| <i>abiraterona, comprimidos orales, 250 mg</i>                   | 5                     | PA; QL (120/30); NDS |
| ABIRATERONE, COMPRIMIDOS ORALES, 500 MG                          | 5                     | PA; QL (60/30); NDS  |
| ABRAXANE                                                         | 5                     | PA; NDS              |
| ADCETRIS                                                         | 5                     | PA; NDS              |
| AFINITOR DISPERZ, COMPRIMIDOS ORALES PARA SUSPENSIÓN, 2 MG       | 5                     | PA; QL (150/30); NDS |
| AFINITOR DISPERZ, COMPRIMIDOS ORALES PARA SUSPENSIÓN, 3 MG, 5 MG | 5                     | PA; QL (56/28); NDS  |
| AFINITOR, COMPRIMIDOS ORALES, 10 MG                              | 5                     | PA; QL (30/30); NDS  |
| ALECENSA                                                         | 5                     | PA; QL (240/30); NDS |
| ALIMTA                                                           | 5                     | PA; NDS              |
| ALIQOPA                                                          | 5                     | PA; NDS              |
| ALUNBRIG, COMPRIMIDOS ORALES, 180 MG, 90 MG                      | 5                     | PA; QL (30/30); NDS  |
| ALUNBRIG, COMPRIMIDOS ORALES, 30 MG                              | 5                     | PA; QL (60/30); NDS  |

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 8.



## Medicamentos cubiertos por categoría

| NOMBRE DEL MEDICAMENTO                                | NIVEL DEL MEDICAMENTO | REQUISITOS/ LÍMITES      |
|-------------------------------------------------------|-----------------------|--------------------------|
| ALUNBRIG, COMPRIMIDOS ORALES, PAQUETE DOSIFICADO      | 5                     | PA; QL (60/365); NDS     |
| <i>anastrozol</i>                                     | 2                     |                          |
| ARRANON                                               | 4                     | B/D PA                   |
| <i>trióxido de arsénico</i>                           | 5                     | B/D PA; NDS              |
| ARZERRA                                               | 5                     | B/D PA; NDS              |
| AYVAKIT                                               | 5                     | PA; LA; QL (30/30); NDS  |
| <i>azacitidina</i>                                    | 5                     | B/D PA; NDS              |
| AZASAN                                                | 3                     | B/D PA                   |
| <i>azatioprina, comprimidos orales, 100 mg, 75 mg</i> | 3                     | B/D PA                   |
| <i>azatioprina, comprimidos orales, 50 mg</i>         | 2                     | B/D PA                   |
| <i>azatioprina sódica</i>                             | 4                     | B/D PA                   |
| BALVERSA                                              | 5                     | PA; LA; NDS              |
| BAVENCIO                                              | 5                     | PA; NDS                  |
| BELEODAQ                                              | 5                     | B/D PA; NDS              |
| BENDEKA                                               | 5                     | B/D PA; NDS              |
| BESPONS                                               | 5                     | PA; NDS                  |
| <i>bexaroteno</i>                                     | 5                     | PA; NDS                  |
| <i>bicalutamida</i>                                   | 2                     |                          |
| BLNREP                                                | 5                     | PA; NDS                  |
| <i>bleomicina</i>                                     | 4                     | B/D PA                   |
| BLINCYTO, KIT INTRAVENOSO                             | 5                     | B/D PA; NDS              |
| <i>bortezomib, inyectable</i>                         | 5                     | PA; NDS                  |
| <i>bortezomib, sol. para reconst. intravenosa</i>     | 5                     | PA; NDS                  |
| BOSULIF, COMPRIMIDOS ORALES, 100 MG                   | 5                     | PA; QL (90/30); NDS      |
| BOSULIF, COMPRIMIDOS ORALES, 400 MG, 500 MG           | 5                     | PA; QL (30/30); NDS      |
| BRAFTOVI, CÁPSULAS ORALES, 75 MG                      | 5                     | PA; LA; QL (180/30); NDS |
| BRUKINSA                                              | 5                     | PA; LA; NDS              |
| BUSULFAN                                              | 5                     | B/D PA; NDS              |

| NOMBRE DEL MEDICAMENTO                                      | NIVEL DEL MEDICAMENTO | REQUISITOS/ LÍMITES     |
|-------------------------------------------------------------|-----------------------|-------------------------|
| CABOMETYX                                                   | 5                     | PA; LA; QL (30/30); NDS |
| CALQUENCE                                                   | 5                     | PA; LA; QL (60/30); NDS |
| CALQUENCE (ACALABRUTINIB MAL)                               | 5                     | PA; QL (60/30); NDS     |
| CAPRELSA, COMPRIMIDOS ORALES, 100 MG                        | 5                     | PA; LA; QL (60/30); NDS |
| CAPRELSA, COMPRIMIDOS ORALES, 300 MG                        | 5                     | PA; LA; QL (30/30); NDS |
| <i>carboplatino, solución intravenosa</i>                   | 4                     | B/D PA                  |
| <i>carmustina, sol. para reconst. intravenosa, 100 mg</i>   | 4                     | B/D PA                  |
| <i>cisplatino, solución intravenosa</i>                     | 4                     | B/D PA                  |
| <i>cladribina</i>                                           | 4                     | B/D PA                  |
| <i>clofarabina</i>                                          | 4                     | B/D PA                  |
| COMETRIQ, CÁPSULAS ORALES, 100 MG/DÍA (80 MG X 1-20 MG X 1) | 5                     | PA; QL (56/28); NDS     |
| COMETRIQ, CÁPSULAS ORALES, 140 MG/DÍA (80 MG X 1-20 MG X 3) | 5                     | PA; QL (112/28); NDS    |
| COMETRIQ, CÁPSULAS ORALES, 60 MG/DÍA (20 MG X 3/DÍA)        | 5                     | PA; QL (84/28); NDS     |
| COPIKTRA                                                    | 5                     | PA; LA; QL (60/30); NDS |
| COSMEGEN                                                    | 5                     | B/D PA; NDS             |
| COTELLIC                                                    | 5                     | PA; LA; QL (63/28); NDS |
| <i>ciclofosfamida intravenosa</i>                           | 5                     | B/D PA; NDS             |
| <i>ciclofosfamida oral</i>                                  | 3                     | B/D PA                  |
| <i>ciclosporina intravenosa</i>                             | 4                     | B/D PA                  |
| <i>ciclosporina modificada</i>                              | 4                     | B/D PA                  |
| <i>ciclosporina, cápsulas orales</i>                        | 4                     | B/D PA                  |
| CYRAMZA                                                     | 5                     | PA; NDS                 |
| <i>citarabina</i>                                           | 4                     | B/D PA                  |
| <i>citarabina (pf)</i>                                      | 4                     | B/D PA                  |

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 8.

## Medicamentos cubiertos por categoría

| NOMBRE DEL MEDICAMENTO                                                                                                                                                        | NIVEL DEL MEDICAMENTO | REQUISITOS/ LÍMITES |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|---------------------|
| <i>dacarbazina</i>                                                                                                                                                            | 4                     | B/D PA              |
| <i>dactinomicina</i>                                                                                                                                                          | 4                     | B/D PA              |
| DANYELZA                                                                                                                                                                      | 5                     | PA; NDS             |
| DARZALEX                                                                                                                                                                      | 5                     | PA; NDS             |
| DARZALEX FASPRO                                                                                                                                                               | 5                     | PA; NDS             |
| <i>daunorrubicina, solución intravenosa</i>                                                                                                                                   | 4                     | B/D PA              |
| DAURISMO, COMPRIMIDOS ORALES, 100 MG                                                                                                                                          | 5                     | PA; QL (30/30); NDS |
| DAURISMO, COMPRIMIDOS ORALES, 25 MG                                                                                                                                           | 5                     | PA; QL (60/30); NDS |
| <i>decitabina</i>                                                                                                                                                             | 5                     | B/D PA; NDS         |
| <i>docetaxel, solución intravenosa, 160 mg/16 ml (10 mg/ml), 160 mg/8 ml (20 mg/ml), 20 mg/2 ml (10 mg/ml), 20 mg/ml (1 ml), 80 mg/4 ml (20 mg/ml), 80 mg/8 ml (10 mg/ml)</i> | 4                     | B/D PA              |
| <i>doxorubicina, sol. para reconst. intravenosa, 50 mg</i>                                                                                                                    | 4                     | B/D PA              |
| <i>doxorubicina, solución intravenosa</i>                                                                                                                                     | 4                     | B/D PA              |
| <i>doxorubicina, liposomal pegilada</i>                                                                                                                                       | 5                     | B/D PA; NDS         |
| DROXIA                                                                                                                                                                        | 3                     |                     |
| ELIGARD                                                                                                                                                                       | 4                     | PA                  |
| ELIGARD (3 MESES)                                                                                                                                                             | 4                     | PA                  |
| ELIGARD (4 MESES)                                                                                                                                                             | 4                     | PA                  |
| ELIGARD (6 MESES)                                                                                                                                                             | 4                     | PA                  |
| ELZONRIS                                                                                                                                                                      | 5                     | PA; NDS             |
| EMCYT                                                                                                                                                                         | 5                     | NDS                 |
| EMPLICITI                                                                                                                                                                     | 4                     | PA                  |
| ENHERTU                                                                                                                                                                       | 5                     | PA; NDS             |
| ENVARUS XR                                                                                                                                                                    | 4                     | B/D PA              |
| <i>epirubicina, solución intravenosa</i>                                                                                                                                      | 4                     | B/D PA              |
| ERBITUX                                                                                                                                                                       | 5                     | B/D PA; NDS         |
| ERIVEDGE                                                                                                                                                                      | 5                     | PA; QL (30/30); NDS |

| NOMBRE DEL MEDICAMENTO                                                             | NIVEL DEL MEDICAMENTO | REQUISITOS/ LÍMITES  |
|------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|----------------------|
| ERLEADA                                                                            | 5                     | PA; QL (120/30); NDS |
| <i>erlotinib, comprimidos orales, 100 mg, 150 mg</i>                               | 5                     | PA; QL (30/30); NDS  |
| <i>erlotinib, comprimidos orales, 25 mg</i>                                        | 5                     | PA; QL (60/30); NDS  |
| ETOPOPHOS                                                                          | 4                     | B/D PA               |
| <i>etopósido intravenoso</i>                                                       | 3                     | B/D PA               |
| EVEROLIMUS (ANTINEOPLÁSICO), COMPRIMIDOS ORALES, 10 MG                             | 5                     | PA; QL (30/30); NDS  |
| <i>everolimus (antineoplásico), comprimidos orales, 2.5 mg, 5 mg, 7.5 mg</i>       | 5                     | PA; QL (30/30); NDS  |
| <i>everolimus (antineoplásico), comprimidos orales para suspensión, 2 mg</i>       | 5                     | PA; QL (150/30); NDS |
| <i>everolimus (antineoplásico), comprimidos orales para suspensión, 3 mg, 5 mg</i> | 5                     | PA; QL (56/28); NDS  |
| <i>everolimus (inmunodepresor)</i>                                                 | 5                     | B/D PA; NDS          |
| EVOMELA                                                                            | 5                     | PA; NDS              |
| <i>exemestano</i>                                                                  | 2                     |                      |
| EXKIVITY                                                                           | 5                     | PA; LA; NDS          |
| FARYDAK                                                                            | 5                     | PA; QL (6/21); NDS   |
| FIRMAGON, KIT CON JERINGA DILUYENTE, SOL. PARA RECONST. SUBCUTÁNEA, 120 MG         | 5                     | B/D PA; NDS          |
| FIRMAGON, KIT CON JERINGA DILUYENTE, SOL. PARA RECONST. SUBCUTÁNEA, 80 MG          | 4                     | B/D PA               |
| <i>floxuridina</i>                                                                 | 4                     | B/D PA               |
| <i>fludarabina</i>                                                                 | 4                     | B/D PA               |
| <i>fluorouracilo intravenoso</i>                                                   | 4                     | B/D PA               |
| <i>flutamida</i>                                                                   | 2                     |                      |
| FOLOTYN                                                                            | 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 8.

## Medicamentos cubiertos por categoría

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

| NOMBRE DEL MEDICAMENTO                                                      | NIVEL DEL MEDICAMENTO | REQUISITOS/ LÍMITES      |
|-----------------------------------------------------------------------------|-----------------------|--------------------------|
| IMFINZI                                                                     | 5                     | PA; NDS                  |
| INFUGEM                                                                     | 5                     | B/D PA; NDS              |
| INLYTA, COMPRIMIDOS ORALES, 1 MG                                            | 5                     | PA; QL (180/30); NDS     |
| INLYTA, COMPRIMIDOS ORALES, 5 MG                                            | 5                     | PA; QL (120/30); NDS     |
| INQOVI                                                                      | 5                     | PA; QL (5/28); NDS       |
| INREBIC                                                                     | 5                     | PA; LA; QL (120/30); NDS |
| IRESSA                                                                      | 5                     | PA; QL (30/30); NDS      |
| <i>irinotecán</i>                                                           | 4                     | B/D PA                   |
| IXEMPRA                                                                     | 5                     | B/D PA; NDS              |
| JAKAFI                                                                      | 5                     | PA; QL (60/30); NDS      |
| JEMPERLI                                                                    | 5                     | PA; NDS                  |
| JEVTANA                                                                     | 4                     | B/D PA                   |
| KADCYLA                                                                     | 5                     | PA; NDS                  |
| KEYTRUDA                                                                    | 5                     | PA; NDS                  |
| KIMMTRAK                                                                    | 5                     | PA; NDS                  |
| KISQALI                                                                     | 5                     | PA; QL (63/28); NDS      |
| KISQALI FEMARA CO-PACK, COMPRIMIDOS ORALES, 200 MG/DÍA (200 MG X 1), 2.5 MG | 5                     | PA; QL (49/28); NDS      |
| KISQALI FEMARA CO-PACK, COMPRIMIDOS ORALES, 400 MG/DÍA (200 MG X 2), 2.5 MG | 5                     | PA; QL (70/28); NDS      |
| KISQALI FEMARA CO-PACK, COMPRIMIDOS ORALES, 600 MG/DÍA (200 MG X 3), 2.5 MG | 5                     | PA; QL (91/28); NDS      |
| KLISYRI                                                                     | 4                     | ST; QL (5/30)            |
| KYPROLIS                                                                    | 5                     | B/D PA; NDS              |
| <i>lapatinib</i>                                                            | 5                     | PA; QL (180/30); NDS     |
| <i>lenalidomida, cápsulas orales, 10 mg, 15 mg, 25 mg, 5 mg</i>             | 5                     | PA; LA; QL (28/28); NDS  |
| <i>lenalidomida, cápsulas orales, 2.5 mg</i>                                | 5                     | PA; QL (28/28); NDS      |

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 8.

## Medicamentos cubiertos por categoría

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

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

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

*Cursiva minúscula = Medicamento genérico*

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 8.

## Medicamentos cubiertos por categoría

| NOMBRE DEL MEDICAMENTO                                                                             | NIVEL DEL MEDICAMENTO | REQUISITOS/ LÍMITES      |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|--------------------------|
| MYLOTARG                                                                                           | 5                     | PA; NDS                  |
| <i>nelarabina</i>                                                                                  | 5                     | B/D PA; NDS              |
| NERLYNX                                                                                            | 5                     | PA; LA; NDS              |
| NEXAVAR                                                                                            | 5                     | PA; LA; QL (120/30); NDS |
| <i>nilutamida</i>                                                                                  | 5                     | NDS                      |
| NINLARO                                                                                            | 5                     | PA; QL (3/28); NDS       |
| NIPENT                                                                                             | 4                     | B/D PA                   |
| NUBEQA                                                                                             | 5                     | PA; LA; QL (120/30); NDS |
| NULOJIX                                                                                            | 5                     | B/D PA; NDS              |
| <i>acetato de octreotida, solución inyectable, 1,000 mcg/ml, 100 mcg/ml, 200 mcg/ml, 50 mcg/ml</i> | 4                     | PA                       |
| <i>acetato de octreotida, solución inyectable, 500 mcg/ml</i>                                      | 5                     | PA; NDS                  |
| <i>acetato de octreotida, jeringa inyectable</i>                                                   | 4                     | PA                       |
| ODOMZO                                                                                             | 5                     | PA; LA; QL (30/30); NDS  |
| ONCASPAR                                                                                           | 5                     | B/D PA; NDS              |
| ONIVYDE                                                                                            | 5                     | PA; NDS                  |
| ONUREG                                                                                             | 5                     | PA; QL (14/28); NDS      |
| OPDIVO                                                                                             | 5                     | PA; NDS                  |
| OPDUALAG                                                                                           | 5                     | PA; NDS                  |
| ORGOVYX                                                                                            | 5                     | PA; LA; QL (32/30); NDS  |
| <i>oxaliplatino</i>                                                                                | 4                     | B/D PA                   |
| <i>paclitaxel</i>                                                                                  | 4                     | B/D PA                   |
| PACLITAXEL PROTEIN-BOUND                                                                           | 5                     | PA; NDS                  |
| PADCEV                                                                                             | 5                     | PA; NDS                  |
| PEMAZYRE                                                                                           | 5                     | PA; LA; QL (14/21); NDS  |
| <i>pemetrexed disódico, sol. para reconst. intravenosa</i>                                         | 5                     | PA; NDS                  |
| PERJETA                                                                                            | 5                     | PA; NDS                  |
| PHESGO                                                                                             | 5                     | PA; NDS                  |

| NOMBRE DEL MEDICAMENTO                                                       | NIVEL DEL MEDICAMENTO | REQUISITOS/ LÍMITES      |
|------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|--------------------------|
| PIQRAY                                                                       | 5                     | PA; NDS                  |
| POLIVY                                                                       | 5                     | PA; NDS                  |
| POMALYST                                                                     | 5                     | PA; LA; QL (21/28); NDS  |
| PORTRAZZA                                                                    | 4                     | B/D PA                   |
| POTELIGEO                                                                    | 5                     | PA; NDS                  |
| PROGRAF INTRAVENOSO                                                          | 4                     | B/D PA                   |
| PROGRAF, PAQUETE DE GRÁNULOS ORALES                                          | 4                     | B/D PA                   |
| PURIXAN                                                                      | 5                     | NDS                      |
| QINLOCK                                                                      | 5                     | PA; LA; QL (90/30); NDS  |
| RETEVMO, CÁPSULAS ORALES, 40 MG                                              | 5                     | PA; LA; QL (180/30); NDS |
| RETEVMO, CÁPSULAS ORALES, 80 MG                                              | 5                     | PA; LA; QL (120/30); NDS |
| REVLIMID                                                                     | 5                     | PA; LA; QL (28/28); NDS  |
| ROMIDEPSIN                                                                   | 5                     | PA; NDS                  |
| ROZLYTREK, CÁPSULAS ORALES, 100 MG                                           | 5                     | PA; QL (150/30); NDS     |
| ROZLYTREK, CÁPSULAS ORALES, 200 MG                                           | 5                     | PA; QL (90/30); NDS      |
| RUBRACA                                                                      | 5                     | PA; LA; QL (120/30); NDS |
| RUXIENCE                                                                     | 5                     | PA; NDS                  |
| RYBREVANT                                                                    | 5                     | PA; NDS                  |
| RYDAPT                                                                       | 5                     | PA; QL (240/30); NDS     |
| RYLAZE                                                                       | 5                     | B/D PA; NDS              |
| SANDIMMUNE, SOLUCIÓN ORAL                                                    | 4                     | B/D PA                   |
| SANDOSTATIN LAR DEPOT, SUSPENSIÓN INTRAMUSCULAR, RECONST. DE LIB. PROLONGADA | 5                     | PA; NDS                  |
| SARCLISA                                                                     | 5                     | PA; NDS                  |
| SCEMBLIX, COMPRIMIDOS ORALES, 20 MG                                          | 5                     | PA; QL (60/30); NDS      |

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 8.



## Medicamentos cubiertos por categoría

| NOMBRE DEL MEDICAMENTO                                    | NIVEL DEL MEDICAMENTO | REQUISITOS/ LÍMITES     |
|-----------------------------------------------------------|-----------------------|-------------------------|
| SCEMBLIX, COMPRIMIDOS ORALES, 40 MG                       | 5                     | PA; QL (30/30); NDS     |
| SIGNIFOR                                                  | 5                     | PA; NDS                 |
| SIMULECT                                                  | 5                     | B/D PA; NDS             |
| <i>sirolimus, solución oral</i>                           | 5                     | B/D PA; NDS             |
| <i>sirolimus, comprimidos orales</i>                      | 4                     | B/D PA                  |
| SOLTAMOX                                                  | 5                     | NDS                     |
| SOMATULINE DEPOT                                          | 5                     | PA; NDS                 |
| <i>sorafenib</i>                                          | 5                     | PA; QL (120/30); NDS    |
| SPRYCEL, COMPRIMIDOS ORALES, 100 MG, 140 MG, 50 MG, 80 MG | 5                     | PA; QL (30/30); NDS     |
| SPRYCEL, COMPRIMIDOS ORALES, 20 MG, 70 MG                 | 5                     | PA; QL (60/30); NDS     |
| STIVARGA                                                  | 5                     | PA; QL (84/28); NDS     |
| <i>sunitinib</i>                                          | 5                     | PA; QL (30/30); NDS     |
| SUTENT                                                    | 5                     | PA; QL (30/30); NDS     |
| SYNRIBO                                                   | 5                     | PA; NDS                 |
| TABLOID                                                   | 4                     |                         |
| TABRECTA                                                  | 5                     | PA; NDS                 |
| <i>tacrolimus oral</i>                                    | 2                     | B/D PA                  |
| TAFINLAR                                                  | 5                     | PA; QL (120/30); NDS    |
| TAGRISSO                                                  | 5                     | PA; LA; QL (30/30); NDS |
| TALZENNA, CÁPSULAS ORALES, 0.25 MG                        | 5                     | PA; QL (90/30); NDS     |
| TALZENNA, CÁPSULAS ORALES, 0.5 MG, 0.75 MG, 1 MG          | 5                     | PA; QL (30/30); NDS     |
| <i>tamoxifeno</i>                                         | 2                     |                         |
| TARGRETIN TÓPICO                                          | 5                     | PA; NDS                 |
| TASIGNA, CÁPSULAS ORALES, 150 MG, 200 MG                  | 5                     | PA; QL (112/28); NDS    |

| NOMBRE DEL MEDICAMENTO                                                    | NIVEL DEL MEDICAMENTO | REQUISITOS/ LÍMITES     |
|---------------------------------------------------------------------------|-----------------------|-------------------------|
| TASIGNA, CÁPSULAS ORALES, 50 MG                                           | 5                     | PA; QL (120/30); NDS    |
| TAZVERIK                                                                  | 5                     | PA; LA; NDS             |
| TECENTRIQ                                                                 | 5                     | PA; NDS                 |
| TEMODAR INTRAVENOSO                                                       | 5                     | B/D PA; NDS             |
| <i>temsirolimus</i>                                                       | 5                     | B/D PA; NDS             |
| TEPMETKO                                                                  | 5                     | PA; LA; QL (60/30); NDS |
| THALOMID, CÁPSULAS ORALES, 100 MG, 150 MG, 50 MG                          | 5                     | PA; QL (28/28); NDS     |
| THALOMID, CÁPSULAS ORALES, 200 MG                                         | 5                     | PA; QL (56/28); NDS     |
| <i>tiotepa</i>                                                            | 4                     | PA                      |
| TIBSOVO                                                                   | 5                     | PA; NDS                 |
| TIVDAK                                                                    | 5                     | PA; NDS                 |
| <i>toposar</i>                                                            | 3                     | B/D PA                  |
| <i>topotecán, sol. para reconst. intravenosa</i>                          | 5                     | B/D PA; NDS             |
| <i>topotecán, solución intravenosa, 4 mg/4 ml (1 mg/ml)</i>               | 4                     | B/D PA                  |
| <i>toremifeno</i>                                                         | 5                     | NDS                     |
| TRAZIMERA                                                                 | 5                     | PA; NDS                 |
| TREANDA                                                                   | 5                     | B/D PA; NDS             |
| TRELSTAR, SUSPENSIÓN INTRAMUSCULAR PARA RECONSTITUCIÓN, 11.25 MG, 3.75 MG | 4                     | PA                      |
| TRELSTAR, SUSPENSIÓN INTRAMUSCULAR PARA RECONSTITUCIÓN, 22.5 MG           | 5                     | PA; NDS                 |
| <i>tretinoína (antineoplásico)</i>                                        | 5                     | NDS                     |
| TRIPTODUR                                                                 | 5                     | PA; QL (1/168); NDS     |
| TRODELVY                                                                  | 5                     | PA; NDS                 |
| TRUSELTIQ, CÁPSULAS ORALES, 100 MG/DÍA (100 MG X 1)                       | 5                     | PA; LA; QL (21/28); NDS |

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 8.

## Medicamentos cubiertos por categoría

| NOMBRE DEL MEDICAMENTO                                                               | NIVEL DEL MEDICAMENTO | REQUISITOS/ LÍMITES      |
|--------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|--------------------------|
| TRUSELTIQ, CÁPSULAS ORALES, 125 MG/DÍA (100 MG X 1-25 MG X 1), 50 MG/DÍA (25 MG X 2) | 5                     | PA; LA; QL (42/28); NDS  |
| TRUSELTIQ, CÁPSULAS ORALES, 75 MG/DÍA (25 MG X 3)                                    | 5                     | PA; LA; QL (63/28); NDS  |
| TUKYSA, COMPRIMIDOS ORALES, 150 MG                                                   | 5                     | PA; LA; QL (120/30); NDS |
| TUKYSA, COMPRIMIDOS ORALES, 50 MG                                                    | 5                     | PA; LA; QL (300/30); NDS |
| TURALIO                                                                              | 5                     | PA; LA; QL (120/30); NDS |
| UNITUXIN                                                                             | 5                     | PA; NDS                  |
| <i>valrubicina</i>                                                                   | 4                     | B/D PA                   |
| VECTIBIX                                                                             | 5                     | PA; NDS                  |
| VELCADE                                                                              | 5                     | PA; NDS                  |
| VENCLEXTA, COMPRIMIDOS ORALES, 10 MG                                                 | 4                     | PA; LA; QL (60/30)       |
| VENCLEXTA, COMPRIMIDOS ORALES, 100 MG                                                | 5                     | PA; LA; QL (120/30); NDS |
| VENCLEXTA, COMPRIMIDOS ORALES, 50 MG                                                 | 5                     | PA; LA; QL (30/30); NDS  |
| VENCLEXTA, PAQUETE INICIAL                                                           | 5                     | PA; LA; QL (84/365); NDS |
| VERZENIO                                                                             | 5                     | PA; LA; QL (60/30); NDS  |
| <i>vinblastina</i>                                                                   | 4                     | B/D PA                   |
| <i>vincasar pfs</i>                                                                  | 4                     | B/D PA                   |
| <i>vincristina</i>                                                                   | 4                     | B/D PA                   |
| <i>vinorelbina</i>                                                                   | 4                     | B/D PA                   |
| VITRAKVI, CÁPSULAS ORALES, 100 MG                                                    | 5                     | PA; LA; QL (60/30); NDS  |
| VITRAKVI, CÁPSULAS ORALES, 25 MG                                                     | 5                     | PA; LA; QL (180/30); NDS |
| VITRAKVI, SOLUCIÓN ORAL                                                              | 5                     | PA; LA; QL (300/30); NDS |
| VIZIMPRO                                                                             | 5                     | PA; QL (30/30); NDS      |

| NOMBRE DEL MEDICAMENTO                                                                                                                                                                                                                                              | NIVEL DEL MEDICAMENTO | REQUISITOS/ LÍMITES     |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|-------------------------|
| VONJO                                                                                                                                                                                                                                                               | 5                     | PA; QL (120/30); NDS    |
| VOTRIENT                                                                                                                                                                                                                                                            | 5                     | PA; QL (120/30); NDS    |
| VYXEOS                                                                                                                                                                                                                                                              | 5                     | B/D PA; NDS             |
| WELIREG                                                                                                                                                                                                                                                             | 5                     | PA; LA; QL (90/30); NDS |
| XALKORI                                                                                                                                                                                                                                                             | 5                     | PA; QL (60/30); NDS     |
| XATMEP                                                                                                                                                                                                                                                              | 4                     | PA                      |
| XOSPATA                                                                                                                                                                                                                                                             | 5                     | PA; LA; NDS             |
| XPOVIO, COMPRIMIDOS ORALES, 100 MG/SEMANA (50 MG X 2), 40 MG/SEMANA (40 MG X 1), 40 MG DOS VECES POR SEMANA (40 MG X 2), 60 MG/SEMANA (60 MG X 1), 60 MG DOS VECES POR SEMANA (120 MG/SEMANA), 80 MG/SEMANA (40 MG X 2), 80 MG DOS VECES POR SEMANA (160 MG/SEMANA) | 5                     | PA; LA; NDS             |
| XTANDI, CÁPSULAS ORALES                                                                                                                                                                                                                                             | 5                     | PA; QL (120/30); NDS    |
| XTANDI, COMPRIMIDOS ORALES, 40 MG                                                                                                                                                                                                                                   | 5                     | PA; QL (120/30); NDS    |
| XTANDI, COMPRIMIDOS ORALES, 80 MG                                                                                                                                                                                                                                   | 5                     | PA; QL (60/30); NDS     |
| YERVOY                                                                                                                                                                                                                                                              | 5                     | PA; NDS                 |
| YONDELIS                                                                                                                                                                                                                                                            | 5                     | PA; NDS                 |
| ZALTRAP                                                                                                                                                                                                                                                             | 4                     | B/D PA                  |
| ZANOSAR                                                                                                                                                                                                                                                             | 4                     | B/D PA                  |
| ZEJULA                                                                                                                                                                                                                                                              | 5                     | PA; LA; QL (90/30); NDS |
| ZELBORAF                                                                                                                                                                                                                                                            | 5                     | PA; QL (240/30); NDS    |
| ZEPZELCA                                                                                                                                                                                                                                                            | 5                     | PA; NDS                 |
| ZIRABEV                                                                                                                                                                                                                                                             | 5                     | PA; NDS                 |
| ZOLADEX                                                                                                                                                                                                                                                             | 4                     | B/D PA                  |
| ZOLINZA                                                                                                                                                                                                                                                             | 5                     | PA; QL (120/30); NDS    |

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 8.

## Medicamentos cubiertos por categoría

| NOMBRE DEL MEDICAMENTO             | NIVEL DEL MEDICAMENTO | REQUISITOS/ LÍMITES |
|------------------------------------|-----------------------|---------------------|
| ZORTRESS, COMPRIMIDOS ORALES, 1 MG | 5                     | B/D PA; NDS         |
| ZYDELIG                            | 5                     | PA; QL (60/30); NDS |
| ZYKADIA                            | 5                     | PA; QL (90/30); NDS |
| ZYNLONTA                           | 5                     | PA; NDS             |

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

#### ANTICONVULSIVOS

|                                                                          |   |                  |
|--------------------------------------------------------------------------|---|------------------|
| APTOM, COMPRIMIDOS ORALES, 200 MG                                        | 5 | QL (180/30); NDS |
| APTOM, COMPRIMIDOS ORALES, 400 MG                                        | 5 | QL (90/30); NDS  |
| APTOM, COMPRIMIDOS ORALES, 600 MG, 800 MG                                | 5 | QL (60/30); NDS  |
| BANZEL, SUSPENSIÓN ORAL                                                  | 5 | PA; NDS          |
| BRIVIACT INTRAVENOSO                                                     | 5 | NDS              |
| BRIVIACT, SOLUCIÓN ORAL                                                  | 5 | QL (600/30); NDS |
| BRIVIACT, COMPRIMIDOS ORALES                                             | 5 | QL (60/30); NDS  |
| <i>carbamazepina</i>                                                     | 2 |                  |
| CELONTIN, CÁPSULAS ORALES, 300 MG                                        | 3 |                  |
| <i>clobazam, suspensión oral</i>                                         | 4 | PA; QL (480/30)  |
| <i>clobazam, comprimidos orales, 10 mg</i>                               | 4 | PA; QL (120/30)  |
| <i>clobazam, comprimidos orales, 20 mg</i>                               | 4 | PA; QL (60/30)   |
| <i>clonazepam, comprimidos orales, 0.5 mg, 1 mg</i>                      | 2 | QL (120/30)      |
| <i>clonazepam, comprimidos orales, 2 mg</i>                              | 2 | QL (300/30)      |
| <i>clonazepam, comprimidos de desintegración oral, 0.125 mg, 0.25 mg</i> | 2 | QL (90/30)       |
| <i>clonazepam, comprimidos de desintegración oral, 0.5 mg, 1 mg</i>      | 2 | QL (120/30)      |

|                                                               |   |                          |
|---------------------------------------------------------------|---|--------------------------|
| <i>clonazepam, comprimidos de desintegración oral, 2 mg</i>   | 2 | QL (300/30)              |
| DIACOMIT                                                      | 3 | LA                       |
| <i>diazepam rectal</i>                                        | 4 |                          |
| DILANTIN, 30 MG                                               | 3 |                          |
| <i>divalproex</i>                                             | 2 |                          |
| EPIDIOLEX                                                     | 5 | PA; LA; NDS              |
| <i>epitol</i>                                                 | 2 |                          |
| EPRONTIA                                                      | 4 | PA; QL (480/30)          |
| <i>etosuximida</i>                                            | 3 |                          |
| <i>felbamato</i>                                              | 4 |                          |
| FINTEPLA                                                      | 5 | PA; LA; QL (360/30); NDS |
| <i>fosfenitoína</i>                                           | 3 |                          |
| FYCOMPA, SUSPENSIÓN ORAL                                      | 4 | QL (720/30)              |
| FYCOMPA, COMPRIMIDOS ORALES, 10 MG, 12 MG, 8 MG               | 5 | QL (30/30); NDS          |
| FYCOMPA, COMPRIMIDOS ORALES, 2 MG                             | 4 | QL (60/30)               |
| FYCOMPA, COMPRIMIDOS ORALES, 4 MG, 6 MG                       | 5 | QL (60/30); NDS          |
| <i>gabapentina, cápsulas orales, 100 mg, 300 mg</i>           | 2 | QL (360/30)              |
| <i>gabapentina, cápsulas orales, 400 mg</i>                   | 2 | QL (270/30)              |
| <i>gabapentina, solución oral</i>                             | 4 | QL (2160/30)             |
| <i>gabapentina, comprimidos orales, 600 mg</i>                | 2 | QL (180/30)              |
| <i>gabapentina, comprimidos orales, 800 mg</i>                | 2 | QL (120/30)              |
| <i>lacosamida intravenosa</i>                                 | 4 | QL (1200/30)             |
| <i>lacosamida, solución oral</i>                              | 5 | QL (1200/30); NDS        |
| <i>lacosamida, comprimidos orales, 100 mg, 150 mg, 200 mg</i> | 3 | QL (60/30)               |
| <i>lacosamida, comprimidos orales, 50 mg</i>                  | 3 | QL (120/30)              |

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 8.

## Medicamentos cubiertos por categoría

| NOMBRE DEL MEDICAMENTO                                                                                                    | NIVEL DEL MEDICAMENTO | REQUISITOS/ LÍMITES |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|---------------------|
| <i>lamotrigina, comprimidos orales</i>                                                                                    | 2                     |                     |
| <i>lamotrigina, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas</i>                                                   | 2                     |                     |
| <i>lamotrigina, comprimidos orales masticables dispersables</i>                                                           | 2                     |                     |
| <i>lamotrigina, comprimidos de desintegración oral</i>                                                                    | 2                     |                     |
| <i>levetiracetam en nacl (iso-osm.), infusión secundaria intravenosa, 1,000 mg/100 ml, 1,500 mg/100 ml, 500 mg/100 ml</i> | 4                     |                     |
| <i>levetiracetam intravenoso</i>                                                                                          | 3                     |                     |
| <i>levetiracetam oral</i>                                                                                                 | 2                     |                     |
| NAYZILAM                                                                                                                  | 5                     | PA; QL (10/30); NDS |
| <i>oxcarbazepina</i>                                                                                                      | 2                     |                     |
| <i>fenobarbital, elixir oral</i>                                                                                          | 3                     | PA; QL (1500/30)    |
| <i>fenobarbital, comprimidos orales</i>                                                                                   | 3                     | PA; QL (120/30)     |
| <i>fenobarbital sódico, solución inyectable</i>                                                                           | 3                     |                     |
| <i>fenitoína, suspensión oral</i>                                                                                         | 2                     |                     |
| <i>fenitoína, comprimidos orales masticables</i>                                                                          | 2                     |                     |
| <i>fenitoína sódica, liberación prolongada</i>                                                                            | 2                     |                     |
| <i>fenitoína sódica, solución intravenosa</i>                                                                             | 3                     |                     |
| <i>pregabalina, cápsulas orales, 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>                                                  | 2                     | QL (120/30)         |
| <i>pregabalina, cápsulas orales, 200 mg</i>                                                                               | 2                     | QL (90/30)          |
| <i>pregabalina, cápsulas orales, 225 mg, 300 mg</i>                                                                       | 2                     | QL (60/30)          |
| <i>pregabalina, solución oral</i>                                                                                         | 3                     | QL (900/30)         |

|                                                                                          |   |                     |
|------------------------------------------------------------------------------------------|---|---------------------|
| <i>pregabalina, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas, 165 mg, 82.5 mg</i> | 3 | QL (30/30)          |
| <i>pregabalina, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas, 330 mg</i>          | 3 | QL (60/30)          |
| <i>primidona</i>                                                                         | 2 |                     |
| <i>roweepra, comprimidos orales, 500 mg</i>                                              | 2 |                     |
| RUFINAMIDE, SUSPENSIÓN ORAL                                                              | 5 | PA; NDS             |
| <i>rufinamida, comprimidos orales</i>                                                    | 3 | PA                  |
| SPRITAM                                                                                  | 4 |                     |
| <i>subvenite</i>                                                                         | 2 |                     |
| <i>subvenite, paquete inicial (azul)</i>                                                 | 2 |                     |
| <i>subvenite, paquete inicial (verde)</i>                                                | 2 |                     |
| <i>subvenite, paquete inicial (naranja)</i>                                              | 2 |                     |
| SYMPAZAN                                                                                 | 5 | PA; QL (60/30); NDS |
| <i>tiagabina</i>                                                                         | 4 |                     |
| <i>topiramato, cápsulas orales, con gránulos</i>                                         | 2 | PA                  |
| <i>topimarato, comprimidos orales</i>                                                    | 2 | PA                  |
| TROKENDI XR, CÁPSULAS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA, 24 HORAS, 100 MG, 25 MG, 50 MG      | 4 | PA                  |
| TROKENDI XR, CÁPSULAS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA, 24 HORAS, 200 MG                    | 5 | PA; NDS             |
| <i>valproato sódico</i>                                                                  | 3 |                     |
| <i>ácido valproico</i>                                                                   | 2 |                     |
| <i>ácido valproico (como sal sódica)</i>                                                 | 2 |                     |
| VALTOCO                                                                                  | 5 | PA; QL (10/30); 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 8.

## Medicamentos cubiertos por categoría

| NOMBRE DEL MEDICAMENTO                                                                                                       | NIVEL DEL MEDICAMENTO | REQUISITOS/ LÍMITES      |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|--------------------------|
| <i>vigabatrina</i>                                                                                                           | 5                     | PA; LA; QL (180/30); NDS |
| <i>vigadrone</i>                                                                                                             | 5                     | PA; LA; QL (180/30); NDS |
| VIMPAT INTRAVENOSO                                                                                                           | 5                     | QL (1200/30); NDS        |
| VIMPAT, SOLUCIÓN ORAL                                                                                                        | 5                     | QL (1200/30); NDS        |
| VIMPAT, COMPRIMIDOS ORALES, 100 MG, 150 MG, 200 MG                                                                           | 5                     | QL (60/30); NDS          |
| VIMPAT, COMPRIMIDOS ORALES, 50 MG                                                                                            | 4                     | QL (120/30)              |
| XCOPRI, PAQUETE DE MANTENIMIENTO, COMPRIMIDOS ORALES, 250 MG/DÍA (150 MG X 1-100 MG X 1)                                     | 5                     | PA; NDS                  |
| XCOPRI, PAQUETE DE MANTENIMIENTO, COMPRIMIDOS ORALES, 350 MG/DÍA (200 MG X 1-150 MG X 1)                                     | 5                     | PA; QL (56/28); NDS      |
| XCOPRI, COMPRIMIDOS ORALES, 100 MG                                                                                           | 5                     | PA; NDS                  |
| XCOPRI, COMPRIMIDOS ORALES, 150 MG, 200 MG                                                                                   | 5                     | PA; QL (60/30); NDS      |
| XCOPRI, COMPRIMIDOS ORALES, 50 MG                                                                                            | 5                     | PA; QL (240/30); NDS     |
| XCOPRI, PAQUETE DE AJUSTE DE DOSIS, COMPRIMIDOS ORALES, PAQUETE DOSIFICADO, 12.5 MG (14)-25 MG (14), 150 MG (14)-200 MG (14) | 4                     | PA; QL (56/28)           |
| XCOPRI, PAQUETE DE AJUSTE DE DOSIS, COMPRIMIDOS ORALES, PAQUETE DOSIFICADO, 50 MG (14)-100 MG (14)                           | 4                     | PA; QL (56/365)          |
| ZONISADE                                                                                                                     | 5                     | PA; NDS                  |
| <i>zonisamida</i>                                                                                                            | 2                     | PA                       |
| ZTALMY                                                                                                                       | 5                     | PA; QL (90/30); NDS      |

| NOMBRE DEL MEDICAMENTO                                                 | NIVEL DEL MEDICAMENTO | REQUISITOS/ LÍMITES  |
|------------------------------------------------------------------------|-----------------------|----------------------|
| <b>AGENTES ANTIPARKINSONIANOS</b>                                      |                       |                      |
| <i>benzatropina inyectable</i>                                         | 4                     |                      |
| <i>benzatropina oral</i>                                               | 2                     | PA                   |
| <i>bromocriptina</i>                                                   | 4                     |                      |
| <i>carbidopa</i>                                                       | 4                     |                      |
| <i>carbidopa-levodopa, comprimidos orales</i>                          | 2                     |                      |
| <i>carbidopa-levodopa, comprimidos orales, liberación prolongada</i>   | 3                     |                      |
| <i>carbidopa-levodopa, comprimidos de desintegración oral</i>          | 2                     |                      |
| <i>carbidopa-levodopa-entacapona</i>                                   | 3                     |                      |
| DHIVY                                                                  | 4                     | ST                   |
| <i>entacapona</i>                                                      | 4                     |                      |
| KYNMOBI, PELÍCULA SUBLINGUAL, 10 MG, 15 MG, 20 MG, 25 MG, 30 MG        | 5                     | PA; QL (150/30); NDS |
| NEUPRO                                                                 | 4                     |                      |
| <i>pramipexol, comprimidos orales</i>                                  | 2                     |                      |
| <i>pramipexol, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas</i> | 4                     |                      |
| <i>rasagilina</i>                                                      | 3                     |                      |
| <i>ropinirol, comprimidos orales</i>                                   | 2                     |                      |
| RYTARY                                                                 | 4                     | ST                   |
| <i>clorhidrato de selegilina</i>                                       | 3                     |                      |
| <i>tolcapona</i>                                                       | 5                     | NDS                  |
| <i>trihexifenidilo</i>                                                 | 2                     | PA                   |
| <b>TRATAMIENTO DE LA MIGRAÑA/CEFALEA EN RACIMOS</b>                    |                       |                      |
| AIMOVIG, AUTOINYECTOR                                                  | 3                     | PA; QL (1/28)        |
| AJOVY, AUTOINYECTOR                                                    | 3                     | PA; QL (1.5/30)      |
| AJOVY, JERINGA                                                         | 3                     | PA; QL (1.5/30)      |
| <i>dihidroergotamina nasal</i>                                         | 5                     | PA; QL (8/28); NDS   |
| <i>ergotamina-cafeína</i>                                              | 3                     |                      |
| <i>migergot</i>                                                        | 5                     | NDS                  |

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 8.



## Medicamentos cubiertos por categoría

| NOMBRE DEL MEDICAMENTO                                                                         | NIVEL DEL MEDICAMENTO | REQUISITOS/ LÍMITES      |
|------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|--------------------------|
| <i>naratriptán</i>                                                                             | 3                     | QL (18/28)               |
| NURTEC ODT                                                                                     | 3                     | PA; QL (16/30)           |
| <i>rizatriptán</i>                                                                             | 3                     | QL (36/28)               |
| <i>sumatriptán, rociador nasal no aerosol, 20 mg/activación</i>                                | 4                     | QL (18/28)               |
| <i>sumatriptán, rociador nasal no aerosol, 5 mg/activación</i>                                 | 4                     | QL (36/28)               |
| <i>succinato de sumatriptán oral</i>                                                           | 2                     | QL (18/28)               |
| <i>succinato de sumatriptán, subcutáneo en cartucho</i>                                        | 4                     | QL (8/28)                |
| <i>succinato de sumatriptán, subcutáneo en lapicera</i>                                        | 4                     | QL (8/28)                |
| <i>succinato de sumatriptán, solución subcutánea</i>                                           | 4                     | QL (8/28)                |
| <b>TRATAMIENTOS NEUROLÓGICOS VARIOS</b>                                                        |                       |                          |
| ADLARITY                                                                                       | 4                     | ST; QL (4/28)            |
| AUSTEDO, COMPRIMIDOS ORALES, 12 MG, 9 MG                                                       | 5                     | PA; LA; QL (120/30); NDS |
| AUSTEDO, COMPRIMIDOS ORALES, 6 MG                                                              | 5                     | PA; LA; QL (60/30); NDS  |
| COPAXONE, JERINGA SUBCUTÁNEA, 20 MG/ML                                                         | 5                     | PA; QL (30/30); NDS      |
| COPAXONE, JERINGA SUBCUTÁNEA, 40 MG/ML                                                         | 5                     | PA; QL (12/28); NDS      |
| <i>dalfampridina</i>                                                                           | 3                     | PA; QL (60/30)           |
| <i>dimetilfumarato, cápsulas orales, liberación retardada (dr/ec), 120 mg (14)-240 mg (46)</i> | 5                     | PA; QL (120/365); NDS    |
| <i>dimetilfumarato, cápsulas orales, liberación retardada (dr/ec), 120 mg, 240 mg</i>          | 5                     | PA; QL (60/30); NDS      |
| <i>donepezilo, comprimidos orales, 10 mg</i>                                                   | 2                     | QL (60/30)               |
| <i>donepezilo, comprimidos orales, 5 mg</i>                                                    | 2                     | QL (30/30)               |
| <i>donepezilo, comprimidos de desintegración oral, 10 mg</i>                                   | 2                     | QL (60/30)               |
| <i>donepezilo, comprimidos de desintegración oral, 5 mg</i>                                    | 2                     | QL (30/30)               |
| FIRDAPSE                                                                                       | 5                     | PA; LA; NDS              |

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

### RELAJANTES MUSCULARES/TERAPIA ANTIESPASMÓDICA

|                                                   |   |  |
|---------------------------------------------------|---|--|
| <i>baclofeno, comprimidos orales, 10 mg, 5 mg</i> | 1 |  |
| <i>baclofeno, comprimidos orales, 20 mg</i>       | 2 |  |

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

*Cursiva minúscula = Medicamento genérico*

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 8.

## Medicamentos cubiertos por categoría

| NOMBRE DEL MEDICAMENTO                                                                               | NIVEL DEL MEDICAMENTO | REQUISITOS/ LÍMITES |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|---------------------|
| <i>ciclobenzaprina, comprimidos orales, 10 mg, 5 mg</i>                                              | 3                     | PA                  |
| <i>dantroleno oral</i>                                                                               | 4                     |                     |
| <i>metocarbamol, comprimidos orales, 500 mg, 750 mg</i>                                              | 2                     | PA                  |
| <i>bromuro de piridostigmina, jarabe oral</i>                                                        | 5                     | NDS                 |
| <i>bromuro de piridostigmina, comprimidos orales, 60 mg</i>                                          | 3                     |                     |
| <i>bromuro de piridostigmina, comprimidos orales, liberación prolongada</i>                          | 4                     |                     |
| <i>regonol</i>                                                                                       | 4                     |                     |
| <i>tizanidina, cápsulas orales</i>                                                                   | 4                     |                     |
| <i>tizanidina, comprimidos orales</i>                                                                | 2                     |                     |
| <b>ANALGÉSICOS NARCÓTICOS</b>                                                                        |                       |                     |
| <i>acetaminofeno-codeína, solución oral</i>                                                          | 2                     | QL (4500/30); NDS   |
| <i>acetaminofeno-codeína, comprimidos orales, 300-15 mg, 300-30 mg</i>                               | 2                     | QL (360/30); NDS    |
| <i>acetaminofeno-codeína, comprimidos orales, 300-60 mg</i>                                          | 2                     | QL (180/30); NDS    |
| <i>clorhidrato de buprenorfina, inyectable</i>                                                       | 4                     | NDS                 |
| <i>clorhidrato de buprenorfina sublingual</i>                                                        | 4                     | PA                  |
| <b>BUPRENORPHINE, PARCHE TRANSDÉRMICO SEMANAL, 10 MCG/HORA, 15 MCG/HORA, 20 MCG/HORA, 5 MCG/HORA</b> | 4                     | QL (4/28); NDS      |
| <i>buprenorfina, parche transdérmico semanal, 7.5 mcg/hora</i>                                       | 4                     | QL (4/28); NDS      |
| <i>endocet</i>                                                                                       | 3                     | QL (360/30); NDS    |
| <i>fentanilo</i>                                                                                     | 4                     | QL (10/30); NDS     |
| <i>citrato de fentanilo (pf), solución inyectable</i>                                                | 4                     | NDS                 |

| NOMBRE DEL MEDICAMENTO                                                                                     | NIVEL DEL MEDICAMENTO | REQUISITOS/ LÍMITES  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|----------------------|
| <b>FENTANYL CITRATE (PF), JERINGA INYECTABLE, 50 MCG/ML</b>                                                | 4                     | NDS                  |
| <i>citrato de fentanilo (pf), jeringa intravenosa, 100 mcg/2 ml (50 mcg/ml)</i>                            | 4                     | NDS                  |
| <i>citrato de fentanilo, pastilla bucal con aplicador, 1,200 mcg, 1,600 mcg, 400 mcg, 600 mcg, 800 mcg</i> | 5                     | PA; QL (120/30); NDS |
| <i>citrato de fentanilo, pastilla bucal con aplicador, 200 mcg</i>                                         | 4                     | PA; QL (120/30); NDS |
| <i>hidrocodona-acetaminofeno, solución oral, 7.5-325 mg/15 ml</i>                                          | 4                     | QL (5550/30); NDS    |
| <b>HYDROCODONE-ACETAMINOPHEN, COMPRIMIDOS ORALES, 10-300 MG, 7.5-300 MG</b>                                | 3                     | QL (390/30); NDS     |
| <i>hidrocodona-acetaminofeno, comprimidos orales, 10-325 mg, 5-325 mg, 7.5-325 mg</i>                      | 3                     | QL (360/30); NDS     |
| <i>hidrocodona-ibuprofeno</i>                                                                              | 3                     | QL (50/30); NDS      |
| <i>hidromorfona, líquido oral</i>                                                                          | 4                     | QL (2400/30); NDS    |
| <i>hidromorfona, comprimidos orales</i>                                                                    | 3                     | QL (180/30); NDS     |
| <b>INFUMORPH P/F</b>                                                                                       | 5                     | B/D PA; NDS          |
| <i>metadona, solución inyectable</i>                                                                       | 4                     | NDS                  |
| <i>metadona, concentrado oral</i>                                                                          | 4                     | QL (90/30); NDS      |
| <i>metadona, solución oral, 10 mg/5 ml</i>                                                                 | 4                     | QL (600/30); NDS     |
| <i>metadona, solución oral, 5 mg/5 ml</i>                                                                  | 4                     | QL (1200/30); NDS    |
| <i>metadona, comprimidos orales, 10 mg</i>                                                                 | 3                     | QL (120/30); NDS     |
| <i>metadona, comprimidos orales, 5 mg</i>                                                                  | 3                     | QL (240/30); NDS     |
| <i>morfina (pf), solución inyectable, 0.5 mg/ml, 1 mg/ml</i>                                               | 4                     | NDS                  |
| <i>morfina, solución oral concentrada</i>                                                                  | 3                     | QL (900/30); NDS     |

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

*Cursiva minúscula = Medicamento genérico*

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 8.

## Medicamentos cubiertos por categoría

| NOMBRE DEL MEDICAMENTO                                                                          | NIVEL DEL MEDICAMENTO | REQUISITOS/ LÍMITES |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|---------------------|
| MORPHINE, SOLUCIÓN INYECTABLE, 10 MG/ML, 2 MG/ML, 4 MG/ML, 5 MG/ML                              | 4                     | NDS                 |
| <i>morfina, solución inyectable, 8 mg/ml</i>                                                    | 4                     | NDS                 |
| MORPHINE, JERINGA INYECTABLE, 2 MG/ML, 4 MG/ML                                                  | 4                     | NDS                 |
| <i>morfina, solución intravenosa, 10 mg/ml, 4 mg/ml, 8 mg/ml</i>                                | 4                     | NDS                 |
| MORPHINE, JERINGA INTRAVENOSA, 10 MG/ML, 8 MG/ML                                                | 4                     | NDS                 |
| <i>morfina, jeringa intravenosa, 2 mg/ml, 4 mg/ml</i>                                           | 4                     | NDS                 |
| <i>morfina, solución oral</i>                                                                   | 3                     | QL (900/30); NDS    |
| MORPHINE, COMPRIMIDOS ORALES                                                                    | 3                     | QL (180/30); NDS    |
| <i>morfina, comprimidos orales, liberación prolongada</i>                                       | 3                     | QL (120/30); NDS    |
| <i>oxicodona, concentrado oral</i>                                                              | 4                     | QL (180/30); NDS    |
| <i>oxicodona, solución oral</i>                                                                 | 4                     | QL (1200/30); NDS   |
| OXICODONE, JERINGA ORAL                                                                         | 4                     | QL (180/30); NDS    |
| <i>oxicodona, comprimidos orales, 10 mg, 15 mg, 20 mg, 30 mg</i>                                | 3                     | QL (180/30); NDS    |
| <i>oxicodona, comprimidos orales, 5 mg</i>                                                      | 3                     | QL (360/30); NDS    |
| <i>oxicodona-acetaminofeno, comprimidos orales, 10-325 mg, 2.5-325 mg, 5-325 mg, 7.5-325 mg</i> | 3                     | QL (360/30); NDS    |
| <i>oximorfona, comprimidos orales, liberación prolongada, 12 horas</i>                          | 3                     | QL (90/30); NDS     |
| XTAMPZA ER                                                                                      | 3                     | QL (90/30); NDS     |
| <b>ANALGÉSICOS NO NARCÓTICOS</b>                                                                |                       |                     |
| <i>buprenorfina-naloxona, película sublingual, 12-3 mg</i>                                      | 4                     | QL (60/30)          |
| <i>buprenorfina-naloxona, película sublingual, 2-0.5 mg</i>                                     | 4                     | QL (360/30)         |

| NOMBRE DEL MEDICAMENTO                                            | NIVEL DEL MEDICAMENTO | REQUISITOS/ LÍMITES |
|-------------------------------------------------------------------|-----------------------|---------------------|
| <i>buprenorfina-naloxona, película sublingual, 4-1 mg, 8-2 mg</i> | 4                     | QL (90/30)          |
| <i>buprenorfina-naloxona, comprimidos sublinguales, 2-0.5 mg</i>  | 2                     | QL (360/30)         |
| <i>buprenorfina-naloxona, comprimidos sublinguales, 8-2 mg</i>    | 2                     | QL (90/30)          |
| <i>butorfanol nasal</i>                                           | 4                     | QL (10/28); NDS     |
| <i>celecoxib</i>                                                  | 3                     | QL (60/30)          |
| <i>diclofenaco potásico, comprimidos orales, 50 mg</i>            | 2                     |                     |
| <i>diclofenaco sódico oral</i>                                    | 2                     |                     |
| <i>diclofenaco sódico, gotas tópicas</i>                          | 4                     | QL (300/28)         |
| <i>diclofenaco sódico, gel tópico al 1%</i>                       | 3                     | QL (1000/28)        |
| <i>diflunisal</i>                                                 | 2                     |                     |
| <i>ec-naproxeno</i>                                               | 2                     |                     |
| <i>etodolaco</i>                                                  | 4                     |                     |
| <i>flurbiprofeno, comprimidos orales, 100 mg</i>                  | 2                     |                     |
| <i>ibu</i>                                                        | 1                     |                     |
| <i>ibuprofeno, suspensión oral</i>                                | 2                     |                     |
| <i>ibuprofeno, comprimidos orales, 400 mg, 600 mg, 800 mg</i>     | 1                     |                     |
| KLOXXADO                                                          | 3                     |                     |
| <i>meloxicam, comprimidos orales, 15 mg</i>                       | 1                     |                     |
| <i>meloxicam, comprimidos orales, 7.5 mg</i>                      | 1                     | QL (60/30)          |
| <i>nabumetona</i>                                                 | 2                     |                     |
| <i>naloxona, solución inyectable</i>                              | 2                     |                     |
| <i>naloxona, jeringa inyectable, 1 mg/ml</i>                      | 2                     |                     |
| <i>naloxona nasal</i>                                             | 3                     |                     |
| <i>naltrexona</i>                                                 | 2                     |                     |
| <i>naproxeno, suspensión oral</i>                                 | 3                     |                     |

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

*Cursiva minúscula = Medicamento genérico*

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 8.

## Medicamentos cubiertos por categoría

| NOMBRE DEL MEDICAMENTO                                                                            | NIVEL DEL MEDICAMENTO | REQUISITOS/ LÍMITES |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|---------------------|
| <i>naproxeno, comprimidos orales</i>                                                              | 1                     |                     |
| <i>naproxeno, comprimidos orales, liberación retardada (dr/ec)</i>                                | 2                     |                     |
| <i>naproxeno sódico, comprimidos orales, 275 mg, 550 mg</i>                                       | 4                     |                     |
| NARCAN                                                                                            | 3                     |                     |
| <i>oxaprozina</i>                                                                                 | 4                     |                     |
| <i>salsalato</i>                                                                                  | 2                     |                     |
| <i>sulindaco</i>                                                                                  | 2                     |                     |
| <i>tramadol, comprimidos orales, 50 mg</i>                                                        | 2                     | QL (240/30); NDS    |
| <i>tramadol-acetaminofeno</i>                                                                     | 3                     | QL (240/30); NDS    |
| VIVITROL                                                                                          | 5                     | NDS                 |
| ZUBSOLV, COMPRIMIDOS SUBLINGUALES, 0.7-0.18 MG, 1.4-0.36 MG, 11.4-2.9 MG, 2.9-0.71 MG, 5.7-1.4 MG | 3                     | QL (30/30)          |
| ZUBSOLV, COMPRIMIDOS SUBLINGUALES, 8.6-2.1 MG                                                     | 3                     | QL (60/30)          |
| <b>MEDICAMENTOS PSICOTERAPÉUTICOS</b>                                                             |                       |                     |
| ABILIFY MAINTENA                                                                                  | 5                     | QL (1/28); NDS      |
| <i>alprazolam, comprimidos orales, 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg</i>                                      | 2                     | QL (120/30)         |
| <i>alprazolam, comprimidos orales, 2 mg</i>                                                       | 2                     | QL (150/30)         |
| <i>alprazolam, comprimidos de desintegración oral, 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg</i>                      | 3                     | QL (90/30)          |
| <i>alprazolam, comprimidos de desintegración oral, 2 mg</i>                                       | 3                     | QL (150/30)         |
| <i>amitriptilina</i>                                                                              | 3                     |                     |
| <i>amoxapina</i>                                                                                  | 3                     |                     |
| <i>aripiprazol, solución oral</i>                                                                 | 4                     |                     |
| <i>aripiprazol, comprimidos orales, 10 mg, 15 mg, 2 mg, 5 mg</i>                                  | 3                     | QL (60/30)          |
| <i>aripiprazol, comprimidos orales, 20 mg, 30 mg</i>                                              | 3                     | QL (30/30)          |
| <i>aripiprazol, comprimidos de desintegración oral</i>                                            | 4                     | QL (60/30)          |

| NOMBRE DEL MEDICAMENTO                                                                       | NIVEL DEL MEDICAMENTO | REQUISITOS/ LÍMITES |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|---------------------|
| ARISTADA INITIO                                                                              | 5                     | QL (4.8/365); NDS   |
| ARISTADA, SUSPENSIÓN INTRAMUSCULAR, LIBERACIÓN PROLONGADA, JERINGA, 1,064 MG/3.9 ML          | 5                     | QL (3.9/56); NDS    |
| ARISTADA, SUSPENSIÓN INTRAMUSCULAR, LIBERACIÓN PROLONGADA, JERINGA, 441 MG/1.6 ML            | 5                     | QL (1.6/28); NDS    |
| ARISTADA, SUSPENSIÓN INTRAMUSCULAR, LIBERACIÓN PROLONGADA, JERINGA, 662 MG/2.4 ML            | 5                     | QL (2.4/28); NDS    |
| ARISTADA, SUSPENSIÓN INTRAMUSCULAR, LIBERACIÓN PROLONGADA, JERINGA, 882 MG/3.2 ML            | 5                     | QL (3.2/28); NDS    |
| <i>armodafinil</i>                                                                           | 3                     | PA; QL (30/30)      |
| <i>maleato de asenapina, comprimidos sublinguales, 10 mg, 2.5 mg</i>                         | 4                     | QL (60/30)          |
| <i>maleato de asenapina, comprimidos sublinguales, 5 mg</i>                                  | 4                     | QL (90/30)          |
| <i>atomoxetina, cápsulas orales, 10 mg, 18 mg, 25 mg, 40 mg</i>                              | 4                     | QL (60/30)          |
| <i>atomoxetina, cápsulas orales, 100 mg, 60 mg, 80 mg</i>                                    | 4                     | QL (30/30)          |
| BELSOMRA                                                                                     | 3                     | QL (30/30)          |
| <i>clorhidrato de bupropión, comprimidos orales, 100 mg</i>                                  | 3                     | QL (120/30)         |
| <i>clorhidrato de bupropión, comprimidos orales, 75 mg</i>                                   | 3                     | QL (180/30)         |
| <i>clorhidrato de bupropión, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas, 150 mg</i> | 3                     | QL (90/30)          |
| <i>clorhidrato de bupropión, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas, 300 mg</i> | 3                     | QL (30/30)          |
| <i>clorhidrato de bupropión, comprimidos orales, liberación sostenida, 12 horas, 100 mg</i>  | 3                     | 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 8.



## Medicamentos cubiertos por categoría

| NOMBRE DEL MEDICAMENTO                                                                              | NIVEL DEL MEDICAMENTO | REQUISITOS/ LÍMITES |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|---------------------|
| <i>clorhidrato de bupropión, comprimidos orales, liberación sostenida, 12 horas, 150 mg, 200 mg</i> | 3                     | QL (60/30)          |
| <i>buspirona</i>                                                                                    | 2                     |                     |
| CAPLYTA                                                                                             | 5                     | QL (30/30); NDS     |
| <i>clorpromazina inyectable</i>                                                                     | 4                     |                     |
| <i>clorpromazina oral</i>                                                                           | 2                     |                     |
| <i>citalopram, solución oral</i>                                                                    | 3                     |                     |
| <i>citalopram, comprimidos orales, 10 mg, 20 mg</i>                                                 | 1                     | QL (60/30)          |
| <i>citalopram, comprimidos orales, 40 mg</i>                                                        | 1                     | QL (30/30)          |
| <i>clomipramina</i>                                                                                 | 4                     |                     |
| <i>clorazepato dipotásico, comprimidos orales, 15 mg</i>                                            | 3                     | QL (180/30)         |
| <i>clorazepato dipotásico, comprimidos orales, 3.75 mg</i>                                          | 3                     | QL (90/30)          |
| <i>clorazepato dipotásico, comprimidos orales, 7.5 mg</i>                                           | 3                     | QL (360/30)         |
| <i>clozapina, comprimidos orales</i>                                                                | 3                     |                     |
| <i>clozapina, comprimidos de desintegración oral</i>                                                | 4                     |                     |
| DAYVIGO                                                                                             | 3                     | QL (30/30)          |
| <i>desipramina</i>                                                                                  | 3                     |                     |
| <i>succinato de desvenlafaxina, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas, 100 mg</i>     | 4                     | QL (120/30)         |
| <i>succinato de desvenlafaxina, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas, 25 mg</i>      | 4                     | QL (60/30)          |
| <i>succinato de desvenlafaxina, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas, 50 mg</i>      | 4                     | QL (90/30)          |
| <i>dexmetilfenidato, comprimidos orales</i>                                                         | 3                     |                     |
| <i>sulfato de dextroanfetamina, cápsulas orales, liberación prolongada</i>                          | 4                     |                     |

|                                                                                      |   |              |
|--------------------------------------------------------------------------------------|---|--------------|
| <i>sulfato de dextroanfetamina, solución oral</i>                                    | 4 | QL (1800/30) |
| <i>sulfato de dextroanfetamina, comprimidos orales</i>                               | 4 |              |
| <i>dextroanfetamina-anfetamina, cápsulas orales, liberación prolongada, 24 horas</i> | 4 | QL (60/30)   |
| <i>dextroanfetamina-anfetamina, comprimidos orales, 10 mg</i>                        | 3 | QL (180/30)  |
| <i>dextroanfetamina-anfetamina, comprimidos orales, 12.5 mg, 30 mg, 7.5 mg</i>       | 3 | QL (60/30)   |
| <i>dextroanfetamina-anfetamina, comprimidos orales, 15 mg</i>                        | 3 | QL (120/30)  |
| <i>dextroanfetamina-anfetamina, comprimidos orales, 20 mg</i>                        | 3 | QL (90/30)   |
| <i>dextroanfetamina-anfetamina, comprimidos orales, 5 mg</i>                         | 3 | QL (360/30)  |
| <i>diazepam inyectable</i>                                                           | 2 |              |
| <i>diazepam, intenosol</i>                                                           | 2 | QL (360/30)  |
| <i>diazepam, concentrado oral</i>                                                    | 2 | QL (360/30)  |
| <i>diazepam, solución oral</i>                                                       | 2 | QL (1800/30) |
| <i>diazepam, comprimidos orales</i>                                                  | 2 | QL (180/30)  |
| <i>doxepina, cápsulas orales</i>                                                     | 3 |              |
| <i>doxepina, concentrado oral</i>                                                    | 3 |              |
| DRIZALMA, CÁPSULAS ORALES CON GRÁNULOS, LIB. RETARDADA, 20 MG, 60 MG                 | 4 | QL (60/30)   |
| DRIZALMA, CÁPSULAS ORALES CON GRÁNULOS, LIB. RETARDADA, 30 MG                        | 4 | QL (120/30)  |
| DRIZALMA, CÁPSULAS ORALES CON GRÁNULOS, LIB. RETARDADA, 40 MG                        | 4 | QL (90/30)   |
| <i>duloxetina, cápsulas orales, liberación retardada (dr/ec), 20 mg, 60 mg</i>       | 2 | QL (60/30)   |
| <i>duloxetina, cápsulas orales, liberación retardada (dr/ec), 30 mg</i>              | 2 | QL (120/30)  |

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 8.



## Medicamentos cubiertos por categoría

| NOMBRE DEL MEDICAMENTO                                                   | NIVEL DEL MEDICAMENTO | REQUISITOS/ LÍMITES |
|--------------------------------------------------------------------------|-----------------------|---------------------|
| EMSAM                                                                    | 5                     | QL (30/30); NDS     |
| oxalato de escitalopram, solución oral                                   | 3                     | QL (600/30)         |
| oxalato de escitalopram, comprimidos orales, 10 mg, 5 mg                 | 2                     | QL (60/30)          |
| oxalato de escitalopram, comprimidos orales, 20 mg                       | 2                     | QL (30/30)          |
| FANAPT, COMPRIMIDOS ORALES, 1 MG, 2 MG, 4 MG                             | 4                     | PA; QL (60/30)      |
| FANAPT, COMPRIMIDOS ORALES, 10 MG, 12 MG, 6 MG                           | 5                     | PA; QL (60/30); NDS |
| FANAPT, COMPRIMIDOS ORALES, 8 MG                                         | 5                     | PA; QL (90/30); NDS |
| FANAPT, COMPRIMIDOS ORALES, PAQUETE DOSIFICADO                           | 4                     | PA; QL (16/365)     |
| FETZIMA, CÁPSULAS ORALES, LIB. PROL., 24 HORAS, PAQUETE DOSIFICADO       | 4                     | ST; QL (56/365)     |
| FETZIMA, CÁPSULAS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA, 24 HORAS                | 4                     | ST; QL (30/30)      |
| fluoxetina (trastorno disfórico premenstrual), comprimidos orales, 10 mg | 3                     | QL (120/30)         |
| fluoxetina (trastorno disfórico premenstrual), comprimidos orales, 20 mg | 3                     |                     |
| fluoxetina, cápsulas orales, 10 mg                                       | 2                     | QL (120/30)         |
| fluoxetina, cápsulas orales, 20 mg                                       | 2                     |                     |
| fluoxetina, cápsulas orales, 40 mg                                       | 2                     | QL (90/30)          |
| fluoxetina, cápsulas orales, liberación retardada (dr/ec)                | 3                     | QL (4/28)           |
| fluoxetina, solución oral                                                | 2                     |                     |

| NOMBRE DEL MEDICAMENTO                                          | NIVEL DEL MEDICAMENTO | REQUISITOS/ LÍMITES |
|-----------------------------------------------------------------|-----------------------|---------------------|
| fluoxetina, comprimidos orales, 10 mg                           | 3                     | QL (120/30)         |
| fluoxetina, comprimidos orales, 20 mg                           | 3                     |                     |
| decanoato de flufenazina                                        | 4                     |                     |
| clorhidrato de flufenazina inyectable                           | 4                     |                     |
| clorhidrato de flufenazina, concentrado oral                    | 4                     |                     |
| clorhidrato de flufenazina, elixir oral                         | 4                     |                     |
| clorhidrato de flufenazina, comprimidos orales                  | 2                     |                     |
| fluvoxamina, comprimidos orales, 100 mg, 25 mg                  | 2                     | QL (90/30)          |
| fluvoxamina, comprimidos orales, 50 mg                          | 2                     | QL (120/30)         |
| guanfacina, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas | 4                     | QL (30/30)          |
| decanoato de haloperidol                                        | 4                     |                     |
| lactato de haloperidol inyectable                               | 4                     |                     |
| lactato de haloperidol oral                                     | 2                     |                     |
| haloperidol, comprimidos orales, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 5 mg       | 1                     |                     |
| haloperidol, comprimidos orales, 10 mg, 20 mg                   | 2                     |                     |
| HETLIOZ                                                         | 5                     | PA; QL (30/30); NDS |
| clorhidrato de imipramina                                       | 3                     |                     |
| INVEGA HAFYERA, JERINGA INTRAMUSCULAR, 1,092 MG/3.5 ML          | 5                     | QL (3.5/180); NDS   |
| INVEGA HAFYERA, JERINGA INTRAMUSCULAR, 1,560 MG/5 ML            | 5                     | QL (5/180); NDS     |
| INVEGA SUSTENNA, JERINGA INTRAMUSCULAR, 117 MG/0.75 ML          | 5                     | QL (0.75/28); NDS   |

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 8.

## Medicamentos cubiertos por categoría

| NOMBRE DEL MEDICAMENTO                                  | NIVEL DEL MEDICAMENTO | REQUISITOS/ LÍMITES |
|---------------------------------------------------------|-----------------------|---------------------|
| INVEGA SUSTENNA, JERINGA INTRAMUSCULAR, 156 MG/ML       | 5                     | QL (1/28); NDS      |
| INVEGA SUSTENNA, JERINGA INTRAMUSCULAR, 234 MG/1.5 ML   | 5                     | QL (1.5/28); NDS    |
| INVEGA SUSTENNA, JERINGA INTRAMUSCULAR, 39 MG/0.25 ML   | 4                     | QL (0.25/28)        |
| INVEGA SUSTENNA, JERINGA INTRAMUSCULAR, 78 MG/0.5 ML    | 5                     | QL (0.5/28); NDS    |
| INVEGA TRINZA, JERINGA INTRAMUSCULAR, 273 MG/0.88 ML    | 4                     | QL (0.88/90)        |
| INVEGA TRINZA, JERINGA INTRAMUSCULAR, 410 MG/1.32 ML    | 4                     | QL (1.32/90)        |
| INVEGA TRINZA, JERINGA INTRAMUSCULAR, 546 MG/1.75 ML    | 4                     | QL (1.75/90)        |
| INVEGA TRINZA, JERINGA INTRAMUSCULAR, 819 MG/2.63 ML    | 4                     | QL (2.63/90)        |
| LATUDA, COMPRIMIDOS ORALES, 120 MG, 20 MG, 40 MG, 60 MG | 5                     | QL (30/30); NDS     |
| LATUDA, COMPRIMIDOS ORALES, 80 MG                       | 5                     | QL (60/30); NDS     |
| <i>carbonato de litio</i>                               | 2                     |                     |
| <i>lorazepam, solución inyectable</i>                   | 4                     |                     |
| <i>lorazepam, jeringa inyectable, 2 mg/ml</i>           | 4                     |                     |
| <i>lorazepam, intensol</i>                              | 3                     | QL (150/30)         |
| <i>lorazepam, concentrado oral</i>                      | 3                     | QL (150/30)         |
| <i>lorazepam, jeringa oral</i>                          | 3                     | QL (150/30)         |
| <i>lorazepam, comprimidos orales, 0.5 mg, 1 mg</i>      | 2                     | QL (90/30)          |
| <i>lorazepam, comprimidos orales, 2 mg</i>              | 2                     | QL (150/30)         |
| <i>succinato de loxapina</i>                            | 2                     |                     |

| NOMBRE DEL MEDICAMENTO                                                                                                                                                                                                   | NIVEL DEL MEDICAMENTO | REQUISITOS/ LÍMITES |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|---------------------|
| LYBALVI                                                                                                                                                                                                                  | 5                     | PA; QL (30/30); NDS |
| MARPLAN                                                                                                                                                                                                                  | 4                     | QL (180/30)         |
| <i>metadate, liberación prolongada</i>                                                                                                                                                                                   | 3                     |                     |
| <i>clorhidrato de metilfenidato, comprimidos orales</i>                                                                                                                                                                  | 3                     | QL (90/30)          |
| <i>clorhidrato de metilfenidato, comprimidos orales, liberación prolongada</i>                                                                                                                                           | 3                     |                     |
| <i>clorhidrato de metilfenidato, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas, 18 mg, 18 mg (calificación bx), 27 mg, 27 mg (calificación bx), 36 mg, 36 mg (calificación bx), 54 mg, 54 mg (calificación bx)</i> | 3                     |                     |
| <i>mirtazapina, comprimidos orales</i>                                                                                                                                                                                   | 2                     |                     |
| <i>mirtazapina, comprimidos de desintegración oral</i>                                                                                                                                                                   | 3                     | QL (30/30)          |
| <i>modafinil, comprimidos orales, 100 mg</i>                                                                                                                                                                             | 4                     | PA; QL (30/30)      |
| <i>modafinil, comprimidos orales, 200 mg</i>                                                                                                                                                                             | 4                     | PA; QL (60/30)      |
| <i>molindona</i>                                                                                                                                                                                                         | 2                     |                     |
| <i>nefazodona</i>                                                                                                                                                                                                        | 4                     |                     |
| <i>nortriptilina, cápsulas orales</i>                                                                                                                                                                                    | 2                     |                     |
| <i>nortriptilina, solución oral</i>                                                                                                                                                                                      | 3                     |                     |
| NUPLAZID                                                                                                                                                                                                                 | 5                     | PA; QL (30/30); NDS |
| <i>olanzapina intramuscular</i>                                                                                                                                                                                          | 4                     | QL (30/30)          |
| <i>olanzapina, comprimidos orales, 10 mg, 2.5 mg, 5 mg, 7.5 mg</i>                                                                                                                                                       | 2                     | QL (60/30)          |
| <i>olanzapina, comprimidos orales, 15 mg, 20 mg</i>                                                                                                                                                                      | 2                     | QL (30/30)          |
| <i>olanzapina, comprimidos de desintegración oral, 10 mg, 5 mg</i>                                                                                                                                                       | 4                     | QL (60/30)          |

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 8.

## Medicamentos cubiertos por categoría

| NOMBRE DEL MEDICAMENTO                                                                 | NIVEL DEL MEDICAMENTO | REQUISITOS/ LÍMITES |
|----------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|---------------------|
| <i>olanzapina, comprimidos de desintegración oral, 15 mg, 20 mg</i>                    | 4                     | QL (30/30)          |
| <i>olanzapina-fluoxetina</i>                                                           | 4                     |                     |
| <i>oxazepam</i>                                                                        | 2                     | QL (120/30)         |
| <i>paliperidona, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas, 1.5 mg, 9 mg</i> | 4                     | PA; QL (30/30)      |
| <i>paliperidona, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas, 3 mg, 6 mg</i>   | 4                     | PA; QL (60/30)      |
| <i>clorhidrato de paroxetina, suspensión oral, 10 mg/5 ml</i>                          | 4                     | ST; QL (900/30)     |
| <i>PAROXETINE HCL, SUSPENSIÓN ORAL, 10 MG/5 ML</i>                                     | 4                     | ST; QL (900/30)     |
| <i>clorhidrato de paroxetina, comprimidos orales, 10 mg</i>                            | 2                     | QL (180/30)         |
| <i>clorhidrato de paroxetina, comprimidos orales, 20 mg, 40 mg</i>                     | 2                     | QL (30/30)          |
| <i>clorhidrato de paroxetina, comprimidos orales, 30 mg</i>                            | 2                     | QL (60/30)          |
| <i>clorhidrato de paroxetina, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas</i>  | 3                     | QL (60/30)          |
| <i>PAXIL, SUSPENSIÓN ORAL</i>                                                          | 4                     | ST; QL (900/30)     |
| <i>perfenazina</i>                                                                     | 4                     |                     |
| <i>perfenazina-amitriptilina</i>                                                       | 4                     |                     |
| <i>PERSERIS</i>                                                                        | 5                     | QL (1/28); NDS      |
| <i>fenelzina</i>                                                                       | 3                     |                     |
| <i>pimozida</i>                                                                        | 4                     |                     |
| <i>protriptilina</i>                                                                   | 4                     |                     |
| <i>quetiapina, comprimidos orales, 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>                            | 2                     | QL (120/30)         |
| <i>quetiapina, comprimidos orales, 150 mg, 200 mg</i>                                  | 2                     | QL (90/30)          |
| <i>quetiapina, comprimidos orales, 300 mg, 400 mg</i>                                  | 2                     | QL (60/30)          |

| NOMBRE DEL MEDICAMENTO                                                                                               | NIVEL DEL MEDICAMENTO | REQUISITOS/ LÍMITES |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|---------------------|
| <i>quetiapina, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas, 150 mg, 200 mg</i>                               | 3                     | QL (30/30)          |
| <i>quetiapina, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas, 300 mg, 400 mg, 50 mg</i>                        | 3                     | QL (60/30)          |
| <i>ramelteón</i>                                                                                                     | 3                     | QL (30/30)          |
| <i>REXULTI</i>                                                                                                       | 5                     | QL (30/30); NDS     |
| <i>RISPERDAL CONSTA, SUSPENSIÓN INTRAMUSCULAR, RECONST. DE LIB. PROLONGADA, 12.5 MG/2 ML</i>                         | 4                     | QL (2/28)           |
| <i>RISPERDAL CONSTA, SUSPENSIÓN INTRAMUSCULAR, RECONST. DE LIB. PROLONGADA, 25 MG/2 ML, 37.5 MG/2 ML, 50 MG/2 ML</i> | 5                     | QL (2/28); NDS      |
| <i>risperidona, solución oral</i>                                                                                    | 2                     |                     |
| <i>risperidona, jeringa oral</i>                                                                                     | 2                     |                     |
| <i>risperidona, comprimidos orales, 0.25 mg, 0.5 mg, 4 mg</i>                                                        | 2                     | QL (120/30)         |
| <i>risperidona, comprimidos orales, 1 mg</i>                                                                         | 2                     | QL (180/30)         |
| <i>risperidona, comprimidos orales, 2 mg</i>                                                                         | 2                     | QL (90/30)          |
| <i>risperidona, comprimidos orales, 3 mg</i>                                                                         | 2                     | QL (60/30)          |
| <i>risperidona, comprimidos de desintegración oral, 0.25 mg, 0.5 mg, 4 mg</i>                                        | 4                     | QL (120/30)         |
| <i>risperidona, comprimidos de desintegración oral, 1 mg</i>                                                         | 4                     | QL (180/30)         |
| <i>risperidona, comprimidos de desintegración oral, 2 mg</i>                                                         | 4                     | QL (90/30)          |
| <i>risperidona, comprimidos de desintegración oral, 3 mg</i>                                                         | 4                     | QL (60/30)          |
| <i>SECUADO</i>                                                                                                       | 5                     | QL (30/30); NDS     |
| <i>sertralina, concentrado oral</i>                                                                                  | 4                     |                     |
| <i>sertralina, comprimidos orales</i>                                                                                | 1                     | QL (60/30)          |

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

*Cursiva minúscula = Medicamento genérico*

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 8.

## Medicamentos cubiertos por categoría

| NOMBRE DEL MEDICAMENTO                                                                | NIVEL DEL MEDICAMENTO | REQUISITOS/ LÍMITES      |
|---------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|--------------------------|
| <i>temazepam, cápsulas orales, 15 mg, 30 mg</i>                                       | 4                     | QL (60/365)              |
| <i>tioridazina</i>                                                                    | 3                     |                          |
| <i>tiotixeno</i>                                                                      | 4                     |                          |
| <i>tranilcipromina</i>                                                                | 4                     |                          |
| <i>trazodona</i>                                                                      | 2                     |                          |
| <i>trifluoperazina</i>                                                                | 3                     |                          |
| <i>trimipramina</i>                                                                   | 4                     |                          |
| TRINTELLIX                                                                            | 4                     | ST; QL (30/30)           |
| <i>venlafaxina, cápsulas orales, liberación prolongada, 24 horas, 150 mg, 37.5 mg</i> | 2                     | QL (60/30)               |
| <i>venlafaxina, cápsulas orales, liberación prolongada, 24 horas, 75 mg</i>           | 2                     | QL (90/30)               |
| <i>venlafaxina, comprimidos orales, 100 mg, 25 mg, 37.5 mg</i>                        | 2                     | QL (90/30)               |
| <i>venlafaxina, comprimidos orales, 50 mg, 75 mg</i>                                  | 2                     | QL (120/30)              |
| VERSACLOZ                                                                             | 5                     | NDS                      |
| VIIBRYD, COMPRIMIDOS ORALES                                                           | 4                     | ST; QL (30/30)           |
| VIIBRYD, COMPRIMIDOS ORALES, PAQUETE DOSIFICADO, 10 MG (7), 20 MG (23)                | 4                     | ST; QL (60/365)          |
| <i>vilazodona</i>                                                                     | 4                     | ST; QL (30/30)           |
| VRAYLAR, CÁPSULAS ORALES                                                              | 5                     | PA; QL (30/30); NDS      |
| VRAYLAR, CÁPSULAS ORALES, PAQUETE DOSIFICADO                                          | 4                     | PA; QL (14/365)          |
| XYREM                                                                                 | 5                     | PA; LA; QL (540/30); NDS |
| <i>zaleplon, cápsulas orales, 10 mg</i>                                               | 3                     | QL (60/30)               |
| <i>zaleplon, cápsulas orales, 5 mg</i>                                                | 3                     | QL (30/30)               |
| <i>clorhidrato de ziprasidona, cápsulas orales, 20 mg</i>                             | 3                     | QL (180/30)              |

| NOMBRE DEL MEDICAMENTO                                                 | NIVEL DEL MEDICAMENTO | REQUISITOS/ LÍMITES |
|------------------------------------------------------------------------|-----------------------|---------------------|
| <i>clorhidrato de ziprasidona, cápsulas orales, 40 mg</i>              | 3                     | QL (120/30)         |
| <i>clorhidrato de ziprasidona, cápsulas orales, 60 mg, 80 mg</i>       | 3                     | QL (60/30)          |
| <i>mesilato de ziprasidona</i>                                         | 4                     | QL (6/30)           |
| <i>zolpidem, comprimidos orales</i>                                    | 2                     | QL (30/30)          |
| ZYPREXA RELPREVV, SUSPENSIÓN INTRAMUSCULAR PARA RECONSTITUCIÓN, 210 MG | 4                     | PA; QL (2/28)       |
| ZYPREXA RELPREVV, SUSPENSIÓN INTRAMUSCULAR PARA RECONSTITUCIÓN, 300 MG | 5                     | PA; QL (2/28); NDS  |
| ZYPREXA RELPREVV, SUSPENSIÓN INTRAMUSCULAR PARA RECONSTITUCIÓN, 405 MG | 5                     | PA; QL (1/28); NDS  |

### CARDIOVASCULARES, HIPERTENSIÓN/LÍPIDOS

#### AGENTES ANTIARRÍTMICOS

|                                                                      |   |        |
|----------------------------------------------------------------------|---|--------|
| <i>amiodarona, solución intravenosa</i>                              | 4 | B/D PA |
| <i>amiodarona oral</i>                                               | 2 |        |
| <i>dofetilida</i>                                                    | 3 |        |
| <i>flecainida</i>                                                    | 3 |        |
| <i>lidocaína (pf), intravenosa</i>                                   | 4 |        |
| <i>mexiletina</i>                                                    | 2 |        |
| <i>pacerona, comprimidos orales, 100 mg, 200 mg, 400 mg</i>          | 2 |        |
| <i>propafenona, cápsulas orales, liberación prolongada, 12 horas</i> | 4 |        |
| <i>propafenona, comprimidos orales</i>                               | 2 |        |
| <i>sulfato de quinidina, comprimidos orales</i>                      | 2 |        |
| <i>sorine</i>                                                        | 2 |        |
| <i>sotalol af</i>                                                    | 2 |        |
| <i>sotalol oral</i>                                                  | 2 |        |
| SOTYLIZE                                                             | 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 8.

## Medicamentos cubiertos por categoría

| NOMBRE DEL MEDICAMENTO                                    | NIVEL DEL MEDICAMENTO | REQUISITOS/ LÍMITES |
|-----------------------------------------------------------|-----------------------|---------------------|
| <b>TRATAMIENTO ANTIHIPERTENSIVO</b>                       |                       |                     |
| <i>acebutolol</i>                                         | 2                     |                     |
| <i>aliskireno</i>                                         | 4                     |                     |
| <i>amilorida</i>                                          | 2                     |                     |
| <i>amilorida-hidroclorotiazida</i>                        | 2                     |                     |
| <i>amlodipina</i>                                         | 1                     |                     |
| <i>amlodipina-atorvastatina</i>                           | 1                     |                     |
| <i>amlodipina-benazepril</i>                              | 1                     |                     |
| <i>amlodipina-olmesartán</i>                              | 1                     |                     |
| <i>amlodipina-valsartán</i>                               | 1                     |                     |
| <i>amlodipina-valsartán-hidroclorotiazida</i>             | 1                     |                     |
| <i>atenolol</i>                                           | 1                     |                     |
| <i>atenolol-clortalidona</i>                              | 1                     |                     |
| <i>benazepril</i>                                         | 1                     |                     |
| <i>benazepril-hidroclorotiazida</i>                       | 1                     |                     |
| <i>betaxolol oral</i>                                     | 2                     |                     |
| BIDIL                                                     | 3                     | QL (180/30)         |
| <i>fumarato de bisoprolol</i>                             | 2                     |                     |
| <i>bisoprolol-hidroclorotiazida</i>                       | 1                     |                     |
| <i>bumetanida inyectable</i>                              | 4                     |                     |
| <i>bumetanida oral</i>                                    | 3                     |                     |
| <i>candesartán, comprimidos orales, 16 mg, 4 mg, 8 mg</i> | 1                     | QL (60/30)          |
| <i>candesartán, comprimidos orales, 32 mg</i>             | 1                     | QL (30/30)          |
| <i>candesartán-hidroclorotiazida</i>                      | 1                     |                     |
| <i>captopril</i>                                          | 1                     |                     |
| CAROSPIR                                                  | 3                     |                     |
| <i>cartia xt</i>                                          | 2                     |                     |
| <i>carvedilol</i>                                         | 1                     |                     |
| <i>fosfato de carvedilol</i>                              | 3                     |                     |
| <i>clorotiazida sódica</i>                                | 4                     |                     |
| <i>clortalidona, comprimidos orales, 25 mg, 50 mg</i>     | 2                     |                     |
| <i>clonidina</i>                                          | 4                     | QL (4/28)           |

| NOMBRE DEL MEDICAMENTO                                                                                                    | NIVEL DEL MEDICAMENTO | REQUISITOS/ LÍMITES |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|---------------------|
| <i>clorhidrato de clonidina, comprimidos orales, 0.1 mg, 0.2 mg</i>                                                       | 1                     |                     |
| <i>clorhidrato de clonidina, comprimidos orales, 0.3 mg</i>                                                               | 2                     |                     |
| <i>clorhidrato de diltiazem intravenoso</i>                                                                               | 4                     |                     |
| <i>clorhidrato de diltiazem, cápsulas orales, liberación prolongada, 24 horas, degradable</i>                             | 2                     |                     |
| <i>clorhidrato de diltiazem, cápsulas orales, liberación prolongada, 12 horas</i>                                         | 2                     |                     |
| <i>clorhidrato de diltiazem, cápsulas orales, liberación prolongada, 24 horas, 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg, 420 mg</i> | 2                     |                     |
| <i>clorhidrato de diltiazem, cápsulas orales, liberación prolongada, 24 horas, 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg</i>         | 2                     |                     |
| <i>clorhidrato de diltiazem, comprimidos orales</i>                                                                       | 2                     |                     |
| <i>clorhidrato de diltiazem, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas</i>                                      | 2                     |                     |
| <i>dilt-xr</i>                                                                                                            | 2                     |                     |
| <i>doxazosina, comprimidos orales, 1 mg, 2 mg, 4 mg</i>                                                                   | 2                     | QL (30/30)          |
| <i>doxazosina, comprimidos orales, 8 mg</i>                                                                               | 2                     | QL (60/30)          |
| EDARBI                                                                                                                    | 4                     |                     |
| EDARBYCLOR                                                                                                                | 4                     |                     |
| <i>maleato de enalapril, comprimidos orales</i>                                                                           | 1                     |                     |
| <i>enalapril-hidroclorotiazida</i>                                                                                        | 1                     |                     |
| <i>etacrinato sódico</i>                                                                                                  | 4                     |                     |
| <i>felodipina</i>                                                                                                         | 2                     |                     |
| <i>fosinopril</i>                                                                                                         | 1                     |                     |

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

*Cursiva minúscula = Medicamento genérico*

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 8.



## Medicamentos cubiertos por categoría

| NOMBRE DEL MEDICAMENTO                                                        | NIVEL DEL MEDICAMENTO | REQUISITOS/ LÍMITES |
|-------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|---------------------|
| <i>fosinopril-hidroclorotiazida</i>                                           | 1                     |                     |
| <i>furosemida inyectable</i>                                                  | 4                     |                     |
| <i>furosemida, solución oral, 10 mg/ml, 40 mg/5 ml (8 mg/ml)</i>              | 2                     |                     |
| FUROSEMIDE, SOLUCIÓN ORAL, 40 MG/4 ML                                         | 2                     |                     |
| <i>furosemida, comprimidos orales</i>                                         | 1                     |                     |
| <i>hidralazina inyectable</i>                                                 | 4                     |                     |
| <i>hidralazina oral</i>                                                       | 2                     |                     |
| <i>hidroclorotiazida</i>                                                      | 1                     |                     |
| <i>indapamida</i>                                                             | 1                     |                     |
| <i>irbesartán</i>                                                             | 1                     | QL (30/30)          |
| <i>irbesartán-hidroclorotiazida</i>                                           | 1                     | QL (30/30)          |
| <i>isradipina</i>                                                             | 3                     |                     |
| KERENDIA                                                                      | 3                     | PA; QL (30/30)      |
| <i>labetalol oral</i>                                                         | 3                     |                     |
| <i>lisinopril</i>                                                             | 1                     |                     |
| <i>lisinopril-hidroclorotiazida</i>                                           | 1                     |                     |
| <i>losartán</i>                                                               | 1                     | QL (60/30)          |
| <i>losartán-hidroclorotiazida, comprimidos orales, 100-12.5 mg, 100-25 mg</i> | 1                     | QL (30/30)          |
| <i>losartán-hidroclorotiazida, comprimidos orales, 50-12.5 mg</i>             | 1                     | QL (60/30)          |
| <i>matzim la</i>                                                              | 2                     |                     |
| <i>metildopa</i>                                                              | 4                     |                     |
| <i>metolazona</i>                                                             | 2                     |                     |
| <i>succinato de metoprolol</i>                                                | 1                     |                     |
| <i>tartrato de metoprolol-hidroclorotiazida</i>                               | 2                     |                     |
| <i>tartrato de metoprolol oral</i>                                            | 1                     |                     |
| <i>metirosina</i>                                                             | 5                     | PA; NDS             |
| <i>minoxidil oral</i>                                                         | 2                     |                     |
| <i>moexipril</i>                                                              | 1                     |                     |
| <i>nadolol</i>                                                                | 3                     |                     |
| <i>nebivolol</i>                                                              | 3                     |                     |

| NOMBRE DEL MEDICAMENTO                                                                             | NIVEL DEL MEDICAMENTO | REQUISITOS/ LÍMITES |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|---------------------|
| <i>nicardipina, solución intravenosa</i>                                                           | 4                     |                     |
| <i>nicardipina oral</i>                                                                            | 2                     |                     |
| <i>nifedipina, comprimidos orales, liberación prolongada</i>                                       | 3                     |                     |
| <i>nifedipina, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas</i>                             | 3                     |                     |
| <i>nimodipina</i>                                                                                  | 4                     |                     |
| <i>nisoldipina</i>                                                                                 | 4                     |                     |
| <i>olmesartán</i>                                                                                  | 1                     |                     |
| <i>olmesartán-amlodipina-hidroclorotiazida</i>                                                     | 1                     |                     |
| <i>olmesartán-hidroclorotiazida</i>                                                                | 1                     |                     |
| <i>perindopril erbumina</i>                                                                        | 1                     |                     |
| <i>fenoxibenzamina</i>                                                                             | 5                     | NDS                 |
| <i>pindolol</i>                                                                                    | 1                     |                     |
| <i>prazosina</i>                                                                                   | 3                     |                     |
| <i>propranolol, cápsulas orales, liberación prolongada, 24 horas</i>                               | 3                     |                     |
| <i>propranolol, solución oral</i>                                                                  | 2                     |                     |
| <i>propranolol, comprimidos orales</i>                                                             | 1                     |                     |
| <i>propranolol-hidroclorotiazida</i>                                                               | 2                     |                     |
| <i>quinapril</i>                                                                                   | 1                     |                     |
| <i>quinapril-hidroclorotiazida</i>                                                                 | 1                     |                     |
| <i>ramipril</i>                                                                                    | 1                     |                     |
| <i>espironolactona</i>                                                                             | 1                     |                     |
| <i>espironolactona-hidroclorotiazida</i>                                                           | 2                     |                     |
| <i>taztia xt, cápsulas orales, liberación prolongada, 24 horas, 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg</i> | 2                     |                     |
| TEKTURNA HCT                                                                                       | 3                     |                     |
| <i>telmisartán</i>                                                                                 | 1                     |                     |
| <i>telmisartán-amlodipina</i>                                                                      | 1                     |                     |
| <i>telmisartán-hidroclorotiazida</i>                                                               | 1                     |                     |
| <i>terazosina, cápsulas orales, 1 mg, 2 mg, 5 mg</i>                                               | 1                     | QL (30/30)          |

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 8.

## Medicamentos cubiertos por categoría

| NOMBRE DEL MEDICAMENTO                                                                       | NIVEL DEL MEDICAMENTO | REQUISITOS/ LÍMITES |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|---------------------|
| <i>terazosina, cápsulas orales, 10 mg</i>                                                    | 1                     | QL (60/30)          |
| <i>tiadylt, liberación prolongada</i>                                                        | 2                     |                     |
| <i>maleato de timolol oral</i>                                                               | 4                     |                     |
| <i>torsemida oral</i>                                                                        | 2                     |                     |
| <i>trandolapril</i>                                                                          | 1                     |                     |
| <i>triamtereno-hidroclorotiazida</i>                                                         | 1                     |                     |
| UPTRAVI, ORAL                                                                                | 5                     | PA; LA; NDS         |
| <i>valsartán, comprimidos orales, 160 mg, 40 mg, 80 mg</i>                                   | 1                     | QL (60/30)          |
| <i>valsartán, comprimidos orales, 320 mg</i>                                                 | 1                     | QL (30/30)          |
| <i>valsartán-hidroclorotiazida</i>                                                           | 1                     | QL (30/30)          |
| <i>verapamilo, solución intravenosa</i>                                                      | 4                     |                     |
| <i>verapamilo, cápsulas orales, píldoras ct de lib. prol., 24 horas</i>                      | 2                     |                     |
| <i>verapamilo, cápsulas orales, píldoras de lib. prol., 24 horas, 120 mg, 180 mg, 240 mg</i> | 2                     |                     |
| VERAPAMIL, CÁPSULAS ORALES, PÍLDORAS DE LIB. PROL., 24 HORAS, 360 MG                         | 3                     |                     |
| <i>verapamilo, comprimidos orales</i>                                                        | 1                     |                     |
| <i>verapamilo, comprimidos orales, liberación prolongada</i>                                 | 2                     |                     |
| <b>TRATAMIENTO DE COAGULACIÓN</b>                                                            |                       |                     |
| <i>ácido aminocaproico oral</i>                                                              | 4                     |                     |
| <i>aspirina-dipiridamol</i>                                                                  | 4                     |                     |
| BRILINTA                                                                                     | 3                     | QL (60/30)          |
| <i>cilostazol</i>                                                                            | 2                     |                     |
| <i>clopidogrel, comprimidos orales, 300 mg</i>                                               | 4                     |                     |
| <i>clopidogrel, comprimidos orales, 75 mg</i>                                                | 1                     | QL (30/30)          |
| <i>etexilato de dabigatrán</i>                                                               | 4                     |                     |
| <i>dipiridamol oral</i>                                                                      | 3                     |                     |

| NOMBRE DEL MEDICAMENTO                                                                                                       | NIVEL DEL MEDICAMENTO | REQUISITOS/ LÍMITES      |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|--------------------------|
| DOPTLET (PAQUETE DE 10 COMPRIMIDOS)                                                                                          | 5                     | PA; NDS                  |
| DOPTLET (PAQUETE DE 15 COMPRIMIDOS)                                                                                          | 5                     | PA; LA; NDS              |
| DOPTLET (PAQUETE DE 30 COMPRIMIDOS)                                                                                          | 5                     | PA; LA; NDS              |
| ELIQUIS                                                                                                                      | 3                     |                          |
| ELIQUIS, TRATAMIENTO INICIAL PARA TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA/ EMBOLIA PULMONAR, 30 DÍAS                                       | 3                     |                          |
| <i>enoxaparina</i>                                                                                                           | 3                     |                          |
| <i>fondaparinux, jeringa subcutánea, 10 mg/0.8 ml, 5 mg/0.4 ml, 7.5 mg/0.6 ml</i>                                            | 5                     | NDS                      |
| <i>fondaparinux, jeringa subcutánea, 2.5 mg/0.5 ml</i>                                                                       | 4                     |                          |
| <i>heparina (porcina) en dext. al 5%</i>                                                                                     | 4                     |                          |
| <i>heparina (porcina) en nacl (pf)</i>                                                                                       | 4                     |                          |
| <i>heparina (porcina), solución inyectable</i>                                                                               | 3                     |                          |
| HEPARIN (PORCINA), JERINGA INYECTABLE, 5,000 UNIDADES/ML                                                                     | 4                     |                          |
| <i>heparina (porcina) en nacl al 0.45%, solución parenteral, intravenosa, 25,000 unidades/250 ml, 25,000 unidades/500 ml</i> | 4                     |                          |
| <i>heparina, porcina (pf), jeringa inyectable</i>                                                                            | 4                     |                          |
| <i>jantoven</i>                                                                                                              | 1                     |                          |
| <i>pentoxifilina</i>                                                                                                         | 2                     |                          |
| PRADAXA                                                                                                                      | 4                     |                          |
| PRASUGREL                                                                                                                    | 3                     |                          |
| PROMACTA, PAQUETE DE POLVO ORAL, 12.5 MG                                                                                     | 5                     | PA; LA; QL (360/30); NDS |
| PROMACTA, PAQUETE DE POLVO ORAL, 25 MG                                                                                       | 5                     | PA; LA; QL (180/30); NDS |

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 8.

## Medicamentos cubiertos por categoría

| NOMBRE DEL MEDICAMENTO                                                                 | NIVEL DEL MEDICAMENTO | REQUISITOS/ LÍMITES     |
|----------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|-------------------------|
| PROMACTA, COMPRIMIDOS ORALES, 12.5 MG, 25 MG, 50 MG                                    | 5                     | PA; LA; QL (30/30); NDS |
| PROMACTA, COMPRIMIDOS ORALES, 75 MG                                                    | 5                     | PA; LA; QL (60/30); NDS |
| <i>warfarina</i>                                                                       | 1                     |                         |
| XARELTO                                                                                | 3                     |                         |
| XARELTO, TRATAMIENTO INICIAL PARA TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA/ EMBOLIA PULMONAR, 30 DÍAS | 3                     |                         |

### AGENTES PARA REDUCIR LOS LÍPIDOS/EL COLESTEROL

|                                                                          |   |            |
|--------------------------------------------------------------------------|---|------------|
| <i>atorvastatina</i>                                                     | 1 | QL (30/30) |
| <i>colestiramina (con azúcar)</i>                                        | 3 |            |
| <i>colestiramina suave</i>                                               | 3 |            |
| <i>colestiramina-aspartamo</i>                                           | 3 |            |
| <i>colesevelam</i>                                                       | 3 |            |
| <i>colestipol, gránulos orales</i>                                       | 4 |            |
| <i>colestipol, paquete oral</i>                                          | 4 |            |
| <i>colestipol, comprimidos orales</i>                                    | 3 |            |
| <i>ezetimiba</i>                                                         | 2 | QL (30/30) |
| <i>ezetimiba-simvastatina</i>                                            | 4 | QL (30/30) |
| <i>fenofibrato, cápsulas orales micronizadas, 134 mg, 200 mg, 67 mg</i>  | 3 |            |
| <i>fenofibrato nanocristalizado</i>                                      | 3 |            |
| <i>fenofibrato, comprimidos orales, 160 mg, 54 mg</i>                    | 2 |            |
| <i>ácido fenofibrato (colina)</i>                                        | 4 |            |
| <i>fluvastatina, cápsulas orales, 20 mg</i>                              | 1 | QL (30/30) |
| <i>fluvastatina, cápsulas orales, 40 mg</i>                              | 1 | QL (60/30) |
| <i>fluvastatina, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas</i> | 1 | QL (30/30) |
| <i>gemfibrozil</i>                                                       | 1 |            |

| NOMBRE DEL MEDICAMENTO                                              | NIVEL DEL MEDICAMENTO | REQUISITOS/ LÍMITES |
|---------------------------------------------------------------------|-----------------------|---------------------|
| LIVALO                                                              | 3                     | QL (30/30)          |
| <i>lovastatina, comprimidos orales, 10 mg</i>                       | 1                     | QL (30/30)          |
| <i>lovastatina, comprimidos orales, 20 mg, 40 mg</i>                | 1                     | QL (60/30)          |
| NEXLETOL                                                            | 3                     | PA; QL (30/30)      |
| NEXLIZET                                                            | 3                     | PA; QL (30/30)      |
| <i>niacina, comprimidos orales, 500 mg</i>                          | 2                     |                     |
| <i>niacina, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas</i> | 2                     |                     |
| <i>niacor</i>                                                       | 2                     |                     |
| <i>ésteres etílicos de los ácidos omega 3</i>                       | 4                     |                     |
| <i>pravastatina</i>                                                 | 1                     | QL (30/30)          |
| <i>prevalite</i>                                                    | 3                     |                     |
| REPATHA                                                             | 3                     | PA; QL (3/28)       |
| REPATHA PUSHTRONEX                                                  | 3                     | PA; QL (3.5/28)     |
| REPATHA SURECLICK                                                   | 3                     | PA; QL (3/28)       |
| <i>rosuvastatina</i>                                                | 1                     | QL (30/30)          |
| <i>simvastatina, comprimidos orales</i>                             | 1                     | QL (30/30)          |
| VASCEPA                                                             | 3                     |                     |

### AGENTES CARDIOVASCULARES VARIOS

|                                                                                                  |   |                |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|---|----------------|
| CORLANOR, COMPRIMIDOS ORALES                                                                     | 4 | PA; QL (60/30) |
| <i>digitek</i>                                                                                   | 2 |                |
| <i>digoxina, solución inyectable</i>                                                             | 4 |                |
| <i>digoxina, solución oral</i>                                                                   | 3 |                |
| <i>digoxina, comprimidos orales, 125 mcg (0.125 mg), 250 mcg (0.25 mg), 62.5 mcg (0.0625 mg)</i> | 2 |                |
| <i>digoxina, comprimidos orales, 62.5 mcg (0.0625 mg)</i>                                        | 4 |                |
| ENTRESTO                                                                                         | 3 | QL (60/30)     |
| LANOXIN, COMPRIMIDOS ORALES, 62.5 MCG (0.0625 MG)                                                | 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 8.

## Medicamentos cubiertos por categoría

| NOMBRE DEL MEDICAMENTO                               | NIVEL DEL MEDICAMENTO | REQUISITOS/ LÍMITES  |
|------------------------------------------------------|-----------------------|----------------------|
| LANOXIN, PEDIÁTRICO                                  | 4                     |                      |
| <i>ranolazina</i>                                    | 4                     | QL (60/30)           |
| VYNDAMAX                                             | 5                     | PA; NDS              |
| VYNDAQEL                                             | 5                     | PA; NDS              |
| <b>NITRATOS</b>                                      |                       |                      |
| <i>dinitrato de isosorbida, comprimidos orales</i>   | 3                     |                      |
| <i>mononitrato de isosorbida</i>                     | 2                     |                      |
| <i>isosorbida-hidralazina</i>                        | 3                     | QL (180/30)          |
| <i>nitroglicerina intravenosa</i>                    | 4                     | B/D PA               |
| <i>nitroglicerina sublingual</i>                     | 2                     |                      |
| <i>nitroglicerina, parche transdérmico, 24 horas</i> | 2                     |                      |
| <i>nitroglicerina, translingual</i>                  | 4                     |                      |
| <b>PRODUCTOS DERMATOLÓGICOS/TRATAMIENTO TÓPICO</b>   |                       |                      |
| <b>ANTIPSORIÁSICOS/ANTISEBORREICOS</b>               |                       |                      |
| <i>acitretina</i>                                    | 4                     | PA                   |
| <i>calcipotrieno, cuero cabelludo</i>                | 3                     | QL (120/30)          |
| <i>calcipotrieno, crema tópica</i>                   | 4                     | QL (120/30)          |
| <i>calcipotrieno, pomada tópica</i>                  | 4                     | QL (120/30)          |
| <i>calcitriol tópico</i>                             | 4                     |                      |
| <i>sulfuro de selenio, loción tópica</i>             | 2                     |                      |
| SKYRIZI, INTRAVENOSO                                 | 5                     | PA; QL (1/28); NDS   |
| SKYRIZI, LAPICERA PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA          | 5                     | PA; QL (1/28); NDS   |
| SKYRIZI, JERINGA SUBCUTÁNEA, 150 MG/ML               | 5                     | PA; QL (1/28); NDS   |
| SKYRIZI, KIT DE JERINGA SUBCUTÁNEA                   | 5                     | PA; QL (2/28); NDS   |
| STELARA, SOLUCIÓN SUBCUTÁNEA                         | 5                     | PA; QL (0.5/28); NDS |
| STELARA, JERINGA SUBCUTÁNEA, 45 MG/0.5 ML            | 5                     | PA; QL (0.5/28); NDS |
| STELARA, JERINGA SUBCUTÁNEA, 90 MG/ML                | 5                     | PA; QL (1/28); NDS   |
| TALTZ, JERINGA                                       | 5                     | PA; QL (4/28); NDS   |

| NOMBRE DEL MEDICAMENTO                                                        | NIVEL DEL MEDICAMENTO | REQUISITOS/ LÍMITES   |
|-------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|-----------------------|
| <b>PRODUCTOS DERMATOLÓGICOS VARIOS</b>                                        |                       |                       |
| <i>lactato de amonio</i>                                                      | 3                     |                       |
| DUPIXENT, LAPICERA PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA, 200 MG/1.14 ML                  | 5                     | PA; QL (4.56/28); NDS |
| DUPIXENT, LAPICERA PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA, 300 MG/2 ML                     | 5                     | PA; QL (8/28); NDS    |
| DUPIXENT, JERINGA SUBCUTÁNEA, 100 MG/0.67 ML                                  | 5                     | PA; QL (1.34/28); NDS |
| DUPIXENT, JERINGA SUBCUTÁNEA, 200 MG/1.14 ML                                  | 5                     | PA; QL (4.56/28); NDS |
| DUPIXENT, JERINGA SUBCUTÁNEA, 300 MG/2 ML                                     | 5                     | PA; QL (8/28); NDS    |
| <i>fluorouracilo, crema tópica, 0.5%</i>                                      | 5                     | NDS                   |
| <i>fluorouracilo, crema tópica, 5%</i>                                        | 3                     |                       |
| <i>fluorouracilo, solución tópica</i>                                         | 2                     |                       |
| <i>glydo</i>                                                                  | 3                     | QL (60/30)            |
| <i>imiquimod, crema tópica en bomba con dosis medidas</i>                     | 5                     | NDS                   |
| <i>imiquimod, crema tópica en paquete, 3.75%</i>                              | 5                     | NDS                   |
| <i>imiquimod, crema tópica en paquete, 5%</i>                                 | 3                     |                       |
| <i>lidocaína (pf), solución inyectable</i>                                    | 4                     |                       |
| <i>clorhidrato de lidocaína, solución inyectable</i>                          | 4                     |                       |
| <i>clorhidrato de lidocaína, laringotraqueal</i>                              | 4                     |                       |
| <i>clorhidrato de lidocaína, gel para membrana mucosa</i>                     | 3                     | QL (60/30)            |
| <i>clorhidrato de lidocaína, solución para membrana mucosa, 4% (40 mg/ml)</i> | 2                     |                       |
| <i>lidocaína, parche adhesivo tópico, medicado, 5%</i>                        | 4                     | PA; QL (90/30)        |
| <i>lidocaína, pomada tópica</i>                                               | 4                     | QL (50/30)            |

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 8.

## Medicamentos cubiertos por categoría

| NOMBRE DEL MEDICAMENTO                            | NIVEL DEL MEDICAMENTO | REQUISITOS/ LÍMITES |
|---------------------------------------------------|-----------------------|---------------------|
| <i>lidocaína viscosa</i>                          | 1                     |                     |
| <i>lidocaína-prilocaina, crema tópica</i>         | 4                     | QL (30/30)          |
| <i>metoxaleno</i>                                 | 4                     |                     |
| PANRETIN                                          | 5                     | NDS                 |
| <i>pimecrolimus</i>                               | 4                     | PA; QL (100/30)     |
| <i>podofilox</i>                                  | 2                     |                     |
| REGRANEX                                          | 5                     | PA; NDS             |
| SANTYL                                            | 4                     |                     |
| <i>sulfadiazina de plata</i>                      | 3                     |                     |
| <i>ssd</i>                                        | 3                     |                     |
| <i>tacrolimus tópico</i>                          | 3                     | PA; QL (100/30)     |
| VALCHLOR                                          | 5                     | PA; NDS             |
| ZTLIDO                                            | 3                     | PA; QL (90/30)      |
| <b>TRATAMIENTO DEL ACNÉ</b>                       |                       |                     |
| <i>amnestem</i>                                   | 4                     |                     |
| <i>avita</i>                                      | 4                     | PA                  |
| <i>claravis</i>                                   | 4                     |                     |
| <i>clindacin etz, paño tópico</i>                 | 2                     | QL (69/30)          |
| <i>clindacin p</i>                                | 2                     | QL (69/30)          |
| <i>fosfato de clindamicina, gel tópico</i>        | 3                     | QL (120/30)         |
| CLINDAMYCIN PHOSPHATE, GEL TÓPICO, UNA VEZ AL DÍA | 3                     | QL (120/30)         |
| <i>fosfato de clindamicina, loción tópica</i>     | 4                     | QL (120/30)         |
| <i>fosfato de clindamicina, solución tópica</i>   | 3                     | QL (120/30)         |
| <i>fosfato de clindamicina, paño tópico</i>       | 2                     | QL (60/30)          |
| <i>eritromicina, paños</i>                        | 3                     |                     |
| ERYTHROMYCIN CON ETANOL, GEL TÓPICO               | 4                     |                     |
| <i>eritromicina con etanol, solución tópica</i>   | 2                     |                     |
| <i>eritromicina-peróxido de benzoilo</i>          | 4                     |                     |

| NOMBRE DEL MEDICAMENTO                                                 | NIVEL DEL MEDICAMENTO | REQUISITOS/ LÍMITES |
|------------------------------------------------------------------------|-----------------------|---------------------|
| <i>isotretinoína, cápsulas orales, 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg</i>      | 4                     |                     |
| <i>metronidazol tópico</i>                                             | 4                     |                     |
| <i>myorisan</i>                                                        | 4                     |                     |
| <i>rosadan, crema tópica</i>                                           | 4                     |                     |
| <i>rosadan, gel tópico</i>                                             | 4                     |                     |
| <i>tazaroteno, crema tópica</i>                                        | 4                     | PA                  |
| <i>tazaroteno, gel tópico</i>                                          | 4                     | PA                  |
| TAZORAC, CREMA TÓPICA, 0.05%                                           | 4                     | PA                  |
| TAZORAC, GEL TÓPICO                                                    | 4                     | PA                  |
| <i>tretinoína, microesferas</i>                                        | 4                     | PA                  |
| <i>tretinoína, crema tópica, 0.025%, 0.05%, 0.1%</i>                   | 4                     | PA                  |
| <i>tretinoína tópica, gel tópico, 0.01%</i>                            | 3                     | PA                  |
| <i>tretinoína tópica, gel tópico, 0.025%, 0.05%</i>                    | 4                     | PA                  |
| <i>zenatane</i>                                                        | 4                     |                     |
| <b>ANESTÉSICOS TÓPICOS</b>                                             |                       |                     |
| <i>clorhidrato de lidocaína, gel para membrana mucosa en aplicador</i> | 3                     | QL (60/30)          |
| <i>clorhidrato de lidocaína, solución para membrana mucosa, 2%</i>     | 1                     |                     |
| <b>ANTIBACTERIANOS TÓPICOS</b>                                         |                       |                     |
| <i>gentamicina, crema tópica</i>                                       | 3                     | QL (60/30)          |
| <i>gentamicina, pomada tópica</i>                                      | 3                     |                     |
| <i>mupirocina</i>                                                      | 2                     | QL (44/30)          |
| <i>mupirocina cálcica</i>                                              | 4                     | QL (30/30)          |
| <i>sulfacetamida sódica (acné)</i>                                     | 3                     |                     |
| <b>ANTIMICÓTICOS TÓPICOS</b>                                           |                       |                     |
| <i>ciclodan, solución tópica</i>                                       | 3                     |                     |
| <i>ciclopirox, crema tópica</i>                                        | 3                     | QL (90/28)          |
| <i>ciclopirox, champú tópico</i>                                       | 3                     | QL (120/28)         |
| <i>ciclopirox, solución tópica</i>                                     | 3                     |                     |
| <i>ciclopirox, suspensión tópica</i>                                   | 3                     | QL (60/28)          |

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 8.



## Medicamentos cubiertos por categoría

| NOMBRE DEL MEDICAMENTO                         | NIVEL DEL MEDICAMENTO | REQUISITOS/ LÍMITES |
|------------------------------------------------|-----------------------|---------------------|
| <i>clotrimazol, crema tópica</i>               | 3                     | QL (45/28)          |
| <i>clotrimazol, solución tópica</i>            | 3                     | QL (30/28)          |
| <i>clotrimazol-betametasona, crema tópica</i>  | 2                     | QL (45/28)          |
| <i>clotrimazol-betametasona, loción tópica</i> | 2                     | QL (60/28)          |
| <i>econazol</i>                                | 3                     | QL (85/28)          |
| <i>ketconazol, crema tópica</i>                | 2                     | QL (60/28)          |
| <i>ketconazol, champú tópico</i>               | 2                     | QL (120/28)         |
| <i>naftifina, crema tópica</i>                 | 3                     | QL (60/28)          |
| NAFTIN, GEL TÓPICO, 2%                         | 3                     | QL (60/28)          |
| <i>nyamyc</i>                                  | 3                     | QL (180/30)         |
| <i>nistatina, crema tópica</i>                 | 2                     | QL (30/28)          |
| <i>nistatina, pomada tópica</i>                | 2                     | QL (30/28)          |
| <i>nistatina, polvo tópico</i>                 | 3                     | QL (180/30)         |
| <i>nistatina-triamcinolona</i>                 | 4                     | QL (60/28)          |
| <i>nystop</i>                                  | 3                     | QL (180/30)         |
| <b>ANTIVIRALES TÓPICOS</b>                     |                       |                     |
| <i>aciclovir, pomada tópica</i>                | 4                     | QL (30/30)          |
| DENAVIR                                        | 5                     | QL (5/30); NDS      |
| <b>CORTICOESTEROIDES TÓPICOS</b>               |                       |                     |
| <i>ala-cort, crema tópica, 1%</i>              | 1                     |                     |
| <i>alclometasona</i>                           | 2                     |                     |
| <i>dipropionato de betametasona</i>            | 3                     |                     |
| <i>valerato de betametasona, crema tópica</i>  | 2                     |                     |
| <i>valerato de betametasona, espuma tópica</i> | 3                     |                     |
| <i>valerato de betametasona, loción tópica</i> | 2                     |                     |
| <i>valerato de betametasona, pomada tópica</i> | 2                     |                     |
| <i>betametasona, aumentada</i>                 | 3                     |                     |
| <i>clobetasol, cuero cabelludo</i>             | 2                     | QL (100/28)         |
| <i>clobetasol, crema tópica</i>                | 2                     | QL (120/28)         |
| <i>clobetasol, espuma tópica</i>               | 4                     | QL (100/28)         |
| <i>clobetasol, gel tópico</i>                  | 2                     | QL (120/28)         |

| NOMBRE DEL MEDICAMENTO                           | NIVEL DEL MEDICAMENTO | REQUISITOS/ LÍMITES |
|--------------------------------------------------|-----------------------|---------------------|
| <i>clobetasol, pomada tópica</i>                 | 2                     | QL (120/28)         |
| <i>clobetasol, champú tópico</i>                 | 4                     | QL (236/28)         |
| <i>clobetasol-emoliente, crema tópica</i>        | 2                     | QL (120/28)         |
| <i>clobetasol-emoliente, espuma tópica</i>       | 4                     | QL (100/28)         |
| CLOCORTOLONE PIVALATE                            | 4                     |                     |
| <i>clodan</i>                                    | 4                     | QL (236/28)         |
| <i>desonida, crema tópica</i>                    | 3                     |                     |
| <i>desonida, loción tópica</i>                   | 3                     |                     |
| <i>desonida, pomada tópica</i>                   | 3                     |                     |
| <i>desoximetasona, crema tópica</i>              | 4                     |                     |
| <i>desoximetasona, gel tópico</i>                | 4                     |                     |
| <i>desoximetasona, pomada tópica</i>             | 4                     |                     |
| <i>fluocinolona y gorra de baño</i>              | 3                     |                     |
| <i>fluocinolona, crema tópica</i>                | 2                     |                     |
| <i>fluocinolona, aceite tópico</i>               | 3                     |                     |
| <i>fluocinolona, pomada tópica</i>               | 2                     |                     |
| <i>fluocinolona, solución tópica</i>             | 2                     |                     |
| <i>fluocinonida, crema tópica, 0.05%</i>         | 2                     | QL (120/30)         |
| <i>fluocinonida, crema tópica, 0.1%</i>          | 4                     | QL (120/30)         |
| <i>fluocinonida, gel tópico</i>                  | 2                     | QL (120/30)         |
| <i>fluocinonida, pomada tópica</i>               | 3                     | QL (120/30)         |
| <i>fluocinonida, solución tópica</i>             | 3                     | QL (120/30)         |
| <i>propionato de fluticasona, crema tópica</i>   | 2                     |                     |
| <i>propionato de fluticasona, pomada tópica</i>  | 2                     |                     |
| <i>propionato de halobetasol, crema tópica</i>   | 3                     |                     |
| <i>propionato de halobetasol, pomada tópica</i>  | 3                     |                     |
| <i>butirato de hidrocortisona, crema tópica</i>  | 4                     | QL (120/30)         |
| <i>butirato de hidrocortisona, pomada tópica</i> | 3                     | QL (120/30)         |

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 8.

## Medicamentos cubiertos por categoría

| NOMBRE DEL MEDICAMENTO                                         | NIVEL DEL MEDICAMENTO | REQUISITOS/ LÍMITES |
|----------------------------------------------------------------|-----------------------|---------------------|
| <i>butirato de hidrocortisona, solución tópica</i>             | 3                     | QL (120/30)         |
| <i>butirato de hidrocortisona-emoliente</i>                    | 4                     | QL (120/30)         |
| <i>hidrocortisona, crema tópica, 1%, 2.5%</i>                  | 1                     |                     |
| <i>hidrocortisona, crema tópica con aplicador perineal, 1%</i> | 1                     |                     |
| <i>hidrocortisona, loción tópica, 2.5%</i>                     | 2                     |                     |
| <i>hidrocortisona, pomada tópica, 1%, 2.5%</i>                 | 2                     |                     |
| <i>valerato de hidrocortisona</i>                              | 3                     |                     |
| <i>mometasona tópica</i>                                       | 2                     |                     |
| <i>prednicarbato, pomada tópica</i>                            | 2                     |                     |
| <i>acetónido de triamcinolona, crema tópica, 0.025%, 0.5%</i>  | 2                     |                     |
| <i>acetónido de triamcinolona, crema tópica, 0.1%</i>          | 1                     |                     |
| <i>acetónido de triamcinolona, loción tópica</i>               | 2                     |                     |
| <i>acetónido de triamcinolona, pomada tópica</i>               | 2                     |                     |
| <i>triderm, crema tópica, 0.1%</i>                             | 1                     |                     |
| <b>ESCABICIDAS/PEDICULICIDAS TÓPICOS</b>                       |                       |                     |
| <i>lindano, champú tópico</i>                                  | 3                     |                     |
| <i>malatión</i>                                                | 4                     |                     |
| <i>permetrina</i>                                              | 3                     |                     |
| <b>PRODUCTOS DE DIAGNÓSTICO/AGENTES VARIOS</b>                 |                       |                     |
| <b>SOLUCIONES DE IRRIGACIÓN</b>                                |                       |                     |
| <i>irrigación de solución de lactato sódico compuesta</i>      | 4                     |                     |
| <i>neomicina-polimixina b gu</i>                               | 4                     |                     |
| <i>irrigación de solución de lactato sódico compuesta</i>      | 4                     |                     |
| <i>tis-u-sol pentálico</i>                                     | 4                     |                     |
| <b>AGENTES VARIOS</b>                                          |                       |                     |
| <i>acamprosato</i>                                             | 2                     |                     |

| NOMBRE DEL MEDICAMENTO                                     | NIVEL DEL MEDICAMENTO | REQUISITOS/ LÍMITES |
|------------------------------------------------------------|-----------------------|---------------------|
| <i>anagrelida</i>                                          | 2                     |                     |
| ARALAST NP, SOL. PARA RECONST. INTRAVENOSA, 1,000 MG       | 5                     | PA; LA; NDS         |
| ARALAST NP, SOL. PARA RECONST. INTRAVENOSA, 500 MG         | 5                     | PA; NDS             |
| <i>betaína</i>                                             | 5                     | NDS                 |
| CARBAGLU                                                   | 5                     | PA; LA; NDS         |
| <i>ácido carglúmico</i>                                    | 5                     | PA; NDS             |
| CHEMET                                                     | 4                     | PA                  |
| CLINIMIX, 4.25%/D5W, SIN SULFITOS                          | 4                     | B/D PA              |
| <i>d al 10%-cloruro de sodio al 0.45%</i>                  | 4                     |                     |
| <i>d al 2.5%-cloruro de sodio al 0.45%</i>                 | 4                     |                     |
| <i>d al 5% y cloruro de sodio al 0.9%</i>                  | 4                     |                     |
| <i>d al 5%-cloruro de sodio al 0.45%</i>                   | 4                     |                     |
| <i>deferasirox, paquete de gránulos orales</i>             | 5                     | PA; NDS             |
| <i>deferasirox, comprimidos orales</i>                     | 5                     | PA; NDS             |
| <i>deferiprona</i>                                         | 5                     | PA; NDS             |
| <i>dextrosa al 10% y nacl al 0.2%</i>                      | 4                     |                     |
| DEXTROSE AL 10% EN AGUA (D10W)                             | 4                     |                     |
| <i>dextrosa al 25% en agua (d25w)</i>                      | 4                     |                     |
| <i>dextrosa al 5% en agua (d5w)</i>                        | 4                     |                     |
| <i>dextrosa al 5%-solución de lactato sódico compuesta</i> | 4                     |                     |
| <i>dextrosa al 5%-cloruro de sodio al 0.2%</i>             | 4                     |                     |
| <i>dextrosa al 5%-cloruro de sodio al 0.3%</i>             | 4                     |                     |
| <i>dextrosa al 50% en agua (d50w)</i>                      | 4                     |                     |

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 8.

## Medicamentos cubiertos por categoría

| NOMBRE DEL MEDICAMENTO                              | NIVEL DEL MEDICAMENTO | REQUISITOS/ LÍMITES  |
|-----------------------------------------------------|-----------------------|----------------------|
| <i>dextrosa al 70% en agua (d70w)</i>               | 4                     |                      |
| <i>disulfiram</i>                                   | 2                     |                      |
| <i>droxidopa, cápsulas orales, 100 mg</i>           | 4                     | PA; QL (90/30)       |
| <i>droxidopa, cápsulas orales, 200 mg, 300 mg</i>   | 4                     | PA; QL (180/30)      |
| FERRIPROX                                           | 5                     | PA; NDS              |
| FERRIPROX (2 VECES POR DÍA)                         | 5                     | PA; NDS              |
| INCRELEX                                            | 4                     | PA; LA               |
| <i>levocarnitina (con azúcar)</i>                   | 4                     |                      |
| <i>levocarnitina, solución oral, 100 mg/ml</i>      | 4                     |                      |
| <i>levocarnitina, comprimidos orales</i>            | 3                     |                      |
| LOKELMA                                             | 3                     |                      |
| <i>midodrina</i>                                    | 3                     |                      |
| <i>nitisinona</i>                                   | 5                     | NDS                  |
| NORTHERA, CÁPSULAS ORALES, 100 MG                   | 5                     | PA; QL (90/30); NDS  |
| NORTHERA, CÁPSULAS ORALES, 200 MG, 300 MG           | 5                     | PA; QL (180/30); NDS |
| <i>clorhidrato de pilocarpina oral</i>              | 4                     |                      |
| PROLASTIN-C, SOL. PARA RECONST. INTRAVENOSA         | 5                     | PA; LA; NDS          |
| PROLASTIN-C, SOLUCIÓN INTRAVENOSA                   | 5                     | PA; NDS              |
| <i>riluzol</i>                                      | 3                     |                      |
| <i>risedronato, comprimidos orales, 30 mg</i>       | 3                     | QL (30/30)           |
| SEVELAMER CARBONATE                                 | 4                     |                      |
| <i>cloruro de sodio al 0.9%, intravenoso</i>        | 4                     |                      |
| <i>cloruro de sodio para irrigación</i>             | 4                     |                      |
| <i>fenilbutirato sódico</i>                         | 5                     | PA; NDS              |
| <i>sulfonato de poliestireno sódico, polvo oral</i> | 3                     |                      |
| <i>sps (con sorbitol)</i>                           | 3                     |                      |

| NOMBRE DEL MEDICAMENTO                                                       | NIVEL DEL MEDICAMENTO | REQUISITOS/ LÍMITES  |
|------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|----------------------|
| <i>trientina</i>                                                             | 5                     | PA; QL (240/30); NDS |
| VELPHORO                                                                     | 5                     | NDS                  |
| VELTASSA                                                                     | 3                     |                      |
| <i>agua para irrigación, estéril</i>                                         | 4                     |                      |
| XIAFLEX                                                                      | 5                     | PA; NDS              |
| ZEMAIRA                                                                      | 5                     | PA; LA; NDS          |
| ZOLEDRONIC ACID-MANNITOL-WATER, INFUSIÓN SECUNDARIA INTRAVENOSA, 5 MG/100 ML | 4                     | B/D PA               |

### AGENTES PARA DEJAR DE FUMAR

|                                                              |   |            |
|--------------------------------------------------------------|---|------------|
| <i>clorhidrato de bupropión (agente para dejar de fumar)</i> | 3 | QL (60/30) |
| CHANTIX, PAQUETE MENSUAL DE CONTINUACIÓN                     | 4 |            |
| CHANTIX, COMPRIMIDOS ORALES, 1 MG                            | 4 |            |
| CHANTIX, PAQUETE MENSUAL INICIAL                             | 4 |            |
| NICOTROL                                                     | 4 |            |
| NICOTROL NS                                                  | 4 |            |
| <i>vareniclina</i>                                           | 4 |            |

### MEDICAMENTOS PARA NARIZ, GARGANTA Y OÍDO

#### AGENTES VARIOS

|                                                        |   |            |
|--------------------------------------------------------|---|------------|
| <i>azelastina nasal</i>                                | 3 | QL (60/30) |
| <i>gluconato de clorhexidina, membrana mucosa</i>      | 1 |            |
| <i>fluoruro (de sodio), pasta dental</i>               | 4 |            |
| <i>bromuro de ipratropio nasal</i>                     | 2 | QL (30/30) |
| <i>oralone</i>                                         | 3 |            |
| <i>paroex, enjuague bucal</i>                          | 1 |            |
| <i>fluoruro de sodio 5000 para sequedad en la boca</i> | 4 |            |
| <i>fluoruro de sodio-nitrato potásico</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 8.

## Medicamentos cubiertos por categoría

| NOMBRE DEL MEDICAMENTO                                   | NIVEL DEL MEDICAMENTO | REQUISITOS/ LÍMITES |
|----------------------------------------------------------|-----------------------|---------------------|
| acetónido de triamcinolona, pasta dental                 | 3                     |                     |
| <b>PREPARACIONES ÓTICAS VARIAS</b>                       |                       |                     |
| ácido acético ótico (oído)                               | 2                     |                     |
| flac, aceite ótico                                       | 4                     |                     |
| acetónido de fluocinolona, aceite                        | 4                     |                     |
| hidrocortisona-ácido acético                             | 2                     |                     |
| ofloxacina ótica (oídos)                                 | 2                     |                     |
| <b>ESTEROIDES/ANTIBIÓTICOS ÓTICOS</b>                    |                       |                     |
| CIPRO HC                                                 | 3                     |                     |
| ciprofloxacina-dexametasona                              | 3                     |                     |
| cortisporin-tc                                           | 4                     |                     |
| neomicina-polimixina-hidrocortisona ótica (oído)         | 3                     |                     |
| <b>SISTEMA ENDOCRINO/DIABETES</b>                        |                       |                     |
| <b>HORMONAS SUPRARRENALES</b>                            |                       |                     |
| DEPO-MEDROL                                              | 4                     |                     |
| dexametasona, intensol                                   | 4                     |                     |
| dexametasona, elixir oral                                | 2                     |                     |
| dexametasona, solución oral                              | 2                     |                     |
| dexametasona, comprimidos orales                         | 2                     |                     |
| fosfato sódico de dexametasona (pf), solución inyectable | 4                     |                     |
| fosfato sódico de dexametasona, solución inyectable      | 4                     |                     |
| fludrocortisona                                          | 2                     |                     |
| hidrocortisona oral                                      | 3                     |                     |
| MEDROL, COMPRIMIDOS ORALES, 2 MG                         | 3                     | B/D PA              |
| methylpred dp                                            | 2                     |                     |
| acetato de metilprednisolona                             | 4                     |                     |
| metilprednisolona, comprimidos orales                    | 2                     | B/D PA              |

| NOMBRE DEL MEDICAMENTO                                                                                                                     | NIVEL DEL MEDICAMENTO | REQUISITOS/ LÍMITES |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|---------------------|
| metilprednisolona, comprimidos orales, paquete dosificado                                                                                  | 2                     |                     |
| succinato sódico de metilprednisolona, sol. para reconst. inyect., 125 mg, 40 mg                                                           | 4                     |                     |
| succinato sódico de metilprednisolona intravenoso                                                                                          | 4                     |                     |
| prednisolona, solución oral                                                                                                                | 3                     |                     |
| fosfato sódico de prednisolona, solución oral, 15 mg/5 ml (3 mg/ml), 15 mg/5 ml (5 ml), 25 mg/5 ml (5 mg/ml), 5 mg base/5 ml (6.7 mg/5 ml) | 3                     |                     |
| prednisona, intensol                                                                                                                       | 4                     |                     |
| prednisona, solución oral                                                                                                                  | 2                     |                     |
| prednisona, comprimidos orales, 1 mg, 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg                                                                           | 1                     |                     |
| prednisona, comprimidos orales, 50 mg                                                                                                      | 2                     |                     |
| prednisona, comprimidos orales, paquete dosificado                                                                                         | 1                     |                     |
| SOLU-CORTEF ACT-O-VIAL (PF)                                                                                                                | 4                     |                     |
| acetónido de triamcinolona, suspensión inyectable, 40 mg/ml                                                                                | 2                     |                     |
| <b>AGENTES ANTITIROIDEOS</b>                                                                                                               |                       |                     |
| metimazol, comprimidos orales, 10 mg, 5 mg                                                                                                 | 2                     |                     |
| propiltiouracilo                                                                                                                           | 3                     |                     |
| <b>TRATAMIENTO DE LA DIABETES</b>                                                                                                          |                       |                     |
| acarbosa, comprimidos orales, 100 mg                                                                                                       | 2                     | QL (90/30)          |
| acarbosa, comprimidos orales, 25 mg                                                                                                        | 2                     | QL (360/30)         |
| acarbosa, comprimidos orales, 50 mg                                                                                                        | 2                     | QL (180/30)         |
| PAÑOS CON ALCOHOL                                                                                                                          | 2                     |                     |
| BAQSIMI                                                                                                                                    | 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 8.

## Medicamentos cubiertos por categoría

| NOMBRE DEL MEDICAMENTO                                                        | NIVEL DEL MEDICAMENTO | REQUISITOS/ LÍMITES |
|-------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|---------------------|
| <i>bd safetyglide, jeringa para insulina, 1 ml, calibre 31 x 15/64"</i>       | 2                     | QL (200/30)         |
| <i>bd ultra-fine nano, aguja para lapicera</i>                                | 2                     | QL (200/30)         |
| <i>bd ultra-fine short, aguja para lapicera</i>                               | 2                     | QL (200/30)         |
| BYDUREON BCISE                                                                | 3                     | QL (4/28)           |
| CYCLOSET                                                                      | 4                     | QL (180/30)         |
| diazoxida                                                                     | 4                     |                     |
| <i>dropsafe, paños preparados con alcohol</i>                                 | 2                     |                     |
| GASAS, 2 X 2                                                                  | 2                     |                     |
| <i>glimepirida, comprimidos orales, 1 mg</i>                                  | 1                     | QL (240/30)         |
| <i>glimepirida, comprimidos orales, 2 mg</i>                                  | 1                     | QL (120/30)         |
| <i>glimepirida, comprimidos orales, 4 mg</i>                                  | 1                     | QL (60/30)          |
| <i>glipizida, comprimidos orales, 10 mg</i>                                   | 1                     | QL (120/30)         |
| <i>glipizida, comprimidos orales, 5 mg</i>                                    | 1                     | QL (240/30)         |
| <i>glipizida, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas, 10 mg</i>  | 1                     | QL (60/30)          |
| <i>glipizida, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas, 2.5 mg</i> | 1                     | QL (240/30)         |
| <i>glipizida, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas, 5 mg</i>   | 1                     | QL (120/30)         |
| <i>glipizida-metformina, comprimidos orales, 2.5-250 mg</i>                   | 1                     | QL (240/30)         |
| <i>glipizida-metformina, comprimidos orales, 2.5-500 mg, 5-500 mg</i>         | 1                     | QL (120/30)         |
| GLUCAGEN HYPOKIT                                                              | 3                     |                     |
| GLUCAGON (HCL), KIT DE EMERGENCIAS                                            | 3                     |                     |

| NOMBRE DEL MEDICAMENTO                | NIVEL DEL MEDICAMENTO | REQUISITOS/ LÍMITES |
|---------------------------------------|-----------------------|---------------------|
| GLUCAGON, KIT DE EMERGENCIAS (HUMANO) | 3                     |                     |
| GLYXAMBI                              | 3                     | QL (30/30)          |
| GVOKE                                 | 3                     |                     |
| GVOKE HYOPEN, PAQUETE DE 1            | 3                     |                     |
| GVOKE HYOPEN, PAQUETE DE 2            | 3                     |                     |
| GVOKE PFS, PAQUETE CON 1 JERINGA      | 3                     |                     |
| GVOKE PFS, PAQUETE CON 2 JERINGAS     | 3                     |                     |
| HUMALOG JUNIOR KWIKPEN U-100          | 3                     | SSM                 |
| HUMALOG KWIKPEN, INSULINA             | 3                     | SSM                 |
| HUMALOG MIX 50-50, INSULINA U-100     | 3                     | SSM                 |
| HUMALOG MIX 50-50 KWIKPEN             | 3                     | SSM                 |
| HUMALOG MIX 75-25 KWIKPEN             | 3                     | SSM                 |
| HUMALOG MIX 75-25 (U-100), INSULINA   | 3                     | SSM                 |
| HUMALOG U-100, INSULINA               | 3                     | SSM                 |
| HUMULIN 70/30 U-100, INSULINA         | 3                     | SSM                 |
| HUMULIN 70/30 U-100 KWIKPEN           | 3                     | SSM                 |
| HUMULIN N NPH, INSULINA KWIKPEN       | 3                     | SSM                 |
| HUMULIN N NPH U-100, INSULINA         | 3                     | SSM                 |
| HUMULIN R REGULAR U-100, INSULINA     | 3                     | SSM                 |
| HUMULIN R U-500 (CONC) INSULINA       | 5                     | B/D PA; NDS         |
| HUMULIN R U-500 (CONC) KWIKPEN        | 5                     | NDS                 |
| INSULIN LISPRO                        | 3                     | SSM                 |

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 8.



## Medicamentos cubiertos por categoría

| NOMBRE DEL MEDICAMENTO                                                                                          | NIVEL DEL MEDICAMENTO | REQUISITOS/ LÍMITES |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|---------------------|
| INSULIN LISPRO PROTAMIN-LISPRO                                                                                  | 3                     | SSM                 |
| INSULINA, AGUJA PARA LAPICERA                                                                                   | 2                     | QL (200/30)         |
| JERINGA PARA INSULINA (DES.), U-100 0.3 ML, 1 ML, 1/2 ML                                                        | 2                     | QL (200/30)         |
| INVOKAMET                                                                                                       | 3                     | QL (60/30)          |
| INVOKAMET XR                                                                                                    | 3                     | QL (60/30)          |
| INVOKANA                                                                                                        | 3                     | QL (30/30)          |
| JANUMET                                                                                                         | 3                     | QL (60/30)          |
| JANUMET XR, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA, MULTIFÁSICA, 24 HORAS, 100-1,000 MG                      | 3                     | QL (30/30)          |
| JANUMET XR, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA, MULTIFÁSICA, 24 HORAS, 50-1,000 MG, 50-500 MG            | 3                     | QL (60/30)          |
| JANUVIA                                                                                                         | 3                     | QL (30/30)          |
| JARDIANCE                                                                                                       | 3                     | QL (30/30)          |
| JENTADUETO                                                                                                      | 3                     | QL (60/30)          |
| JENTADUETO XR, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN INMEDIATA-LIBERACIÓN PROLONGADA, BIFÁSICA, 24 HORAS, 2.5-1,000 MG | 3                     | QL (60/30)          |
| JENTADUETO XR, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN INMEDIATA-LIBERACIÓN PROLONGADA, BIFÁSICA, 24 HORAS, 5-1,000 MG   | 3                     | QL (30/30)          |
| LANTUS SOLOSTAR U-100, INSULINA                                                                                 | 3                     | SSM                 |
| LANTUS U-100, INSULINA                                                                                          | 3                     | SSM                 |
| LEVEMIR FLEXTOUCH U-100, INSULINA                                                                               | 3                     | SSM                 |

| NOMBRE DEL MEDICAMENTO                                                                                     | NIVEL DEL MEDICAMENTO | REQUISITOS/ LÍMITES |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|---------------------|
| LEVEMIR U-100, INSULINA                                                                                    | 3                     | SSM                 |
| LYUMJEV KWIKPEN U-100, INSULINA                                                                            | 3                     | SSM                 |
| LYUMJEV KWIKPEN U-200, INSULINA                                                                            | 3                     | SSM                 |
| LYUMJEV U-100, INSULINA                                                                                    | 3                     | SSM                 |
| METFORMIN, SOLUCIÓN ORAL                                                                                   | 3                     | QL (765/30)         |
| <i>metformina, comprimidos orales, 1,000 mg</i>                                                            | 1                     | QL (75/30)          |
| <i>metformina, comprimidos orales, 500 mg</i>                                                              | 1                     | QL (150/30)         |
| <i>metformina, comprimidos orales, 850 mg</i>                                                              | 1                     | QL (90/30)          |
| <i>metformina, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas, 500 mg (genérico de Glucophage XR)</i> | 1                     | QL (120/30)         |
| <i>metformina, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas, 750 mg (genérico de Glucophage XR)</i> | 1                     | QL (60/30)          |
| <i>metformina, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas, 1,000 mg</i>                           | 1                     | QL (60/30)          |
| <i>metformina, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas, 500 mg</i>                             | 1                     | QL (150/30)         |
| <i>miglitol, comprimidos orales, 100 mg</i>                                                                | 4                     | QL (90/30)          |
| <i>miglitol, comprimidos orales, 25 mg</i>                                                                 | 4                     | QL (360/30)         |
| <i>miglitol, comprimidos orales, 50 mg</i>                                                                 | 4                     | QL (180/30)         |
| MOUNJARO                                                                                                   | 3                     | QL (2/28)           |
| <i>nateglinida, comprimidos orales, 120 mg</i>                                                             | 1                     | QL (90/30)          |
| <i>nateglinida, comprimidos orales, 60 mg</i>                                                              | 1                     | QL (180/30)         |
| AGUJAS, INSULINA DES., DE SEGURIDAD                                                                        | 2                     | 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 8.

## Medicamentos cubiertos por categoría

| NOMBRE DEL MEDICAMENTO                                                                     | NIVEL DEL MEDICAMENTO | REQUISITOS/ LÍMITES   |
|--------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|-----------------------|
| OMNIPOD 5 G6 INTRO KIT (GEN 5)                                                             | 3                     | QL (1/365)            |
| OMNIPOD 5 G6 PODS (GEN 5)                                                                  | 3                     | QL (30/30)            |
| OMNIPOD CLASSIC PDM KIT (GEN 3)                                                            | 3                     | QL (1/365)            |
| OMNIPOD CLASSIC PODS (GEN 3)                                                               | 3                     | QL (30/30)            |
| OMNIPOD DASH INTRO KIT (GEN 4)                                                             | 3                     | QL (1/365)            |
| OMNIPOD DASH PDM KIT (GEN 4)                                                               | 3                     | QL (30/30)            |
| OMNIPOD DASH PODS (GEN 4)                                                                  | 3                     | QL (30/30)            |
| OZEMPIC, LAPICERA PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA, 0.25 MG O 0.5 MG (2 MG/1.5 ML)                | 3                     | QL (1.5/28)           |
| OZEMPIC, LAPICERA PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA, 1 MG/DOSIS (4 MG/3 ML, 2 MG/DOSIS (8 MG/3 ML) | 3                     | QL (3/28)             |
| <i>pioglitazona</i>                                                                        | 1                     | QL (30/30)            |
| <i>pioglitazona-metformina</i>                                                             | 1                     | QL (90/30)            |
| <i>repaglinida, comprimidos orales, 0.5 mg</i>                                             | 1                     | QL (960/30)           |
| <i>repaglinida, comprimidos orales, 1 mg</i>                                               | 1                     | QL (480/30)           |
| <i>repaglinida, comprimidos orales, 2 mg</i>                                               | 1                     | QL (240/30)           |
| RYBELSUS                                                                                   | 3                     | QL (30/30)            |
| SOLIQUA 100/33                                                                             | 3                     | QL (15/25)            |
| SYMLINPEN 120                                                                              | 5                     | PA; QL (10.8/30); NDS |
| SYMLINPEN 60                                                                               | 5                     | PA; QL (6/30); NDS    |
| SYNJARDY                                                                                   | 3                     | QL (60/30)            |

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

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

*Cursiva minúscula = Medicamento genérico*

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 8.

## Medicamentos cubiertos por categoría

| NOMBRE DEL MEDICAMENTO                                                                                                             | NIVEL DEL MEDICAMENTO | REQUISITOS/ LÍMITES |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|---------------------|
| TRIJARDY XR, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN INMEDIATA-LIBERACIÓN PROLONGADA, BIFÁSICA, 24 HORAS, 10-5-1,000 MG, 25-5-1,000 MG      | 3                     | QL (30/30)          |
| TRIJARDY XR, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN INMEDIATA-LIBERACIÓN PROLONGADA, BIFÁSICA, 24 HORAS, 12.5-2.5-1,000 MG, 5-2.5-1,000 MG | 3                     | QL (60/30)          |
| TRULICITY                                                                                                                          | 3                     | QL (2/28)           |
| V-GO 20                                                                                                                            | 3                     |                     |
| V-GO 30                                                                                                                            | 3                     |                     |
| V-GO 40                                                                                                                            | 3                     |                     |
| VICTOZA 2-PAK                                                                                                                      | 3                     | QL (9/30)           |
| VICTOZA 3-PAK                                                                                                                      | 3                     | QL (9/30)           |
| XULTOPHY 100/3.6                                                                                                                   | 3                     | QL (15/30)          |
| <b>HORMONAS VARIAS</b>                                                                                                             |                       |                     |
| ALDURAZYME                                                                                                                         | 5                     | PA; NDS             |
| <i>cabergolina</i>                                                                                                                 | 3                     |                     |
| <i>calcitonina (salmón), inyección</i>                                                                                             | 5                     | NDS                 |
| <i>calcitonina (salmón), nasal</i>                                                                                                 | 3                     |                     |
| <i>calcitriol, solución intravenosa, 1 mcg/ml</i>                                                                                  | 4                     |                     |
| <i>calcitriol, cápsulas orales</i>                                                                                                 | 3                     |                     |
| <i>calcitriol, solución oral</i>                                                                                                   | 4                     |                     |
| CEREZYME, SOL. PARA RECONST. INTRAVENOSA, 400 UNIDADES                                                                             | 5                     | PA; NDS             |
| CHORIONIC GONADOTROPIN, HUMANA INTRAMUSCULAR                                                                                       | 4                     | PA                  |
| <i>cinacalcet, comprimidos orales, 30 mg, 60 mg</i>                                                                                | 4                     | QL (60/30)          |
| <i>cinacalcet, comprimidos orales, 90 mg</i>                                                                                       | 4                     | QL (120/30)         |
| <i>danazol</i>                                                                                                                     | 4                     |                     |
| <i>desmopresina inyectable</i>                                                                                                     | 5                     | NDS                 |

| NOMBRE DEL MEDICAMENTO                                                              | NIVEL DEL MEDICAMENTO | REQUISITOS/ LÍMITES    |
|-------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|------------------------|
| <i>desmopresina, rociador nasal con bomba</i>                                       | 4                     |                        |
| <i>desmopresina, rociador nasal no aerosol, 10 mcg/aplicación (0.1 ml)</i>          | 4                     |                        |
| <i>desmopresina oral</i>                                                            | 3                     |                        |
| <i>doxercalciferol</i>                                                              | 4                     |                        |
| ELAPRASE                                                                            | 5                     | PA; NDS                |
| FABRAZYME                                                                           | 5                     | NDS                    |
| KORLYM                                                                              | 5                     | PA; QL (120/30); NDS   |
| KUVAN                                                                               | 5                     | PA; NDS                |
| LUMIZYME                                                                            | 5                     | PA; NDS                |
| MIACALCIN INYECTABLE                                                                | 5                     | NDS                    |
| <i>miglustato</i>                                                                   | 5                     | LA; NDS                |
| NAGLAZYME                                                                           | 5                     | PA; NDS                |
| NATPARA                                                                             | 5                     | PA; LA; QL (2/28); NDS |
| <i>oxandrolona, comprimidos orales, 10 mg</i>                                       | 4                     | PA; QL (60/30)         |
| <i>oxandrolona, comprimidos orales, 2.5 mg</i>                                      | 3                     | PA; QL (120/30)        |
| <i>pamidronato</i>                                                                  | 4                     |                        |
| <i>paricalcitol oral</i>                                                            | 4                     |                        |
| SAMSCA, COMPRIMIDOS ORALES, 15 MG                                                   | 5                     | PA; QL (120/30); NDS   |
| <i>sapropterina</i>                                                                 | 5                     | PA; NDS                |
| SOMAVERT                                                                            | 5                     | PA; QL (30/30); NDS    |
| SYNAREL                                                                             | 5                     | NDS                    |
| <i>cipionato de testosterona, aceite intramuscular, 100 mg/ml, 200 mg/ml (1 ml)</i> | 3                     |                        |
| TESTOSTERONE CYPIONATE, ACEITE INTRAMUSCULAR, 200 MG/ML                             | 3                     |                        |
| <i>enantato de testosterona</i>                                                     | 4                     |                        |
| <i>testosterona, gel transdérmico</i>                                               | 4                     | PA; QL (300/30)        |

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 8.

## Medicamentos cubiertos por categoría

| NOMBRE DEL MEDICAMENTO                                                                                                       | NIVEL DEL MEDICAMENTO | REQUISITOS/ LÍMITES  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|----------------------|
| <i>testosterona, gel transdérmico en bomba con dosis medidas, 12.5 mg/1.25 gramos (1%)</i>                                   | 4                     | PA; QL (300/30)      |
| <i>testosterona, gel transdérmico en paquete, 1% (25 mg/2.5 gramos), 1% (50 mg/5 gramos)</i>                                 | 4                     | PA; QL (300/30)      |
| TOLVAPTAN, COMPRIMIDOS ORALES, 15 MG                                                                                         | 5                     | PA; QL (120/30); NDS |
| <i>tolvaptán, comprimidos orales, 30 mg</i>                                                                                  | 5                     | PA; QL (60/30); NDS  |
| <i>ácido zoledrónico, solución intravenosa</i>                                                                               | 4                     | B/D PA               |
| <i>ácido zoledrónico-manitol-agua, infusión secundaria intravenosa, 4 mg/100 ml</i>                                          | 4                     | B/D PA               |
| <i>ácido zoledrónico-manitol-nacl al 0.9%</i>                                                                                | 4                     | B/D PA               |
| <b>HORMONAS TIROIDEAS</b>                                                                                                    |                       |                      |
| EUTHYROX                                                                                                                     | 3                     |                      |
| LEVO-T                                                                                                                       | 3                     |                      |
| <i>levotiroxina, comprimidos orales</i>                                                                                      | 1                     |                      |
| <i>levoxyl, comprimidos orales, 100 mcg, 112 mcg, 175 mcg</i>                                                                | 3                     |                      |
| LEVOXYL, COMPRIMIDOS ORALES, 125 MCG, 137 MCG, 150 MCG, 200 MCG, 25 MCG, 50 MCG, 75 MCG, 88 MCG                              | 3                     |                      |
| <i>liotironina oral</i>                                                                                                      | 2                     |                      |
| SYNTHROID                                                                                                                    | 3                     |                      |
| UNITHROID, COMPRIMIDOS ORALES, 100 MCG, 112 MCG, 125 MCG, 150 MCG, 175 MCG, 200 MCG, 25 MCG, 300 MCG, 50 MCG, 75 MCG, 88 MCG | 3                     |                      |
| <i>unithroid, comprimidos orales, 137 mcg</i>                                                                                | 3                     |                      |

| NOMBRE DEL MEDICAMENTO                                                          | NIVEL DEL MEDICAMENTO | REQUISITOS/ LÍMITES |
|---------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|---------------------|
| <b>GASTROENTEROLOGÍA</b>                                                        |                       |                     |
| <b>ANTIDIARREICOS/ANTIESPASMÓDICOS</b>                                          |                       |                     |
| <i>atropina, solución inyectable, 0.4 mg/ml</i>                                 | 4                     |                     |
| <i>atropina, jeringa inyectable, 0.05 mg/ml, 0.1 mg/ml</i>                      | 4                     |                     |
| <i>diciclomina, cápsulas orales</i>                                             | 1                     |                     |
| <i>diciclomina, solución oral</i>                                               | 3                     |                     |
| <i>diciclomina, comprimidos orales</i>                                          | 1                     |                     |
| <i>difenoxilato-atropina</i>                                                    | 3                     |                     |
| <i>glicopirronio (pf)</i>                                                       | 4                     |                     |
| <i>glicopirronio (pf) en agua, inyectable</i>                                   | 4                     |                     |
| <i>glicopirronio (pf) en agua, jeringa intravenosa, 0.4 mg/2 ml (0.2 mg/ml)</i> | 4                     |                     |
| <i>glicopirronio inyectable</i>                                                 | 4                     |                     |
| <i>glicopirronio, comprimidos orales</i>                                        | 2                     |                     |
| <i>loperamida, cápsulas orales</i>                                              | 2                     |                     |
| <b>AGENTES GASTROINTESTINALES VARIOS</b>                                        |                       |                     |
| <i>alosetrón, comprimidos orales, 0.5 mg</i>                                    | 4                     | PA                  |
| <i>alosetrón, comprimidos orales, 1 mg</i>                                      | 5                     | PA; NDS             |
| <i>aprepitant</i>                                                               | 4                     | B/D PA              |
| <i>balsalazida</i>                                                              | 4                     |                     |
| <i>budesonida, cápsulas orales, liberación retardada y prolongada</i>           | 4                     |                     |
| <i>budesonida, comprimidos orales, liberación retardada y prolongada</i>        | 5                     | NDS                 |
| <i>compro</i>                                                                   | 2                     |                     |
| <i>constulosa</i>                                                               | 2                     |                     |
| CORTIFOAM                                                                       | 4                     |                     |
| CREON                                                                           | 3                     |                     |

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

*Cursiva minúscula = Medicamento genérico*

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 8.

## Medicamentos cubiertos por categoría

| NOMBRE DEL MEDICAMENTO                                              | NIVEL DEL MEDICAMENTO | REQUISITOS/ LÍMITES     |
|---------------------------------------------------------------------|-----------------------|-------------------------|
| <i>cromoglicato oral</i>                                            | 3                     |                         |
| CYSTADANE                                                           | 5                     | NDS                     |
| <i>dronabinol</i>                                                   | 4                     | B/D PA; QL (60/30)      |
| EMEND, SUSPENSIÓN ORAL PARA RECONSTITUCIÓN                          | 4                     | B/D PA                  |
| <i>enulosa</i>                                                      | 2                     |                         |
| GATTEX, VIAL DE 30                                                  | 5                     | PA; NDS                 |
| GATTEX, VIAL DE UNO                                                 | 5                     | PA; NDS                 |
| <i>gavilyte-c</i>                                                   | 2                     |                         |
| <i>generlac</i>                                                     | 2                     |                         |
| <i>granisetron (pf), solución intravenosa, 1 mg/ml (1 ml)</i>       | 4                     | B/D PA                  |
| <i>clorhidrato de granisetron intravenoso</i>                       | 4                     |                         |
| <i>clorhidrato de granisetron oral</i>                              | 4                     | B/D PA                  |
| <i>hidrocortisona rectal</i>                                        | 3                     |                         |
| <i>hidrocortisona, crema tópica con aplicador perineal, 2.5%</i>    | 1                     |                         |
| INFLECTRA                                                           | 5                     | PA; QL (20/30); NDS     |
| <i>lactulosa, solución oral</i>                                     | 2                     |                         |
| LINZESS                                                             | 3                     | QL (30/30)              |
| <i>meclizina, comprimidos orales, 12.5 mg, 25 mg</i>                | 2                     |                         |
| <i>mesalamina, cápsulas orales, liberación prolongada, 24 horas</i> | 3                     |                         |
| <i>mesalamina, enema rectal</i>                                     | 4                     |                         |
| <i>mesalamina con pañuelo limpiador</i>                             | 4                     |                         |
| <i>clorhidrato de metoclopramida, solución oral</i>                 | 2                     |                         |
| <i>clorhidrato de metoclopramida, comprimidos orales</i>            | 2                     |                         |
| MOVANTIK                                                            | 4                     | QL (30/30)              |
| OCALIVA                                                             | 5                     | PA; LA; QL (30/30); NDS |
| <i>ondansetrón</i>                                                  | 3                     | B/D PA                  |
| <i>clorhidrato de ondansetrón (pf)</i>                              | 4                     |                         |

| NOMBRE DEL MEDICAMENTO                                                            | NIVEL DEL MEDICAMENTO | REQUISITOS/ LÍMITES  |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|----------------------|
| <i>clorhidrato de ondansetrón intravenoso</i>                                     | 4                     |                      |
| <i>clorhidrato de ondansetrón, solución oral</i>                                  | 4                     | B/D PA               |
| <i>clorhidrato de ondansetrón, comprimidos orales, 4 mg, 8 mg</i>                 | 2                     | B/D PA               |
| <i>palonosetrón, solución intravenosa, 0.25 mg/5 ml</i>                           | 4                     |                      |
| <i>peg 3350-electrolitos, sol. para reconst. oral, 236-22.74-6.74-5.86 gramos</i> | 2                     |                      |
| <i>peg-electrolitos</i>                                                           | 2                     |                      |
| PENTASA                                                                           | 4                     |                      |
| <i>proclorperazina</i>                                                            | 2                     |                      |
| <i>edisilato de proclorperazina, solución inyectable, 10 mg/2 ml (5 mg/ml)</i>    | 4                     |                      |
| <i>maleato de proclorperazina oral</i>                                            | 2                     |                      |
| <i>procto-med hc</i>                                                              | 2                     |                      |
| <i>procto-pak</i>                                                                 | 2                     |                      |
| <i>proctosol hc tópico</i>                                                        | 2                     |                      |
| <i>proctozona-hc</i>                                                              | 2                     |                      |
| RECTIV                                                                            | 4                     |                      |
| SANCUSO                                                                           | 5                     | NDS                  |
| <i>escopolamina base</i>                                                          | 4                     | QL (10/30)           |
| SKYRIZI, INYECTOR PONIBLE SUBCUTÁNEO                                              | 5                     | PA; QL (2.4/28); NDS |
| SUCRAID                                                                           | 5                     | PA; NDS              |
| <i>sulfasalazina</i>                                                              | 2                     |                      |
| SUPREP, KIT DE PREPARACIÓN INTESTINAL                                             | 3                     |                      |
| SUTAB                                                                             | 4                     |                      |
| <i>ursodiol, cápsulas orales, 300 mg</i>                                          | 3                     |                      |
| <i>ursodiol, comprimidos orales</i>                                               | 4                     |                      |
| VIOKACE                                                                           | 4                     |                      |

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

*Cursiva minúscula = Medicamento genérico*

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 8.



## Medicamentos cubiertos por categoría

| NOMBRE DEL MEDICAMENTO                                                                                                                                                                                                                                                         | NIVEL DEL MEDICAMENTO | REQUISITOS/ LÍMITES |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|---------------------|
| ZENPEP, CÁPSULAS ORALES, LIBERACIÓN RETARDADA (DR/EC) 10,000-32,000-42,000 UNIDADES, 15,000-47,000-63,000 UNIDADES, 20,000-63,000-84,000 UNIDADES, 25,000-79,000-105,000 UNIDADES, 3,000-10,000-14,000-UNIDADES, 40,000-126,000-168,000 UNIDADES, 5,000-17,000-24,000 UNIDADES | 3                     |                     |
| <b>TRATAMIENTO DE ÚLCERAS</b>                                                                                                                                                                                                                                                  |                       |                     |
| <i>esomeprazol magnésico, cápsulas orales, liberación retardada (dr/ec)</i>                                                                                                                                                                                                    | 3                     | QL (60/30)          |
| <i>famotidina, suspensión oral</i>                                                                                                                                                                                                                                             | 4                     |                     |
| <i>famotidina, comprimidos orales, 20 mg, 40 mg</i>                                                                                                                                                                                                                            | 2                     |                     |
| <i>lansoprazol, cápsulas orales, liberación retardada (dr/ec)</i>                                                                                                                                                                                                              | 3                     | QL (60/30)          |
| <i>misoprostol</i>                                                                                                                                                                                                                                                             | 3                     |                     |
| <i>nizatidina, cápsulas orales</i>                                                                                                                                                                                                                                             | 3                     |                     |
| <i>omeprazol, cápsulas orales, liberación retardada (dr/ec)</i>                                                                                                                                                                                                                | 2                     | QL (60/30)          |
| <i>pantoprazol, comprimidos orales, liberación retardada (dr/ec)</i>                                                                                                                                                                                                           | 1                     | QL (60/30)          |
| <i>sucralfato, suspensión oral</i>                                                                                                                                                                                                                                             | 4                     |                     |
| <i>sucralfato, comprimidos orales</i>                                                                                                                                                                                                                                          | 2                     |                     |
| TALICIA                                                                                                                                                                                                                                                                        | 4                     | QL (168/28)         |
| <b>INMUNOLOGÍA, VACUNAS/BIOTECNOLOGÍA</b>                                                                                                                                                                                                                                      |                       |                     |
| <b>MEDICAMENTOS BIOTECNOLÓGICOS</b>                                                                                                                                                                                                                                            |                       |                     |
| ACTIMMUNE                                                                                                                                                                                                                                                                      | 5                     | PA; NDS             |
| ARCALYST                                                                                                                                                                                                                                                                       | 5                     | PA; NDS             |
| AVONEX, KIT DE LAPICERA PARA INYECCIÓN INTRAMUSCULAR                                                                                                                                                                                                                           | 5                     | PA; QL (1/28); NDS  |
| AVONEX, JERINGA INTRAMUSCULAR                                                                                                                                                                                                                                                  | 5                     | PA; QL (1/28); NDS  |

| NOMBRE DEL MEDICAMENTO                                                                               | NIVEL DEL MEDICAMENTO | REQUISITOS/ LÍMITES    |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|------------------------|
| AVONEX, KIT DE JERINGA INTRAMUSCULAR                                                                 | 5                     | PA; QL (1/28); NDS     |
| BESREMI                                                                                              | 5                     | PA; LA; QL (2/28); NDS |
| BETASERON, KIT PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA                                                             | 5                     | PA; QL (14/28); NDS    |
| GENOTROPIN                                                                                           | 5                     | PA; NDS                |
| GENOTROPIN MINISQUICK                                                                                | 5                     | PA; NDS                |
| INTRON A, SOL. PARA RECONST. INYECT., 10 MILLONES DE UNIDADES (1 ML), 50 MILLONES DE UNIDADES (1 ML) | 5                     | B/D PA; NDS            |
| LEUKINE, SOL. PARA RECONST. INYECTABLE                                                               | 5                     | PA; NDS                |
| MOZOBIL                                                                                              | 5                     | B/D PA; NDS            |
| NIVESTYM                                                                                             | 5                     | PA; NDS                |
| NYVEPRIA                                                                                             | 5                     | PA; NDS                |
| PEGASYS, SOLUCIÓN SUBCUTÁNEA                                                                         | 5                     | PA; QL (4/28); NDS     |
| PEGASYS, JERINGA SUBCUTÁNEA                                                                          | 5                     | PA; QL (2/28); NDS     |
| PROCIT                                                                                               | 3                     | PA                     |
| PROLEUKIN                                                                                            | 4                     | B/D PA                 |
| REBIF (CON ALBÚMINA)                                                                                 | 5                     | PA; QL (6/28); NDS     |
| REBIF REBIDOSE, LAPICERA PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA, 22 MCG/0.5 ML, 44 MCG/0.5 ML                     | 5                     | PA; QL (6/28); NDS     |
| REBIF REBIDOSE, LAPICERA PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA, 8.8 MCG/0.2 ML, 22 MCG/0.5 ML (6)                | 5                     | PA; QL (8.4/365); NDS  |
| REBIF, PAQUETE DE AJUSTE DE DOSIS                                                                    | 5                     | PA; QL (8.4/365); NDS  |
| RETACRIT                                                                                             | 3                     | PA                     |
| <b>VACUNAS/AGENTES INMUNOLÓGICOS VARIOS</b>                                                          |                       |                        |
| ACTHIB (PF)                                                                                          | 3                     |                        |
| ADACEL (TDAP ADOLESC./ ADULTOS) (PF)                                                                 | 3                     |                        |

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

*Cursiva minúscula = Medicamento genérico*

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 8.

## Medicamentos cubiertos por categoría

| NOMBRE DEL MEDICAMENTO                      | NIVEL DEL MEDICAMENTO | REQUISITOS/ LÍMITES |
|---------------------------------------------|-----------------------|---------------------|
| ATGAM                                       | 4                     | B/D PA              |
| BCG (PF), VACUNA CON VIRUS VIVOS            | 3                     |                     |
| BEXSERO                                     | 3                     |                     |
| BOOSTRIX TDAP                               | 3                     |                     |
| BOTOX                                       | 4                     | PA                  |
| DAPTACEL (DTAP PEDIÁTRICA) (PF)             | 3                     |                     |
| DENGVAIXA (PF)                              | 3                     |                     |
| ENGRIX-B (PF)                               | 3                     | B/D PA              |
| ENGRIX-B (PF), USO PEDIÁTRICO               | 3                     | B/D PA              |
| <i>fomepizol</i>                            | 5                     | NDS                 |
| GAMMAGARD, LÍQUIDO                          | 5                     | B/D PA; NDS         |
| GAMMAGARD S-D (IGA < 1 MCG/ML)              | 5                     | B/D PA; NDS         |
| GAMMAKED                                    | 5                     | B/D PA; NDS         |
| GAMMAPLEX                                   | 5                     | B/D PA; NDS         |
| GAMMAPLEX (CON SORBITOL)                    | 5                     | B/D PA; NDS         |
| GAMUNEX-C                                   | 5                     | B/D PA; NDS         |
| GARDASIL 9 (PF)                             | 3                     |                     |
| HAVRIX (PF)                                 | 3                     |                     |
| HIBERIX (PF)                                | 3                     |                     |
| HIZENTRA                                    | 5                     | B/D PA; NDS         |
| IMOVAX (PF), VACUNA ANTIRRÁBICA             | 3                     |                     |
| INFANRIX (DTAP) (PF), JERINGA INTRAMUSCULAR | 3                     |                     |
| IPOL                                        | 3                     |                     |
| IXIARO (PF)                                 | 3                     |                     |
| KINRIX (PF), JERINGA INTRAMUSCULAR          | 3                     |                     |
| MENACTRA (PF), SOLUCIÓN INTRAMUSCULAR       | 3                     |                     |
| MENQUADFI (PF)                              | 3                     |                     |
| MENVEO A-C-Y-W-135-DIP (PF)                 | 3                     |                     |

| NOMBRE DEL MEDICAMENTO                                                              | NIVEL DEL MEDICAMENTO | REQUISITOS/ LÍMITES |
|-------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|---------------------|
| M-M-R II (PF)                                                                       | 3                     |                     |
| PEDIARIX (PF)                                                                       | 3                     |                     |
| PEDVAX HIB (PF)                                                                     | 3                     |                     |
| PENTACEL (PF)                                                                       | 3                     |                     |
| PREHEVBRIIO (PF)                                                                    | 3                     | B/D PA              |
| PROQUAD (PF)                                                                        | 3                     |                     |
| QUADRACEL (PF)                                                                      | 3                     |                     |
| RABAVER (PF)                                                                        | 3                     |                     |
| RECOMBIVAX HB (PF)                                                                  | 3                     | B/D PA              |
| ROTARIX                                                                             | 3                     |                     |
| ROTATEQ, VACUNA                                                                     | 3                     |                     |
| SHINGRIX (PF)                                                                       | 3                     | QL (2/999)          |
| STAMARIL (PF)                                                                       | 3                     |                     |
| TDVAX                                                                               | 3                     |                     |
| TENIVAC (PF)                                                                        | 3                     |                     |
| TETANUS, DIPHTHERIA TOX PEDIÁTRICA (PF)                                             | 3                     |                     |
| TICE BCG                                                                            | 4                     | B/D PA              |
| TICOVAC                                                                             | 3                     |                     |
| TRUMENBA                                                                            | 3                     |                     |
| TWINRIX (PF)                                                                        | 3                     |                     |
| TYPHIM VI                                                                           | 3                     |                     |
| VAQTA (PF)                                                                          | 3                     |                     |
| VARIVAX (PF)                                                                        | 3                     |                     |
| VARIZIG                                                                             | 4                     |                     |
| YF-VAX (PF), SUSPENSIÓN SUBCUTÁNEA PARA RECONSTITUCIÓN, 10 EXP 4.74 UNIDADES/0.5 ML | 3                     |                     |

### SISTEMA LOCOMOTOR/REUMATOLOGÍA

#### TRATAMIENTO DE LA GOTA

|                                                       |   |             |
|-------------------------------------------------------|---|-------------|
| <i>alopurinol, comprimidos orales, 100 mg, 300 mg</i> | 1 |             |
| <i>colchicina, comprimidos orales</i>                 | 4 | QL (120/30) |
| FEBUXOSTAT                                            | 3 | ST          |
| MITIGARE                                              | 3 |             |
| <i>probenecid</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 8.

## Medicamentos cubiertos por categoría

| NOMBRE DEL MEDICAMENTO                                                                     | NIVEL DEL MEDICAMENTO | REQUISITOS/ LÍMITES   |
|--------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|-----------------------|
| <i>probenecid/colchicina</i>                                                               | 2                     |                       |
| <b>TRATAMIENTO DE LA OSTEOPOROSIS</b>                                                      |                       |                       |
| <i>alendronato, comprimidos orales, 10 mg, 5 mg</i>                                        | 1                     | QL (30/30)            |
| <i>alendronato, comprimidos orales, 35 mg, 70 mg</i>                                       | 1                     | QL (4/28)             |
| BINOSTO                                                                                    | 4                     | QL (4/28)             |
| <i>ibandronato oral</i>                                                                    | 2                     | QL (1/28)             |
| PROLIA                                                                                     | 4                     | QL (1/168)            |
| <i>raloxifeno</i>                                                                          | 2                     | QL (30/30)            |
| <i>risedronato, comprimidos orales, 150 mg</i>                                             | 3                     | QL (1/28)             |
| <i>risedronato, comprimidos orales, 35 mg, 35 mg (paquete de 12), 35 mg (paquete de 4)</i> | 3                     | QL (4/28)             |
| <i>risedronato, comprimidos orales, 5 mg</i>                                               | 3                     | QL (30/30)            |
| TERIPARATIDE                                                                               | 5                     | PA; QL (2.48/28); NDS |
| TYMLOS                                                                                     | 5                     | PA; QL (1.56/30); NDS |
| <b>OTROS AGENTES REUMATOLÓGICOS</b>                                                        |                       |                       |
| BENLYSTA                                                                                   | 5                     | PA; NDS               |
| ENBREL MINI                                                                                | 5                     | PA; QL (8/28); NDS    |
| ENBREL, SOL. PARA RECONST. SUBCUTÁNEA                                                      | 5                     | PA; QL (16/28); NDS   |
| ENBREL, SOLUCIÓN SUBCUTÁNEA                                                                | 5                     | PA; QL (8/28); NDS    |
| ENBREL, JERINGA SUBCUTÁNEA                                                                 | 5                     | PA; QL (8/28); NDS    |
| ENBREL SURECLICK                                                                           | 5                     | PA; QL (8/28); NDS    |
| HUMIRA PEN                                                                                 | 5                     | PA; QL (4/28); NDS    |
| HUMIRA PEN CROHNS-UC-HS, PAQUETE INICIAL                                                   | 5                     | PA; QL (12/365); NDS  |
| HUMIRA PEN PSOR-UEITS-ADOL HS                                                              | 5                     | PA; QL (8/365); NDS   |
| HUMIRA, KIT DE JERINGA SUBCUTÁNEA, 40 MG/0.8 ML                                            | 5                     | PA; QL (4/28); NDS    |

| NOMBRE DEL MEDICAMENTO                                                                         | NIVEL DEL MEDICAMENTO | REQUISITOS/ LÍMITES  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|----------------------|
| HUMIRA (CF) PEDI CROHNS, PAQUETE INICIAL, KIT DE JERINGA SUBCUTÁNEA, 80 MG/0.8 ML              | 5                     | PA; QL (6/365); NDS  |
| HUMIRA (CF) PEDI CROHNS, PAQUETE INICIAL, KIT DE JERINGA SUBCUTÁNEA, 80 MG/0.8 ML-40 MG/0.4 ML | 5                     | PA; QL (4/365); NDS  |
| HUMIRA (CF) PEN CROHNS-UC-HS                                                                   | 5                     | PA; QL (6/365); NDS  |
| HUMIRA (CF) PEN PEDIATRIC UC                                                                   | 5                     | PA; QL (4/180); NDS  |
| HUMIRA (CF) PEN PSOR-UV-ADOL HS                                                                | 5                     | PA; QL (6/365); NDS  |
| HUMIRA (CF) PEN, KIT DE INYECTOR SUBCUTÁNEO, 40 MG/0.4 ML                                      | 5                     | PA; QL (4/28); NDS   |
| HUMIRA (CF) PEN, KIT DE LAPICERA PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA, 80 MG/0.8 ML                       | 5                     | PA; QL (2/28); NDS   |
| HUMIRA (CF), KIT DE JERINGA SUBCUTÁNEA, 10 MG/0.1 ML, 20 MG/0.2 ML                             | 5                     | PA; QL (2/28); NDS   |
| HUMIRA (CF), KIT DE JERINGA SUBCUTÁNEA, 40 MG/0.4 ML                                           | 5                     | PA; QL (4/28); NDS   |
| <i>leflunomida</i>                                                                             | 2                     | QL (30/30)           |
| ORENCIA CLICKJECT                                                                              | 5                     | PA; QL (4/28); NDS   |
| ORENCIA, JERINGA SUBCUTÁNEA, 125 MG/ML                                                         | 5                     | PA; QL (4/28); NDS   |
| ORENCIA, JERINGA SUBCUTÁNEA, 50 MG/0.4 ML                                                      | 5                     | PA; QL (1.6/28); NDS |
| ORENCIA, JERINGA SUBCUTÁNEA, 87.5 MG/0.7 ML                                                    | 5                     | PA; QL (2.8/28); NDS |
| <i>penicilamina</i>                                                                            | 5                     | NDS                  |
| RIDAURA                                                                                        | 5                     | NDS                  |
| RINVOQ                                                                                         | 5                     | PA; QL (30/30); NDS  |
| XELJANZ, SOLUCIÓN ORAL                                                                         | 5                     | PA; QL (300/30); 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 8.

## Medicamentos cubiertos por categoría

| NOMBRE DEL MEDICAMENTO      | NIVEL DEL MEDICAMENTO | REQUISITOS/ LÍMITES |
|-----------------------------|-----------------------|---------------------|
| XELJANZ, COMPRIMIDOS ORALES | 5                     | PA; QL (60/30); NDS |
| XELJANZ XR                  | 5                     | PA; QL (30/30); NDS |

### OBSTETRICIA/GINECOLOGÍA

#### ESTRÓGENOS/PROGESTINAS

|                                                                        |   |           |
|------------------------------------------------------------------------|---|-----------|
| <i>camila</i>                                                          | 3 |           |
| <i>deblitane</i>                                                       | 3 |           |
| DELESTROGEN, ACEITE INTRAMUSCULAR, 10 MG/ML                            | 4 |           |
| DEPO-ESTRADIOL                                                         | 4 |           |
| <i>dotti</i>                                                           | 2 | QL (8/28) |
| DUAVEE                                                                 | 4 | PA        |
| <i>errin</i>                                                           | 3 |           |
| <i>estradiol oral</i>                                                  | 2 |           |
| <i>estradiol, parche transdérmico quincenal</i>                        | 2 | QL (8/28) |
| <i>estradiol, parche transdérmico semanal</i>                          | 2 | QL (4/28) |
| <i>estradiol vaginal</i>                                               | 4 |           |
| <i>valerato de estradiol, aceite intramuscular, 20 mg/ml, 40 mg/ml</i> | 4 |           |
| ESTRING                                                                | 4 |           |
| <i>fyavolv</i>                                                         | 3 |           |
| <i>heather</i>                                                         | 3 |           |
| <i>caproato de hidroxiprogesterona</i>                                 | 5 | NDS       |
| <i>incassia</i>                                                        | 3 |           |
| JENCYCLA                                                               | 3 |           |
| <i>lyza</i>                                                            | 3 |           |
| <i>medroxiprogesterona intramuscular</i>                               | 4 |           |
| <i>medroxiprogesterona oral</i>                                        | 2 |           |
| MENOSTAR                                                               | 3 | QL (4/28) |
| <i>nora-be</i>                                                         | 3 |           |
| <i>noretisterona (anticonceptivo)</i>                                  | 3 |           |

| NOMBRE DEL MEDICAMENTO                                                              | NIVEL DEL MEDICAMENTO | REQUISITOS/ LÍMITES |
|-------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|---------------------|
| <i>acetato de noretisterona</i>                                                     | 3                     |                     |
| <i>acetato de noretisterona-etinilestradiol, comprimidos orales, 0.5-2.5 mg-mcg</i> | 3                     |                     |
| PREMARIN INYECTABLE                                                                 | 4                     |                     |
| PREMARIN ORAL                                                                       | 3                     |                     |
| PREMARIN VAGINAL                                                                    | 3                     |                     |
| <i>progesterona micronizada</i>                                                     | 3                     |                     |
| <i>sharobel</i>                                                                     | 3                     |                     |
| <i>yuvaferm</i>                                                                     | 4                     |                     |

#### PRODUCTOS OBSTÉTRICOS/GINECOLÓGICOS VARIOS

|                                        |   |  |
|----------------------------------------|---|--|
| <i>fosfato de clindamicina vaginal</i> | 3 |  |
| <i>metronidazol vaginal</i>            | 3 |  |
| <i>terconazol</i>                      | 3 |  |
| <i>ácido tranexámico oral</i>          | 3 |  |
| <i>vandazol</i>                        | 3 |  |

#### ANTICONCEPTIVOS ORALES/AGENTES RELACIONADOS

|                                |   |  |
|--------------------------------|---|--|
| <i>afirmelle</i>               | 3 |  |
| <i>altavera (28)</i>           | 3 |  |
| <i>alyacen 1/35 (28)</i>       | 3 |  |
| <i>alyacen 7/7/7 (28)</i>      | 3 |  |
| <i>amethia</i>                 | 3 |  |
| <i>amethyst (28)</i>           | 3 |  |
| <i>apri</i>                    | 3 |  |
| <i>aranelle (28)</i>           | 3 |  |
| <i>ashlyna</i>                 | 3 |  |
| <i>aubra</i>                   | 3 |  |
| <i>aubra eq</i>                | 3 |  |
| <i>aurovela 1.5/30 (21)</i>    | 3 |  |
| <i>aurovela 1/20 (21)</i>      | 3 |  |
| <i>aurovela 24 fe</i>          | 3 |  |
| <i>aurovela fe 1.5/30 (28)</i> | 3 |  |
| <i>aurovela fe 1-20 (28)</i>   | 3 |  |
| <i>aviane</i>                  | 3 |  |
| <i>ayuna</i>                   | 3 |  |
| <i>azurette (28)</i>           | 3 |  |

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 8.

## Medicamentos cubiertos por categoría

| NOMBRE DEL MEDICAMENTO                 | NIVEL DEL MEDICAMENTO | REQUISITOS/ LÍMITES |
|----------------------------------------|-----------------------|---------------------|
| <i>balziva</i> (28)                    | 3                     |                     |
| <i>blisovi</i> 24 fe                   | 3                     |                     |
| <i>blisovi</i> fe 1.5/30 (28)          | 3                     |                     |
| <i>blisovi</i> fe 1/20 (28)            | 3                     |                     |
| <i>briellyn</i>                        | 3                     |                     |
| <i>camrese</i>                         | 3                     |                     |
| <i>camrese</i> lo                      | 3                     |                     |
| <i>charlotte</i> 24 fe                 | 3                     |                     |
| <i>chateal</i> (28)                    | 3                     |                     |
| <i>chateal</i> eq (28)                 | 3                     |                     |
| <i>cryselle</i> (28)                   | 3                     |                     |
| <i>cyred</i>                           | 3                     |                     |
| <i>cyred</i> eq                        | 3                     |                     |
| <i>dasetta</i> 1/35 (28)               | 3                     |                     |
| <i>dasetta</i> 7/7/7 (28)              | 3                     |                     |
| <i>daysee</i>                          | 3                     |                     |
| <i>desog</i> -e.estradiol/e.estradiol  | 3                     |                     |
| <i>desogestrel</i> -etinilestradiol    | 3                     |                     |
| <i>dolishale</i>                       | 3                     |                     |
| <i>drospirenona</i> -e.estradiol-lm.fa | 3                     |                     |
| <i>drospirenona</i> -etinilestradiol   | 3                     |                     |
| <i>elinest</i>                         | 3                     |                     |
| ELLA                                   | 3                     |                     |
| <i>emoquette</i>                       | 3                     |                     |
| <i>enpresse</i>                        | 3                     |                     |
| <i>enskyce</i>                         | 3                     |                     |
| <i>estarylla</i>                       | 3                     |                     |
| <i>etiodiol</i> diac-etinilestradiol   | 3                     |                     |
| <i>falmina</i> (28)                    | 3                     |                     |
| <i>feminor</i>                         | 3                     |                     |
| <i>finzala</i>                         | 3                     |                     |
| <i>gemmily</i>                         | 3                     |                     |
| <i>hailey</i>                          | 3                     |                     |
| <i>hailey</i> 24 fe                    | 3                     |                     |
| <i>hailey</i> fe 1.5/30 (28)           | 3                     |                     |
| <i>hailey</i> fe 1/20 (28)             | 3                     |                     |

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

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

*Cursiva minúscula = Medicamento genérico*

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 8.



## Medicamentos cubiertos por categoría

| NOMBRE DEL MEDICAMENTO                                                                  | NIVEL DEL MEDICAMENTO | REQUISITOS/ LÍMITES |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|---------------------|
| <i>lutra</i> (28)                                                                       | 3                     |                     |
| <i>marlissa</i> (28)                                                                    | 3                     |                     |
| <i>merzee</i>                                                                           | 3                     |                     |
| <i>microgestin 1.5/30</i> (21)                                                          | 3                     |                     |
| <i>microgestin 1/20</i> (21)                                                            | 3                     |                     |
| <i>microgestin fe 1.5/30</i> (28)                                                       | 3                     |                     |
| <i>microgestin fe 1/20</i> (28)                                                         | 3                     |                     |
| <i>mili</i>                                                                             | 3                     |                     |
| <i>mono-linyah</i>                                                                      | 3                     |                     |
| <i>necon 0.5/35</i> (28)                                                                | 3                     |                     |
| <i>nikki</i> (28)                                                                       | 3                     |                     |
| <i>noret.-etinilestradiol/hierro</i>                                                    | 3                     |                     |
| <i>noretisterona ac-etinilestradiol, comprimidos orales, 1-20 mg-mcg, 1.5-30 mg-mcg</i> | 3                     |                     |
| <i>noretisterona-etinilestradiol-hierro</i>                                             | 3                     |                     |
| <i>norgestimato-etinilestradiol</i>                                                     | 3                     |                     |
| <i>nortrel 0.5/35</i> (28)                                                              | 3                     |                     |
| <i>nortrel 1/35</i> (21)                                                                | 3                     |                     |
| <i>nortrel 1/35</i> (28)                                                                | 3                     |                     |
| <i>nortrel 7/7/7</i> (28)                                                               | 3                     |                     |
| <i>nylia 1/35</i> (28)                                                                  | 3                     |                     |
| <i>nylia 7/7/7</i> (28)                                                                 | 3                     |                     |
| <i>nymyo</i>                                                                            | 3                     |                     |
| <i>ocella</i>                                                                           | 3                     |                     |
| <i>philith</i>                                                                          | 3                     |                     |
| <i>pimtrea</i> (28)                                                                     | 3                     |                     |
| PIRMELLA, COMPRIMIDOS ORALES, 0.5/0.75/1 MG-35 MCG                                      | 3                     |                     |
| <i>pirmella, comprimidos orales, 1-35 mg-mcg</i>                                        | 3                     |                     |
| <i>portia</i> 28                                                                        | 3                     |                     |
| <i>reclipsen</i> (28)                                                                   | 3                     |                     |
| <i>rivelsa</i>                                                                          | 3                     |                     |
| <i>setlakin</i>                                                                         | 3                     |                     |

| NOMBRE DEL MEDICAMENTO                 | NIVEL DEL MEDICAMENTO | REQUISITOS/ LÍMITES |
|----------------------------------------|-----------------------|---------------------|
| <i>simliya</i> (28)                    | 3                     |                     |
| <i>simpesse</i>                        | 3                     |                     |
| <i>sprintec</i> (28)                   | 3                     |                     |
| <i>sronyx</i>                          | 3                     |                     |
| <i>syeda</i>                           | 3                     |                     |
| <i>tarina 24 fe</i>                    | 3                     |                     |
| <i>tarina fe 1/20</i> (28)             | 3                     |                     |
| <i>tarina fe 1-20 eq</i> (28)          | 3                     |                     |
| TAYSOFY                                | 3                     |                     |
| <i>tilia fe</i>                        | 3                     |                     |
| <i>tri femynor</i>                     | 3                     |                     |
| <i>tri-estarylla</i>                   | 3                     |                     |
| <i>tri-legest fe</i>                   | 3                     |                     |
| <i>tri-linyah</i>                      | 3                     |                     |
| <i>tri-lo-estarylla</i>                | 3                     |                     |
| <i>tri-lo-marzia</i>                   | 3                     |                     |
| <i>tri-lo-mili</i>                     | 3                     |                     |
| <i>tri-lo-sprintec</i>                 | 3                     |                     |
| <i>tri-mili</i>                        | 3                     |                     |
| <i>tri-nymyo</i>                       | 3                     |                     |
| <i>tri-sprintec</i> (28)               | 3                     |                     |
| <i>trivora</i> (28)                    | 3                     |                     |
| <i>tri-vylibra</i>                     | 3                     |                     |
| <i>tri-vylibra lo</i>                  | 3                     |                     |
| <i>tyblume</i>                         | 3                     |                     |
| <i>tydemy</i>                          | 3                     |                     |
| <i>velivet, régimen trifásico</i> (28) | 3                     |                     |
| <i>vestura</i> (28)                    | 3                     |                     |
| <i>vienva</i>                          | 3                     |                     |
| <i>viorele</i> (28)                    | 3                     |                     |
| <i>volnea</i> (28)                     | 3                     |                     |
| <i>vyfemla</i> (28)                    | 3                     |                     |
| <i>vylibra</i>                         | 3                     |                     |
| <i>wera</i> (28)                       | 3                     |                     |
| <i>wymzya fe</i>                       | 3                     |                     |

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

*Cursiva minúscula = Medicamento genérico*

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 8.

## Medicamentos cubiertos por categoría

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

| NOMBRE DEL MEDICAMENTO                                          | NIVEL DEL MEDICAMENTO | REQUISITOS/ LÍMITES  |
|-----------------------------------------------------------------|-----------------------|----------------------|
| levobunolol, gotas oftálmicas (ojos), 0.5%                      | 1                     |                      |
| maleato de timolol, gotas oftálmicas (ojos)                     | 1                     |                      |
| TIMOLOL MALEATE, SOLUCIÓN GELIFICANTE OFTÁLMICA (OJOS)          | 4                     |                      |
| <b>PRODUCTOS OFTALMOLÓGICOS VARIOS</b>                          |                       |                      |
| atropina, gotas oftálmicas (ojos)                               | 3                     |                      |
| azelastina oftálmica (ojos)                                     | 2                     |                      |
| cromoglicato oftálmico (ojos)                                   | 2                     |                      |
| CYSTARAN                                                        | 5                     | PA; NDS              |
| epinastina                                                      | 3                     |                      |
| EYLEA                                                           | 5                     | PA; NDS              |
| LACRISERT                                                       | 4                     |                      |
| olopatadina oftálmica (ojos)                                    | 3                     |                      |
| OXERVATE                                                        | 5                     | PA; QL (112/56); NDS |
| PHOSPHOLINE IODIDE                                              | 4                     |                      |
| clorhidrato de pilocarpina, gotas oftálmicas (ojos), 1%, 2%, 4% | 3                     |                      |
| RESTASIS                                                        | 3                     | QL (60/30)           |
| RESTASIS MULTIDOSIS                                             | 3                     | QL (11/30)           |
| sulfacetamida sódica, gotas oftálmicas (ojos)                   | 2                     |                      |
| sulfacetamida-prednisolona                                      | 2                     |                      |
| XIIDRA                                                          | 3                     | QL (60/30)           |
| <b>AGENTES ANTIINFLAMATORIOS NO ESTEROIDEOS</b>                 |                       |                      |
| bromfenaco                                                      | 4                     |                      |
| diclofenaco sódico oftálmico (ojos)                             | 2                     |                      |
| flurbiprofeno sódico                                            | 2                     |                      |
| ketorolaco oftálmico (ojos)                                     | 2                     |                      |
| PROLENSA                                                        | 3                     |                      |
| <b>MEDICAMENTOS ORALES PARA EL GLAUCOMA</b>                     |                       |                      |
| acetazolamida                                                   | 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 8.

## Medicamentos cubiertos por categoría

| NOMBRE DEL MEDICAMENTO                                 | NIVEL DEL MEDICAMENTO | REQUISITOS/ LÍMITES |
|--------------------------------------------------------|-----------------------|---------------------|
| <i>acetazolamida sódica</i>                            | 4                     |                     |
| <i>metazolamida</i>                                    | 4                     |                     |
| <b>OTROS MEDICAMENTOS PARA EL GLAUCOMA</b>             |                       |                     |
| <i>bimatoprost oftálmico (ojos)</i>                    | 2                     |                     |
| <i>brinzolamida</i>                                    | 4                     |                     |
| COMBIGAN                                               | 3                     |                     |
| <i>dorzolamida</i>                                     | 2                     |                     |
| <i>dorzolamida-timolol</i>                             | 2                     |                     |
| <i>latanoprost</i>                                     | 1                     |                     |
| LUMIGAN, GOTAS OFTÁLMICAS (OJOS), 0.01%                | 3                     |                     |
| RHOPRESSA                                              | 4                     | ST                  |
| ROCKLATAN                                              | 4                     | ST                  |
| SIMBRINZA                                              | 4                     |                     |
| <i>travoprost</i>                                      | 3                     |                     |
| <b>COMBINACIONES DE ESTEROIDES-ANTIBIÓTICOS</b>        |                       |                     |
| <i>neomicina-bacitracina-polimixina-hc</i>             | 3                     |                     |
| <i>neomicina-polimixina b-dexametasona</i>             | 2                     |                     |
| <i>neomicina-polimixina-hc oftálmica (ojos)</i>        | 2                     |                     |
| <i>neo-polycin hc</i>                                  | 3                     |                     |
| TOBRADEX ST                                            | 3                     |                     |
| <i>tobramicina-dexametasona</i>                        | 3                     |                     |
| ZYLET                                                  | 3                     |                     |
| <b>ESTEROIDES</b>                                      |                       |                     |
| <i>fosfato sódico de dexametasona oftálmico (ojos)</i> | 2                     |                     |
| <i>difluprednato</i>                                   | 3                     |                     |
| DUREZOL                                                | 3                     |                     |
| EYSUVIS                                                | 3                     | QL (20/30)          |
| <i>fluorometolona</i>                                  | 3                     |                     |
| INVELTYS                                               | 3                     |                     |
| LOTEMAX                                                | 4                     |                     |
| LOTEMAX SM                                             | 4                     |                     |

| NOMBRE DEL MEDICAMENTO                                               | NIVEL DEL MEDICAMENTO | REQUISITOS/ LÍMITES     |
|----------------------------------------------------------------------|-----------------------|-------------------------|
| <i>etabonato de loteprednol, gotas oftálmicas (ojos), suspensión</i> | 4                     |                         |
| <i>acetato de prednisolona</i>                                       | 3                     |                         |
| <i>fosfato sódico de prednisolona oftálmico (ojos)</i>               | 2                     |                         |
| <b>AGENTES SIMPATICOMIMÉTICOS</b>                                    |                       |                         |
| ALPHAGAN P, GOTAS OFTÁLMICAS (OJOS), 0.1%                            | 3                     |                         |
| <i>apraclonidina</i>                                                 | 3                     |                         |
| <i>brimonidina, gotas oftálmicas (ojos), 0.15%</i>                   | 3                     |                         |
| <i>brimonidina, gotas oftálmicas (ojos), 0.2%</i>                    | 2                     |                         |
| <b>SISTEMA RESPIRATORIO Y ALERGIA</b>                                |                       |                         |
| <b>AGENTES ANTIHISTAMÍNICOS/ANTIALÉRGICOS</b>                        |                       |                         |
| <i>desloratadina, comprimidos orales</i>                             | 2                     | QL (30/30)              |
| <i>clorhidrato de difenhidramina, solución inyectable, 50 mg/ml</i>  | 4                     |                         |
| <i>epinefrina, autoinyector para inyección</i>                       | 2                     | QL (2/30)               |
| <i>epinefrina, solución inyectable, 1 mg/ml</i>                      | 4                     |                         |
| <i>clorhidrato de hidroxizina, comprimidos orales</i>                | 3                     | PA                      |
| <i>levocetirizina, solución oral</i>                                 | 4                     |                         |
| <i>levocetirizina, comprimidos orales</i>                            | 2                     | QL (30/30)              |
| <i>prometazina oral</i>                                              | 2                     | PA                      |
| <i>prometazina, supositorio rectal, 12.5 mg, 25 mg</i>               | 4                     |                         |
| <i>promethegan, supositorio rectal, 25 mg, 50 mg</i>                 | 4                     |                         |
| <b>AGENTES PULMONARES</b>                                            |                       |                         |
| <i>acetilcisteína</i>                                                | 3                     | B/D PA                  |
| ADEMPAS                                                              | 5                     | PA; LA; QL (90/30); NDS |
| ADVAIR HFA                                                           | 3                     | QL (12/30)              |

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 8.

## Medicamentos cubiertos por categoría

| NOMBRE DEL MEDICAMENTO                                                                                          | NIVEL DEL MEDICAMENTO | REQUISITOS/ LÍMITES     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|-------------------------|
| <i>sulfato de albuterol para inhalar, inhalador en aerosol de hfa, 90 mcg/activación (genérico de ProAir)</i>   | 4                     | QL (17/30)              |
| ALBUTEROL SULFATE INHALATION, INHALADOR EN AEROSOL DE HFA, 90 MCG/ ACTIVACIÓN (GENÉRICO DE PROVENTIL)           | 4                     | QL (13.4/30)            |
| <i>sulfato de albuterol para inhalar, inhalador en aerosol de hfa, 90 mcg/activación (genérico de Ventolin)</i> | 4                     | QL (36/30)              |
| <i>sulfato de albuterol para inhalar, solución para nebulización</i>                                            | 2                     | B/D PA                  |
| <i>sulfato de albuterol, jarabe oral</i>                                                                        | 2                     |                         |
| <i>sulfato de albuterol, comprimidos orales</i>                                                                 | 4                     |                         |
| <i>sulfato de albuterol, comprimidos orales, liberación prolongada, 12 horas</i>                                | 4                     |                         |
| <i>alyq</i>                                                                                                     | 4                     | PA; QL (60/30)          |
| <i>ambrisentan</i>                                                                                              | 5                     | PA; LA; QL (30/30); NDS |
| ANORO ELLIPTA                                                                                                   | 3                     | QL (60/30)              |
| <i>arformoterol</i>                                                                                             | 4                     | B/D PA                  |
| ARNUITY ELLIPTA                                                                                                 | 3                     | QL (30/30)              |
| ATROVENT HFA                                                                                                    | 4                     | QL (25.8/30)            |
| <i>bosentan</i>                                                                                                 | 5                     | PA; LA; NDS             |
| BREO ELLIPTA                                                                                                    | 3                     | QL (60/30)              |
| BROVANA                                                                                                         | 4                     | B/D PA                  |
| <i>budesonida, suspensión para inhalación para nebulización, 0.25 mg/2 ml, 0.5 mg/2 ml</i>                      | 4                     | B/D PA; QL (120/30)     |
| <i>budesonida, suspensión para inhalación para nebulización, 1 mg/2 ml</i>                                      | 4                     | B/D PA; QL (60/30)      |
| COMBIVENT RESPIMAT                                                                                              | 3                     | QL (8/30)               |
| <i>cromoglicato para inhalar</i>                                                                                | 2                     | B/D PA                  |

| NOMBRE DEL MEDICAMENTO                                                                        | NIVEL DEL MEDICAMENTO | REQUISITOS/ LÍMITES  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|----------------------|
| DALIRESP                                                                                      | 4                     | PA; QL (30/30)       |
| ESBRIET, CÁPSULAS ORALES                                                                      | 5                     | PA; QL (270/30); NDS |
| ESBRIET, COMPRIMIDOS ORALES, 267 MG                                                           | 5                     | PA; QL (270/30); NDS |
| ESBRIET, COMPRIMIDOS ORALES, 801 MG                                                           | 5                     | PA; QL (90/30); NDS  |
| FLOVENT DISKUS PARA INHALAR, BLÍSTER CON DISPOSITIVO, 100 MCG/ ACTIVACIÓN, 50 MCG/ ACTIVACIÓN | 3                     | QL (60/30)           |
| FLOVENT DISKUS PARA INHALAR, BLÍSTER CON DISPOSITIVO, 250 MCG/ ACTIVACIÓN                     | 3                     | QL (240/30)          |
| FLOVENT, INHALADOR EN AEROSOL DE HFA, 110 MCG/ ACTIVACIÓN                                     | 3                     | QL (12/30)           |
| FLOVENT, INHALADOR EN AEROSOL DE HFA, 220 MCG/ ACTIVACIÓN                                     | 3                     | QL (24/30)           |
| FLOVENT, INHALADOR EN AEROSOL DE HFA, 44 MCG/ ACTIVACIÓN                                      | 3                     | QL (10.6/30)         |
| <i>flunisolida</i>                                                                            | 3                     | QL (50/30)           |
| <i>propionato de fluticasona nasal</i>                                                        | 2                     | QL (16/30)           |
| <i>propionato de fluticasona-salmeterol para inhalación, blíster con dispositivo</i>          | 2                     | QL (60/30)           |
| <i>fumarato de formoterol</i>                                                                 | 3                     | B/D PA; QL (120/30)  |
| HAEGARDA                                                                                      | 5                     | PA; LA; NDS          |
| <i>icatibanto</i>                                                                             | 5                     | PA; QL (18/30); NDS  |
| INCRUSE ELLIPTA                                                                               | 3                     | QL (30/30)           |
| <i>bromuro de ipratropio para inhalar</i>                                                     | 2                     | B/D PA               |
| <i>ipratropio-albuterol</i>                                                                   | 2                     | B/D PA               |
| KALYDECO, PAQUETE DE GRÁNULOS ORALES                                                          | 5                     | PA; QL (56/28); NDS  |

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

*Cursiva minúscula = Medicamento genérico*

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 8.

## Medicamentos cubiertos por categoría

| NOMBRE DEL MEDICAMENTO                                                             | NIVEL DEL MEDICAMENTO | REQUISITOS/ LÍMITES      |
|------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|--------------------------|
| KALYDECO, COMPRIMIDOS ORALES                                                       | 5                     | PA; QL (60/30); NDS      |
| <i>clorhidrato de levalbuterol</i>                                                 | 4                     | B/D PA                   |
| <i>metaproterenol, jarabe oral</i>                                                 | 3                     |                          |
| <i>mometasona nasal</i>                                                            | 3                     | QL (34/30)               |
| <i>montelukast, paquete de gránulos orales</i>                                     | 3                     | QL (30/30)               |
| <i>montelukast, comprimidos orales</i>                                             | 2                     | QL (30/30)               |
| <i>montelukast, comprimidos orales masticables</i>                                 | 2                     | QL (30/30)               |
| NUCALA, AUTOINYECTOR, VÍA SUBCUTÁNEA                                               | 5                     | PA; QL (3/28); NDS       |
| NUCALA, JERINGA SUBCUTÁNEA, 100 MG/ML                                              | 5                     | PA; QL (3/28); NDS       |
| NUCALA, JERINGA SUBCUTÁNEA, 40 MG/0.4 ML                                           | 5                     | PA; LA; QL (0.4/28); NDS |
| OFEV                                                                               | 5                     | PA; QL (60/30); NDS      |
| OPSUMIT                                                                            | 5                     | PA; LA; NDS              |
| ORKAMBI, PAQUETE DE GRÁNULOS ORALES                                                | 5                     | PA; QL (56/28); NDS      |
| ORKAMBI, COMPRIMIDOS ORALES                                                        | 5                     | PA; QL (112/28); NDS     |
| PERFOROMIST                                                                        | 3                     | B/D PA; QL (120/30)      |
| <i>pirfenidona, comprimidos orales, 267 mg</i>                                     | 5                     | PA; QL (270/30); NDS     |
| PIRFENIDONE, COMPRIMIDOS ORALES, 534 MG                                            | 5                     | PA; QL (90/30); NDS      |
| <i>pirfenidona, comprimidos orales, 801 mg</i>                                     | 5                     | PA; QL (90/30); NDS      |
| PULMICORT, SUSPENSIÓN PARA INHALACIÓN PARA NEBULIZACIÓN, 0.25 MG/2 ML, 0.5 MG/2 ML | 4                     | B/D PA; QL (120/30)      |
| PULMICORT, SUSPENSIÓN PARA INHALACIÓN PARA NEBULIZACIÓN, 1 MG/2 ML                 | 4                     | B/D PA; QL (60/30)       |

| NOMBRE DEL MEDICAMENTO                                                                | NIVEL DEL MEDICAMENTO | REQUISITOS/ LÍMITES      |
|---------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|--------------------------|
| PULMOZYME                                                                             | 5                     | B/D PA; QL (150/30); NDS |
| <i>sajazir</i>                                                                        | 5                     | PA; QL (18/30); NDS      |
| SEREVENT DISKUS                                                                       | 3                     | QL (60/30)               |
| <i>sildenafil (hipertensión arterial pulmonar), comprimidos orales</i>                | 3                     | PA; QL (90/30)           |
| SYMDEKO                                                                               | 5                     | PA; QL (56/28); NDS      |
| <i>tadalafil (hipertensión arterial pulmonar), comprimidos orales, 20 mg</i>          | 4                     | PA; QL (60/30)           |
| TADLIQ                                                                                | 5                     | PA; QL (300/30); NDS     |
| <i>terbutalina</i>                                                                    | 4                     |                          |
| THEO-24                                                                               | 4                     |                          |
| <i>teofilina, comprimidos orales, liberación prolongada, 12 horas, 300 mg, 450 mg</i> | 3                     |                          |
| <i>teofilina, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas</i>                 | 3                     |                          |
| TRELEGY ELLIPTA                                                                       | 3                     | QL (60/30)               |
| TRIKAF TA, COMPRIMIDOS ORALES, TERAPIA SECUENCIAL, 100-50-75 MG (D)/150 MG (N)        | 5                     | PA; QL (84/28); NDS      |
| TRIKAF TA, COMPRIMIDOS ORALES, TERAPIA SECUENCIAL, 50-25-37.5 MG (D)/75 MG (N)        | 5                     | PA; NDS                  |
| VENTAVIS                                                                              | 5                     | PA; NDS                  |
| VENTOLIN HFA                                                                          | 3                     | QL (36/30)               |
| <i>wixela inhub</i>                                                                   | 2                     | QL (60/30)               |
| XHANCE                                                                                | 4                     | ST; QL (32/30)           |
| XOLAIR, SOL. PARA RECONST. SUBCUTÁNEA                                                 | 5                     | PA; LA; QL (8/28); NDS   |
| XOLAIR, JERINGA SUBCUTÁNEA, 150 MG/ML                                                 | 5                     | PA; LA; QL (8/28); NDS   |
| XOLAIR, JERINGA SUBCUTÁNEA, 75 MG/0.5 ML                                              | 5                     | PA; LA; QL (1/28); NDS   |

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 8.



## Medicamentos cubiertos por categoría

| NOMBRE DEL MEDICAMENTO                                                             | NIVEL DEL MEDICAMENTO | REQUISITOS/ LÍMITES |
|------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|---------------------|
| XOPENEX                                                                            | 4                     | B/D PA              |
| XOPENEX CONCENTRADO                                                                | 4                     | B/D PA              |
| YUPELRI                                                                            | 4                     | B/D PA; QL (90/30)  |
| <i>zafirlukast</i>                                                                 | 3                     | QL (60/30)          |
| <b>UROLÓGICOS</b>                                                                  |                       |                     |
| <b>ANTICOLINÉRGICOS/ANTIESPASMÓDICOS</b>                                           |                       |                     |
| <i>darifenacina</i>                                                                | 4                     |                     |
| <i>flavoxato</i>                                                                   | 2                     |                     |
| GEMTESA                                                                            | 4                     | QL (30/30)          |
| MYRBETRIQ, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA, 24 HORAS                     | 3                     |                     |
| <i>cloruro de oxibutinina, jarabe oral</i>                                         | 2                     |                     |
| <i>cloruro de oxibutinina, comprimidos orales</i>                                  | 2                     |                     |
| <i>cloruro de oxibutinina, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas</i> | 3                     | QL (60/30)          |
| <i>solifenacina</i>                                                                | 2                     |                     |
| <i>tolterodina</i>                                                                 | 4                     |                     |
| TOVIAZ                                                                             | 3                     | QL (30/30)          |
| <b>ANTICOLINÉRGICOS/ANTIESPASMÓDICOS</b>                                           |                       |                     |
| <i>fesoterodina</i>                                                                | 3                     | QL (30/30)          |
| <b>TRATAMIENTO DE LA HIPERPLASIA PROSTÁTICA BENIGNA (HPB)</b>                      |                       |                     |
| <i>alfuzosina</i>                                                                  | 2                     |                     |
| <i>dutasterida</i>                                                                 | 2                     |                     |
| <i>dutasterida-tamsulosina</i>                                                     | 4                     |                     |
| <i>finasterida, comprimidos orales, 5 mg</i>                                       | 2                     | QL (30/30)          |
| <i>tamsulosina</i>                                                                 | 2                     | QL (60/30)          |
| <b>AGENTES UROLÓGICOS VARIOS</b>                                                   |                       |                     |
| <i>cloruro de betanecol</i>                                                        | 2                     |                     |
| CYSTAGON                                                                           | 4                     | LA                  |
| ELMIRON                                                                            | 4                     |                     |
| K-PHOS ORIGINAL                                                                    | 4                     |                     |

| NOMBRE DEL MEDICAMENTO                                                                         | NIVEL DEL MEDICAMENTO | REQUISITOS/ LÍMITES |
|------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|---------------------|
| <i>citrato de potasio, comprimidos orales, liberación prolongada</i>                           | 4                     |                     |
| RENACIDIN                                                                                      | 4                     |                     |
| <b>VITAMINAS, HEMATÍNICOS/ELECTROLITOS</b>                                                     |                       |                     |
| <b>ELECTROLITOS</b>                                                                            |                       |                     |
| <i>acetato de calcio (aglutinante de fosfato)</i>                                              | 3                     |                     |
| <i>klor-con</i>                                                                                | 2                     |                     |
| KLOR-CON 10                                                                                    | 3                     |                     |
| KLOR-CON 8                                                                                     | 3                     |                     |
| <i>klor-con m10</i>                                                                            | 2                     |                     |
| <i>klor-con m15</i>                                                                            | 2                     |                     |
| <i>klor-con m20</i>                                                                            | 2                     |                     |
| <i>solución de lactato sódico compuesta intravenosa</i>                                        | 4                     |                     |
| <i>sulfato de magnesio en d5w, infusión secundaria intravenosa, 1 gramo/100 ml</i>             | 4                     |                     |
| <i>sulfato de magnesio en agua</i>                                                             | 4                     |                     |
| <i>sulfato de magnesio inyectable</i>                                                          | 4                     |                     |
| POTASSIUM CHLORID-D5-0.45% NACL, SOLUCIÓN PARENTERAL INTRAVENOSA, 10 MEQ/L, 20 MEQ/L, 40 MEQ/L | 4                     |                     |
| <i>cloruro de potasio en d5-nacl al 0.45%, solución parenteral intravenosa, 30 meq/l</i>       | 4                     |                     |
| <i>cloruro de potasio en nacl al 0.9%, solución parenteral intravenosa, 20 meq/l, 40 meq/l</i> | 4                     |                     |
| <i>cloruro de potasio en dext. al 5%, solución parenteral intravenosa, 20 meq/l</i>            | 4                     |                     |
| <i>cloruro de potasio en lr-d5, solución parenteral intravenosa, 20 meq/l</i>                  | 4                     |                     |

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

*Cursiva minúscula = Medicamento genérico*

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 8.

## Medicamentos cubiertos por categoría

| NOMBRE DEL MEDICAMENTO                                                                                                                      | NIVEL DEL MEDICAMENTO | REQUISITOS/ LÍMITES |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|---------------------|
| <i>cloruro de potasio en agua, infusión secundaria intravenosa, 10 meq/100 ml, 10 meq/50 ml, 20 meq/100 ml, 20 meq/50 ml, 40 meq/100 ml</i> | 4                     |                     |
| <i>cloruro de potasio intravenoso</i>                                                                                                       | 4                     |                     |
| <i>cloruro de potasio, cápsulas orales, liberación prolongada</i>                                                                           | 2                     |                     |
| <i>cloruro de potasio, líquido oral</i>                                                                                                     | 4                     |                     |
| <i>cloruro de potasio, paquete oral</i>                                                                                                     | 2                     |                     |
| <i>cloruro de potasio, comprimidos orales, liberación prolongada</i>                                                                        | 2                     |                     |
| <i>cloruro de potasio, comprimidos orales, liberación prolongada, partículas/cristales</i>                                                  | 2                     |                     |
| <i>cloruro de potasio-nacl al 0.45%</i>                                                                                                     | 4                     |                     |
| POTASSIUM CHLORIDE-D5-0.2% NACL, SOLUCIÓN PARENTERAL INTRAVENOSA, 20 MEQ/L                                                                  | 4                     |                     |
| POTASSIUM CHLORIDE-D5-0.9% NACL                                                                                                             | 4                     |                     |
| <i>solución de lactato sódico compuesta intravenosa</i>                                                                                     | 4                     |                     |
| <i>bicarbonato de sodio, jeringa intravenosa</i>                                                                                            | 4                     |                     |
| <i>cloruro de sodio al 0.45%, solución parenteral intravenosa</i>                                                                           | 4                     |                     |
| <i>cloruro de sodio hipertónico al 3%</i>                                                                                                   | 4                     |                     |
| <i>cloruro de sodio hipertónico al 5%</i>                                                                                                   | 4                     |                     |
| <i>cloruro de sodio intravenoso</i>                                                                                                         | 4                     |                     |
| TPN ELECTROLYTES                                                                                                                            | 4                     | B/D PA              |
| <b>PRODUCTOS NUTRICIONALES VARIOS</b>                                                                                                       |                       |                     |
| AMINOSYN II 15%                                                                                                                             | 4                     | B/D PA              |
| AMINOSYN-PF 7% (SIN SULFITOS)                                                                                                               | 4                     | B/D PA              |

| NOMBRE DEL MEDICAMENTO                                                                         | NIVEL DEL MEDICAMENTO | REQUISITOS/ LÍMITES |
|------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|---------------------|
| CLINIMIX 5%/D15W, SIN SULFITOS                                                                 | 4                     | B/D PA              |
| CLINIMIX 4.25%/D10W, SIN SULFITOS                                                              | 4                     | B/D PA              |
| CLINIMIX 5%-D20W (SIN SULFITOS)                                                                | 4                     | B/D PA              |
| CLINIMIX 6%-D5W (SIN SULFITOS)                                                                 | 4                     | B/D PA              |
| CLINIMIX 8%-D10W (SIN SULFITOS)                                                                | 4                     | B/D PA              |
| CLINIMIX 8%-D14W (SIN SULFITOS)                                                                | 4                     | B/D PA              |
| CLINIMIX E 4.25%/D10W, SIN SULFITOS                                                            | 4                     | B/D PA              |
| CLINISOL SF 15%                                                                                | 4                     | B/D PA              |
| <i>electrolitos-48 en d5w</i>                                                                  | 4                     |                     |
| INTRALIPID, EMULSIÓN INTRAVENOSA, 20%, 30%                                                     | 4                     | B/D PA              |
| KABIVEN                                                                                        | 4                     | B/D PA              |
| NUTRILIPID                                                                                     | 4                     | B/D PA              |
| PERIKABIVEN                                                                                    | 4                     | B/D PA              |
| PLENAMINE                                                                                      | 4                     | B/D PA              |
| PREMASOL 10%                                                                                   | 4                     | B/D PA              |
| PROCALAMINE 3%                                                                                 | 4                     | B/D PA              |
| PROSOL 20%                                                                                     | 4                     | B/D PA              |
| TRAVASOL 10%                                                                                   | 4                     | B/D PA              |
| TROPHAMINE 10%                                                                                 | 4                     | B/D PA              |
| <b>VITAMINAS/HEMATÍNICOS</b>                                                                   |                       |                     |
| BAL-CARE DHA                                                                                   | 3                     |                     |
| C-NATE DHA                                                                                     | 3                     |                     |
| COMPLETE NATAL DHA                                                                             | 3                     |                     |
| ELITE-OB                                                                                       | 3                     |                     |
| <i>fluoruro (de sodio), comprimidos orales</i>                                                 | 1                     |                     |
| <i>fluoruro (de sodio), comprimidos orales masticables, 1 mg (2.2 mg de fluoruro de sodio)</i> | 1                     |                     |

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 8.

## Medicamentos cubiertos por categoría

| NOMBRE DEL MEDICAMENTO                                                                     | NIVEL DEL MEDICAMENTO | REQUISITOS/ LÍMITES |
|--------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|---------------------|
| FOLIVANE-OB                                                                                | 3                     |                     |
| <i>fluoruro Ludent, comprimidos orales masticables, 1 mg (2.2 mg de fluoruro de sodio)</i> | 1                     |                     |
| M-NATAL PLUS                                                                               | 3                     |                     |
| PNV-DHA                                                                                    | 3                     |                     |
| PNV-OMEGA                                                                                  | 3                     |                     |
| PNV-SELECT                                                                                 | 3                     |                     |
| PR NATAL 400                                                                               | 3                     |                     |
| PR NATAL 400 EC                                                                            | 3                     |                     |
| PR NATAL 430                                                                               | 3                     |                     |
| PR NATAL 430 EC                                                                            | 3                     |                     |
| <i>prenatal plus (carbonato de calcio)</i>                                                 | 3                     |                     |
| VITAMINAS PRENATALES, COMPRIMIDOS ORALES                                                   | 3                     |                     |
| SE-NATAL 19, MASTICABLE                                                                    | 3                     |                     |
| SE-NATAL-19                                                                                | 3                     |                     |
| TARON-C DHA                                                                                | 3                     |                     |
| TRINATAL RX 1                                                                              | 3                     |                     |
| VIRT-NATE DHA                                                                              | 3                     |                     |
| VIRT-PN DHA                                                                                | 3                     |                     |
| <i>westab plus</i>                                                                         | 2                     |                     |
| <i>westgel dha</i>                                                                         | 2                     |                     |
| ZATEAN-PN DHA                                                                              | 3                     |                     |
| ZATEAN-PN PLUS                                                                             | 3                     |                     |

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

*Cursiva minúscula = Medicamento genérico*

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 8.

# Índice de medicamentos cubiertos

| MEDICAMENTO                                                                                            | PÁGINA | MEDICAMENTO                                                                          | PÁGINA |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|--------------------------------------------------------------------------------------|--------|
| <b>A</b>                                                                                               |        | ACETÓNIDO DE TRIAMCINOLONA,<br>POMADA TÓPICA.....                                    | 43     |
| ABACAVIR, COMPRIMIDOS ORALES.....                                                                      | 9      | ACETÓNIDO DE TRIAMCINOLONA,<br>SUSPENSIÓN INYECTABLE, 40 MG/ML.....                  | 45     |
| ABACAVIR-LAMIVUDINA.....                                                                               | 9      | ACICLOVIR, CÁPSULAS ORALES.....                                                      | 9      |
| ABACAVIR, SOLUCIÓN ORAL.....                                                                           | 9      | ACICLOVIR, COMPRIMIDOS ORALES.....                                                   | 9      |
| ABELCET.....                                                                                           | 9      | ACICLOVIR, POMADA TÓPICA.....                                                        | 42     |
| ABILIFY MAINTENA.....                                                                                  | 30     | ACICLOVIR SÓDICO, SOLUCIÓN INTRAVENOSA.....                                          | 9      |
| ABIRATERONA, COMPRIMIDOS ORALES, 250 MG.....                                                           | 16     | ACICLOVIR, SUSPENSIÓN ORAL, 200 MG/5 ML.....                                         | 9      |
| ABIRATERONE, COMPRIMIDOS ORALES, 500 MG.....                                                           | 16     | ÁCIDO ACÉTICO ÓTICO (OÍDO).....                                                      | 45     |
| ABRAXANE.....                                                                                          | 16     | ÁCIDO AMINOCAPROICO ORAL.....                                                        | 38     |
| ACAMPROSATO.....                                                                                       | 43     | ÁCIDO CARGLÚMICO.....                                                                | 43     |
| ACARBOSA, COMPRIMIDOS ORALES, 25 MG.....                                                               | 45     | ÁCIDO FENOFÍBRICO (COLINA).....                                                      | 39     |
| ACARBOSA, COMPRIMIDOS ORALES, 50 MG.....                                                               | 45     | ÁCIDO TRANEXÁMICO ORAL.....                                                          | 55     |
| ACARBOSA, COMPRIMIDOS ORALES, 100 MG.....                                                              | 45     | ÁCIDO VALPROICO.....                                                                 | 25     |
| ACEBUTOLOL.....                                                                                        | 36     | ÁCIDO VALPROICO (COMO SAL SÓDICA).....                                               | 25     |
| ACETAMINOFENO-CODEÍNA, COMPRIMIDOS<br>ORALES, 300-15 MG, 300-30 MG.....                                | 28     | ÁCIDO ZOLEDRÓNICO-MANITOL-AGUA, INFUSIÓN<br>SECUNDARIA INTRAVENOSA, 4 MG/100 ML..... | 50     |
| ACETAMINOFENO-CODEÍNA, COMPRIMIDOS<br>ORALES, 300-60 MG.....                                           | 28     | ÁCIDO ZOLEDRÓNICO-MANITOL-NACL AL 0.9%.....                                          | 50     |
| ACETAMINOFENO-CODEÍNA, SOLUCIÓN ORAL.....                                                              | 28     | ÁCIDO ZOLEDRÓNICO, SOLUCIÓN INTRAVENOSA.....                                         | 50     |
| ACETATO DE CALCIO (AGLUTINANTE DE FOSFATO) ..                                                          | 62     | ACITRETINA.....                                                                      | 40     |
| ACETATO DE METILPREDNISOLONA.....                                                                      | 45     | ACTHIB (PF).....                                                                     | 52     |
| ACETATO DE NORETISTERONA.....                                                                          | 55     | ACTIMMUNE.....                                                                       | 52     |
| ACETATO DE NORETISTERONA-ETINILESTRADIOL,<br>COMPRIMIDOS ORALES, 0.5-2.5 MG-MCG.....                   | 55     | ADACEL (TDAP ADOLESC./ADULTOS) (PF).....                                             | 52     |
| ACETATO DE OCTREOTIDA, JERINGA INYECTABLE ..                                                           | 21     | ADCETRIS.....                                                                        | 16     |
| ACETATO DE OCTREOTIDA, SOLUCIÓN<br>INYECTABLE, 1,000 MCG/ML, 100 MCG/ML,<br>200 MCG/ML, 50 MCG/ML..... | 21     | ADEFOVIR.....                                                                        | 9      |
| ACETATO DE OCTREOTIDA, SOLUCIÓN<br>INYECTABLE, 500 MCG/ML.....                                         | 21     | ADEMPAS.....                                                                         | 59     |
| ACETATO DE PREDNISOLONA.....                                                                           | 59     | ADLARITY.....                                                                        | 27     |
| ACETAZOLAMIDA.....                                                                                     | 58     | ADVAIR HFA.....                                                                      | 59     |
| ACETAZOLAMIDA SÓDICA.....                                                                              | 59     | AFINITOR, COMPRIMIDOS ORALES, 10 MG.....                                             | 16     |
| ACETILCISTEÍNA.....                                                                                    | 59     | AFINITOR DISPERZ, COMPRIMIDOS ORALES PARA<br>SUSPENSIÓN, 2 MG.....                   | 16     |
| ACETÓNIDO DE FLUOCINOLONA, ACEITE.....                                                                 | 45     | AFINITOR DISPERZ, COMPRIMIDOS ORALES PARA<br>SUSPENSIÓN, 3 MG, 5 MG.....             | 16     |
| ACETÓNIDO DE TRIAMCINOLONA, CREMA<br>TÓPICA, 0.1%.....                                                 | 43     | AFIRMELLE.....                                                                       | 55     |
| ACETÓNIDO DE TRIAMCINOLONA, CREMA TÓPICA,<br>0.025%, 0.5%.....                                         | 43     | AGUA PARA IRRIGACIÓN, ESTÉRIL.....                                                   | 44     |
| ACETÓNIDO DE TRIAMCINOLONA, LOCIÓN TÓPICA ..                                                           | 43     | AGUJAS, INSULINA DES., DE SEGURIDAD.....                                             | 47     |
| ACETÓNIDO DE TRIAMCINOLONA, PASTA DENTAL.....                                                          | 45     | AIMOVIG, AUTOINYECTOR.....                                                           | 26     |
|                                                                                                        |        | AJOVY, AUTOINYECTOR.....                                                             | 26     |
|                                                                                                        |        | AJOVY, JERINGA.....                                                                  | 26     |
|                                                                                                        |        | AK-POLY-BAC.....                                                                     | 58     |

# Índice de medicamentos cubiertos

| MEDICAMENTO                                                                                                      | PÁGINA | MEDICAMENTO                                                                                      | PÁGINA |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|
| ALA-CORT, CREMA TÓPICA, 1% .....                                                                                 | 42     | AMILORIDA.....                                                                                   | 36     |
| ALBENDAZOL .....                                                                                                 | 13     | AMILORIDA-HIDROCLOROTIAZIDA .....                                                                | 36     |
| ALBUTEROL SULFATE INHALATION, INHALADOR<br>EN AEROSOL DE HFA, 90 MCG/ACTIVACIÓN<br>(GENÉRICO DE PROVENTIL) ..... | 60     | AMINOSYN II 15% .....                                                                            | 63     |
| ALCLOMETASONA .....                                                                                              | 42     | AMINOSYN-PF 7% (SIN SULFITOS) .....                                                              | 63     |
| ALDURAZYME.....                                                                                                  | 49     | AMIODARONA ORAL .....                                                                            | 35     |
| ALECENSA .....                                                                                                   | 16     | AMIODARONA, SOLUCIÓN INTRAVENOSA .....                                                           | 35     |
| ALENDRONATO, COMPRIMIDOS ORALES,<br>10 MG, 5 MG.....                                                             | 54     | AMITRIPTILINA .....                                                                              | 30     |
| ALENDRONATO, COMPRIMIDOS ORALES,<br>35 MG, 70 MG .....                                                           | 54     | AMLODIPINA .....                                                                                 | 36     |
| ALFUZOSINA.....                                                                                                  | 62     | AMLODIPINA-ATORVASTATINA .....                                                                   | 36     |
| ALIMTA .....                                                                                                     | 16     | AMLODIPINA-BENAZEPRIL .....                                                                      | 36     |
| ALIQOPA .....                                                                                                    | 16     | AMLODIPINA-OLMESARTÁN.....                                                                       | 36     |
| ALISKIRENO.....                                                                                                  | 36     | AMLODIPINA-VALSARTÁN .....                                                                       | 36     |
| ALOPURINOL, COMPRIMIDOS ORALES,<br>100 MG, 300 MG .....                                                          | 53     | AMLODIPINA-VALSARTÁN-HIDROCLOROTIAZIDA .....                                                     | 36     |
| ALOSETRÓN, COMPRIMIDOS ORALES, 0.5 MG.....                                                                       | 50     | AMNESTEEM .....                                                                                  | 41     |
| ALOSETRÓN, COMPRIMIDOS ORALES, 1 MG .....                                                                        | 50     | AMOXAPINA.....                                                                                   | 30     |
| ALPHAGAN P, GOTAS OFTÁLMICAS (OJOS), 0.1% .....                                                                  | 59     | AMOXICILINA, CÁPSULAS ORALES.....                                                                | 15     |
| ALPRAZOLAM, COMPRIMIDOS DE<br>DESINTEGRACIÓN ORAL, 0.25 MG, 0.5 MG, 1 MG .....                                   | 30     | AMOXICILINA-CLAVULANATO DE POT.,<br>COMPRIMIDOS ORALES .....                                     | 15     |
| ALPRAZOLAM, COMPRIMIDOS DE<br>DESINTEGRACIÓN ORAL, 2 MG .....                                                    | 30     | AMOXICILINA-CLAVULANATO DE POT.,<br>COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN<br>PROLONGADA, 12 HORAS ..... | 15     |
| ALPRAZOLAM, COMPRIMIDOS ORALES,<br>0.25 MG, 0.5 MG, 1 MG .....                                                   | 30     | AMOXICILINA-CLAVULANATO DE POT.,<br>COMPRIMIDOS ORALES MASTICABLES.....                          | 15     |
| ALPRAZOLAM, COMPRIMIDOS ORALES, 2 MG .....                                                                       | 30     | AMOXICILINA-CLAVULANATO DE POT.,<br>SUSPENSIÓN ORAL PARA RECONSTITUCIÓN.....                     | 15     |
| ALTAVERA (28) .....                                                                                              | 55     | AMOXICILINA, COMPRIMIDOS ORALES .....                                                            | 15     |
| ALUNBRIG, COMPRIMIDOS ORALES, 30 MG.....                                                                         | 16     | AMOXICILINA, COMPRIMIDOS ORALES<br>MASTICABLES, 125 MG, 250 MG.....                              | 15     |
| ALUNBRIG, COMPRIMIDOS ORALES, 180 MG, 90 MG..                                                                    | 16     | AMOXICILINA, SUSPENSIÓN ORAL PARA<br>RECONSTITUCIÓN .....                                        | 15     |
| ALUNBRIG, COMPRIMIDOS ORALES, PAQUETE<br>DOSIFICADO .....                                                        | 17     | AMPICILINA, CÁPSULAS ORALES, 500 MG .....                                                        | 15     |
| ALYACEN 1/35 (28).....                                                                                           | 55     | AMPICILINA SÓDICA.....                                                                           | 15     |
| ALYACEN 7/7/7 (28).....                                                                                          | 55     | AMPICILINA-SULBACTAM.....                                                                        | 15     |
| ALYQ.....                                                                                                        | 60     | ANAGRELIDA.....                                                                                  | 43     |
| AMBISOME .....                                                                                                   | 9      | ANASTROZOL.....                                                                                  | 17     |
| AMBRISENTÁN .....                                                                                                | 60     | ANFOTERICINA B.....                                                                              | 9      |
| AMETHIA.....                                                                                                     | 55     | ANFOTERICINA B LIPOSOMAL .....                                                                   | 9      |
| AMETHYST (28) .....                                                                                              | 55     | ANORO ELLIPTA.....                                                                               | 60     |
| AMIKACINA, SOLUCIÓN INYECTABLE,<br>1,000 MG/4 ML, 500 MG/2 ML .....                                              | 13     | APRACLONIDINA .....                                                                              | 59     |
|                                                                                                                  |        | APREPITANT .....                                                                                 | 50     |
|                                                                                                                  |        | APRETUDE.....                                                                                    | 9      |



# Índice de medicamentos cubiertos

| MEDICAMENTO                                                                                     | PÁGINA | MEDICAMENTO                                                                | PÁGINA |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|----------------------------------------------------------------------------|--------|
| APRI .....                                                                                      | 55     | ATGAM .....                                                                | 53     |
| APTOM, COMPRIMIDOS ORALES, 200 MG .....                                                         | 24     | ATOMOXETINA, CÁPSULAS ORALES,<br>10 MG, 18 MG, 25 MG, 40 MG .....          | 30     |
| APTOM, COMPRIMIDOS ORALES, 400 MG .....                                                         | 24     | ATOMOXETINA, CÁPSULAS ORALES,<br>100 MG, 60 MG, 80 MG .....                | 30     |
| APTOM, COMPRIMIDOS ORALES, 600 MG, 800 MG ...                                                   | 24     | ATORVASTATINA .....                                                        | 39     |
| APTIVUS .....                                                                                   | 9      | ATOVACUONA .....                                                           | 13     |
| ARALAST NP, SOL. PARA RECONST. INTRAVENOSA,<br>1,000 MG .....                                   | 43     | ATOVACUONA-PROGUANIL .....                                                 | 13     |
| ARALAST NP, SOL. PARA RECONST. INTRAVENOSA,<br>500 MG .....                                     | 43     | ATROPINA, GOTAS OFTÁLMICAS (OJOS) .....                                    | 58     |
| ARANELLE (28) .....                                                                             | 55     | ATROPINA, JERINGA INYECTABLE, 0.05 MG/ML,<br>0.1 MG/ML .....               | 50     |
| ARCALYST .....                                                                                  | 52     | ATROPINA, SOLUCIÓN INYECTABLE, 0.4 MG/ML .....                             | 50     |
| ARFORMOTEROL .....                                                                              | 60     | ATROVENT HFA .....                                                         | 60     |
| ARIKAYCE .....                                                                                  | 13     | AUBRA .....                                                                | 55     |
| ARIPIRAZOL, COMPRIMIDOS DE<br>DESINTEGRACIÓN ORAL .....                                         | 30     | AUBRA EQ .....                                                             | 55     |
| ARIPIRAZOL, COMPRIMIDOS ORALES,<br>10 MG, 15 MG, 2 MG, 5 MG .....                               | 30     | AUGMENTIN, SUSPENSIÓN ORAL PARA<br>RECONSTITUCIÓN, 125-31.25 MG/5 ML ..... | 15     |
| ARIPIRAZOL, COMPRIMIDOS ORALES,<br>20 MG, 30 MG .....                                           | 30     | AUROVELA 1.5/30 (21) .....                                                 | 55     |
| ARIPIRAZOL, SOLUCIÓN ORAL .....                                                                 | 30     | AUROVELA 1/20 (21) .....                                                   | 55     |
| ARISTADA INITIO .....                                                                           | 30     | AUROVELA 24 FE .....                                                       | 55     |
| ARISTADA, SUSPENSIÓN INTRAMUSCULAR,<br>LIBERACIÓN PROLONGADA, JERINGA,<br>1,064 MG/3.9 ML ..... | 30     | AUROVELA FE 1.5/30 (28) .....                                              | 55     |
| ARISTADA, SUSPENSIÓN INTRAMUSCULAR,<br>LIBERACIÓN PROLONGADA, JERINGA,<br>441 MG/1.6 ML .....   | 30     | AUROVELA FE 1-20 (28) .....                                                | 55     |
| ARISTADA, SUSPENSIÓN INTRAMUSCULAR,<br>LIBERACIÓN PROLONGADA, JERINGA,<br>662 MG/2.4 ML .....   | 30     | AUSTEDO, COMPRIMIDOS ORALES, 6 MG .....                                    | 27     |
| ARISTADA, SUSPENSIÓN INTRAMUSCULAR,<br>LIBERACIÓN PROLONGADA, JERINGA,<br>882 MG/3.2 ML .....   | 30     | AUSTEDO, COMPRIMIDOS ORALES, 12 MG, 9 MG .....                             | 27     |
| ARMODAFINIL .....                                                                               | 30     | AVIANE .....                                                               | 55     |
| ARNUIITY ELLIPTA .....                                                                          | 60     | AVITA .....                                                                | 41     |
| ARRANON .....                                                                                   | 17     | AVONEX, JERINGA INTRAMUSCULAR .....                                        | 52     |
| ARZERRA .....                                                                                   | 17     | AVONEX, KIT DE JERINGA INTRAMUSCULAR .....                                 | 52     |
| ASHLYNA .....                                                                                   | 55     | AVONEX, KIT DE LAPICERA PARA INYECCIÓN<br>INTRAMUSCULAR .....              | 52     |
| ASPIRINA-DIPYRIDAMOL .....                                                                      | 38     | AYUNA .....                                                                | 55     |
| ATAZANAVIR, CÁPSULAS ORALES, 150 MG, 300 MG .....                                               | 9      | AYVAKIT .....                                                              | 17     |
| ATAZANAVIR, CÁPSULAS ORALES, 200 MG .....                                                       | 9      | AZACITIDINA .....                                                          | 17     |
| ATENOLOL .....                                                                                  | 36     | AZASAN .....                                                               | 17     |
| ATENOLOL-CLORTALIDONA .....                                                                     | 36     | AZASITE .....                                                              | 58     |
|                                                                                                 |        | AZATIOPRINA, COMPRIMIDOS ORALES, 50 MG .....                               | 17     |
|                                                                                                 |        | AZATIOPRINA, COMPRIMIDOS ORALES,<br>100 MG, 75 MG .....                    | 17     |
|                                                                                                 |        | AZATIOPRINA SÓDICA .....                                                   | 17     |
|                                                                                                 |        | AZELASTINA NASAL .....                                                     | 44     |
|                                                                                                 |        | AZELASTINA OFTÁLMICA (OJOS) .....                                          | 58     |

# Índice de medicamentos cubiertos

| MEDICAMENTO                                                               | PÁGINA | MEDICAMENTO                                       | PÁGINA |
|---------------------------------------------------------------------------|--------|---------------------------------------------------|--------|
| AZITROMICINA, COMPRIMIDOS ORALES.....                                     | 12     | BESREMI.....                                      | 52     |
| AZITROMICINA INTRAVENOSA .....                                            | 12     | BETAÍNA .....                                     | 43     |
| AZITROMICINA, PAQUETE ORAL .....                                          | 12     | BETAMETASONA, AUMENTADA.....                      | 42     |
| AZITROMICINA, SUSPENSIÓN ORAL PARA<br>RECONSTITUCIÓN .....                | 12     | BETASERON, KIT PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA....      | 52     |
| AZTREONAM, SOL. PARA RECONST. INYECT.,<br>1 GRAMO.....                    | 13     | BETAXOLOL ORAL .....                              | 36     |
| AZTREONAM, SOL. PARA RECONST. INYECT.,<br>2 GRAMOS .....                  | 13     | BEXAROTENO.....                                   | 17     |
| AZURETTE (28).....                                                        | 55     | BEXSERO .....                                     | 53     |
| <b>B</b>                                                                  |        | BICALUTAMIDA.....                                 | 17     |
| BACITRACINA INTRAMUSCULAR .....                                           | 13     | BICARBONATO DE SODIO, JERINGA INTRAVENOSA... 63   |        |
| BACITRACINA OFTÁLMICA (OJOS) .....                                        | 58     | BICILLIN L-A.....                                 | 15     |
| BACITRACINA-POLIMIXINA B .....                                            | 58     | BIDIL .....                                       | 36     |
| BACLOFENO, COMPRIMIDOS ORALES,<br>10 MG, 5 MG.....                        | 27     | BIKTARVY .....                                    | 9      |
| BACLOFENO, COMPRIMIDOS ORALES, 20 MG .....                                | 27     | BIMATOPROST OFTÁLMICO (OJOS).....                 | 59     |
| BAL-CARE DHA.....                                                         | 63     | BINOSTO .....                                     | 54     |
| BALSALAZIDA.....                                                          | 50     | BISOPROLOL-HIDROCLOROTIAZIDA.....                 | 36     |
| BALVERSA .....                                                            | 17     | BLENREP .....                                     | 17     |
| BALZIVA (28) .....                                                        | 56     | BLEOMICINA .....                                  | 17     |
| BANZEL, SUSPENSIÓN ORAL .....                                             | 24     | BLINCYTO, KIT INTRAVENOSO .....                   | 17     |
| BAQSIMI.....                                                              | 45     | BLISOVI 24 FE.....                                | 56     |
| BARACLUDE, SOLUCIÓN ORAL .....                                            | 9      | BLISOVI FE 1.5/30 (28).....                       | 56     |
| BAVENCIO.....                                                             | 17     | BLISOVI FE 1/20 (28).....                         | 56     |
| BCG (PF), VACUNA CON VIRUS VIVOS .....                                    | 53     | BOOSTRIX TDAP .....                               | 53     |
| BD SAFETYGLIDE, JERINGA PARA INSULINA, 1 ML,<br>CALIBRE 31 X 15/64" ..... | 46     | BORTEZOMIB, INYECTABLE.....                       | 17     |
| BD ULTRA-FINE NANO, AGUJA PARA LAPICERA.....                              | 46     | BORTEZOMIB, SOL. PARA RECONST. INTRAVENOSA.. 17   |        |
| BD ULTRA-FINE SHORT, AGUJA PARA LAPICERA.....                             | 46     | BOSENTÁN.....                                     | 60     |
| BELEODAQ .....                                                            | 17     | BOSULIF, COMPRIMIDOS ORALES, 100 MG .....         | 17     |
| BELSOMRA.....                                                             | 30     | BOSULIF, COMPRIMIDOS ORALES, 400 MG, 500 MG... 17 |        |
| BENZAEPRIIL .....                                                         | 36     | BOTOX .....                                       | 53     |
| BENZAEPRIIL-HIDROCLOROTIAZIDA .....                                       | 36     | BRAFTOVI, CÁPSULAS ORALES, 75 MG .....            | 17     |
| BENDEKA .....                                                             | 17     | BREO ELLIPTA .....                                | 60     |
| BENLYSTA.....                                                             | 54     | BRIELLYN .....                                    | 56     |
| BENZATROPINA INYECTABLE .....                                             | 26     | BRILINTA .....                                    | 38     |
| BENZATROPINA ORAL.....                                                    | 26     | BRIMONIDINA, GOTAS OFTÁLMICAS (OJOS), 0.2% ... 59 |        |
| BESIVANCE .....                                                           | 58     | BRIMONIDINA, GOTAS OFTÁLMICAS (OJOS), 0.15%... 59 |        |
| BESPONSA.....                                                             | 17     | BRINZOLAMIDA .....                                | 59     |
|                                                                           |        | BRIVIACT, COMPRIMIDOS ORALES.....                 | 24     |
|                                                                           |        | BRIVIACT INTRAVENOSO .....                        | 24     |
|                                                                           |        | BRIVIACT, SOLUCIÓN ORAL.....                      | 24     |
|                                                                           |        | BROMFENACO .....                                  | 58     |
|                                                                           |        | BROMOCRIPTINA .....                               | 26     |

# Índice de medicamentos cubiertos

| MEDICAMENTO                                                                                         | PÁGINA | MEDICAMENTO                                                         | PÁGINA |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|---------------------------------------------------------------------|--------|
| BROMURO DE IPRATROPIO NASAL .....                                                                   | 44     | <b>C</b>                                                            |        |
| BROMURO DE IPRATROPIO PARA INHALAR .....                                                            | 60     | CABENUVA .....                                                      | 9      |
| BROMURO DE PIRIDOSTIGMINA, COMPRIMIDOS ORALES, 60 MG .....                                          | 28     | CABERGOLINA .....                                                   | 49     |
| BROMURO DE PIRIDOSTIGMINA, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA .....                          | 28     | CABOMETYX .....                                                     | 17     |
| BROMURO DE PIRIDOSTIGMINA, JARABE ORAL .....                                                        | 28     | CALCIPOTRIENO, CREMA TÓPICA .....                                   | 40     |
| BROVANA .....                                                                                       | 60     | CALCIPOTRIENO, CUERO CABELLUDO .....                                | 40     |
| BRUKINSA .....                                                                                      | 17     | CALCIPOTRIENO, POMADA TÓPICA .....                                  | 40     |
| BUDESONIDA, CÁPSULAS ORALES, LIBERACIÓN RETARDADA Y PROLONGADA .....                                | 50     | CALCITONINA (SALMÓN), INYECCIÓN .....                               | 49     |
| BUDESONIDA, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN RETARDADA Y PROLONGADA .....                             | 50     | CALCITONINA (SALMÓN), NASAL .....                                   | 49     |
| BUDESONIDA, SUSPENSIÓN PARA INHALACIÓN PARA NEBULIZACIÓN, 0.25 MG/2 ML, 0.5 MG/2 ML .....           | 60     | CALCITRIOL, CÁPSULAS ORALES .....                                   | 49     |
| BUDESONIDA, SUSPENSIÓN PARA INHALACIÓN PARA NEBULIZACIÓN, 1 MG/2 ML .....                           | 60     | CALCITRIOL, SOLUCIÓN INTRAVENOSA, 1 MCG/ML .....                    | 49     |
| BUMETANIDA INYECTABLE .....                                                                         | 36     | CALCITRIOL, SOLUCIÓN ORAL .....                                     | 49     |
| BUMETANIDA ORAL .....                                                                               | 36     | CALCITRIOL TÓPICO .....                                             | 40     |
| BUPRENORFINA-NALOXONA, COMPRIMIDOS SUBLINGUALES, 2-0.5 MG .....                                     | 29     | CALQUENCE .....                                                     | 17     |
| BUPRENORFINA-NALOXONA, COMPRIMIDOS SUBLINGUALES, 8-2 MG .....                                       | 29     | CALQUENCE (ACALABRUTINIB MAL) .....                                 | 17     |
| BUPRENORFINA-NALOXONA, PELÍCULA SUBLINGUAL, 2-0.5 MG .....                                          | 29     | CAMILA .....                                                        | 55     |
| BUPRENORFINA-NALOXONA, PELÍCULA SUBLINGUAL, 4-1 MG, 8-2 MG .....                                    | 29     | CAMRESE .....                                                       | 56     |
| BUPRENORFINA-NALOXONA, PELÍCULA SUBLINGUAL, 12-3 MG .....                                           | 29     | CAMRESE LO .....                                                    | 56     |
| BUPRENORFINA, PARCHE TRANSDÉRMICO SEMANAL, 7.5 MCG/HORA .....                                       | 28     | CANDESARTÁN, COMPRIMIDOS ORALES, 16 MG, 4 MG, 8 MG .....            | 36     |
| BUPRENORPHINE, PARCHE TRANSDÉRMICO SEMANAL, 10 MCG/HORA, 15 MCG/HORA, 20 MCG/HORA, 5 MCG/HORA ..... | 28     | CANDESARTÁN, COMPRIMIDOS ORALES, 32 MG .....                        | 36     |
| BUSPIRONA .....                                                                                     | 31     | CANDESARTÁN-HIDROCLOROTIAZIDA .....                                 | 36     |
| BUSULFAN .....                                                                                      | 17     | CAPASTAT .....                                                      | 13     |
| BUTIRATO DE HIDROCORTISONA, CREMA TÓPICA .....                                                      | 42     | CAPLYTA .....                                                       | 31     |
| BUTIRATO DE HIDROCORTISONA-EMOLIENTE .....                                                          | 43     | CAPRELSA, COMPRIMIDOS ORALES, 100 MG .....                          | 17     |
| BUTIRATO DE HIDROCORTISONA, POMADA TÓPICA .....                                                     | 42     | CAPRELSA, COMPRIMIDOS ORALES, 300 MG .....                          | 17     |
| BUTIRATO DE HIDROCORTISONA, SOLUCIÓN TÓPICA .....                                                   | 43     | CAPROATO DE HIDROXIPROGESTERONA .....                               | 55     |
| BUTORFANOL NASAL .....                                                                              | 29     | CAPTOPRIL .....                                                     | 36     |
| BYDUREON BCISE .....                                                                                | 46     | CARBAGLU .....                                                      | 43     |
|                                                                                                     |        | CARBAMAZEPINA .....                                                 | 24     |
|                                                                                                     |        | CARBIDOPA .....                                                     | 26     |
|                                                                                                     |        | CARBIDOPA-LEVODOPA, COMPRIMIDOS DE DESINTEGRACIÓN ORAL .....        | 26     |
|                                                                                                     |        | CARBIDOPA-LEVODOPA, COMPRIMIDOS ORALES .....                        | 26     |
|                                                                                                     |        | CARBIDOPA-LEVODOPA, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA ..... | 26     |
|                                                                                                     |        | CARBIDOPA-LEVODOPA-ENTACAPONA .....                                 | 26     |
|                                                                                                     |        | CARBONATO DE LITIO .....                                            | 33     |
|                                                                                                     |        | CARBOPLATINO, SOLUCIÓN INTRAVENOSA .....                            | 17     |

# Índice de medicamentos cubiertos

| MEDICAMENTO                                                                                                        | PÁGINA | MEDICAMENTO                                            | PÁGINA |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|--------------------------------------------------------|--------|
| CARMUSTINA, SOL. PARA RECONST. INTRAVENOSA, 100 MG                                                                 | 17     | CEFPODOXIMA                                            | 12     |
| CAROSPIR                                                                                                           | 36     | CEFPZOILO                                              | 12     |
| CARTEOLOL                                                                                                          | 58     | CEFTAZIDIMA                                            | 12     |
| CARTIA XT                                                                                                          | 36     | CEFTAZIDIMA EN D5W                                     | 12     |
| CARVEDILOL                                                                                                         | 36     | CEFTRIAXONA                                            | 12     |
| CASPOFUNGINA, SOL. PARA RECONST. INTRAVENOSA, 50 MG                                                                | 9      | CEFTRIAXONA EN DEXTROSA, ISO-OSM.                      | 12     |
| CASPOFUNGINA, SOL. PARA RECONST. INTRAVENOSA, 70 MG                                                                | 9      | CEFUROXIMA AXETILO, COMPRIMIDOS ORALES                 | 12     |
| CAYSTON                                                                                                            | 13     | CEFUROXIMA SÓDICA INTRAVENOSA                          | 12     |
| CEFACLOR, CÁPSULAS ORALES                                                                                          | 12     | CEFUROXIMA SÓDICA, SOL. PARA RECONST. INYECT., 750 MG  | 12     |
| CEFACLOR, SUSPENSIÓN ORAL PARA RECONSTITUCIÓN, 125 MG/5 ML, 250 MG/5 ML, 375 MG/5 ML                               | 12     | CELECOXIB                                              | 29     |
| CEFADROXILO, CÁPSULAS ORALES                                                                                       | 12     | CELONTIN, CÁPSULAS ORALES, 300 MG                      | 24     |
| CEFADROXILO, COMPRIMIDOS ORALES                                                                                    | 12     | CEREZYME, SOL. PARA RECONST. INTRAVENOSA, 400 UNIDADES | 49     |
| CEFADROXILO, SUSPENSIÓN ORAL PARA RECONSTITUCIÓN, 250 MG/5 ML, 500 MG/5 ML                                         | 12     | CHANTIX, COMPRIMIDOS ORALES, 1 MG                      | 44     |
| CEFALEXINA, CÁPSULAS ORALES, 250 MG, 500 MG                                                                        | 12     | CHANTIX, PAQUETE MENSUAL DE CONTINUACIÓN               | 44     |
| CEFALEXINA, SUSPENSIÓN ORAL PARA RECONSTITUCIÓN                                                                    | 12     | CHANTIX, PAQUETE MENSUAL INICIAL                       | 44     |
| CEFAZOLINA EN DEXTROSA (ISO-OSM.), INFUSIÓN SECUNDARIA INTRAVENOSA, 1 GRAMO/50 ML, 2 GRAMOS/100 ML, 2 GRAMOS/50 ML | 12     | CHARLOTTE 24 FE                                        | 56     |
| CEFAZOLINA INTRAVENOSA                                                                                             | 12     | CHATEAL (28)                                           | 56     |
| CEFAZOLINA, SOL. PARA RECONST. INYECT., 1 GRAMO, 10 GRAMOS, 100 GRAMOS, 2 GRAMOS, 300 GRAMOS, 500 MG               | 12     | CHATEAL EQ (28)                                        | 56     |
| CEFDINIR, CÁPSULAS ORALES                                                                                          | 12     | CHEMET                                                 | 43     |
| CEFDINIR, SUSPENSIÓN ORAL PARA RECONSTITUCIÓN                                                                      | 12     | CHORIONIC GONADOTROPIN, HUMANA INTRAMUSCULAR           | 49     |
| CEFEPIMA EN DEXTROSA AL 5%                                                                                         | 12     | CICLOBENZAPRINA, COMPRIMIDOS ORALES, 10 MG, 5 MG       | 28     |
| CEFEPIMA EN DEXTROSA, ISO-OSM.                                                                                     | 12     | CICLODAN, SOLUCIÓN TÓPICA                              | 41     |
| CEFEPIMA INTRAVENOSA                                                                                               | 12     | CICLOFOSFAMIDA INTRAVENOSA                             | 17     |
| CEFEPIMA INYECTABLE                                                                                                | 12     | CICLOFOSFAMIDA ORAL                                    | 17     |
| CEFIXIMA                                                                                                           | 12     | CICLOPIROX, CHAMPÚ TÓPICO                              | 41     |
| CEFLACLOR, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA, 12 HORAS                                                     | 12     | CICLOPIROX, CREMA TÓPICA                               | 41     |
| CEFOTETAN EN DEXTROSA, ISO-OSM.                                                                                    | 12     | CICLOPIROX, SOLUCIÓN TÓPICA                            | 41     |
| CEFOTETAN INYECTABLE                                                                                               | 12     | CICLOPIROX, SUSPENSIÓN TÓPICA                          | 41     |
| CEFOXITINA                                                                                                         | 12     | CICLOSERINA                                            | 13     |
| CEFOXITINA EN DEXTROSA, ISO-OSM.                                                                                   | 12     | CICLOSPORINA, CÁPSULAS ORALES                          | 17     |
|                                                                                                                    |        | CICLOSPORINA INTRAVENOSA                               | 17     |
|                                                                                                                    |        | CICLOSPORINA MODIFICADA                                | 17     |
|                                                                                                                    |        | CILOSTAZOL                                             | 38     |
|                                                                                                                    |        | CILOXAN, POMADA OFTÁLMICA (OJOS)                       | 58     |
|                                                                                                                    |        | CIMDUO                                                 | 9      |
|                                                                                                                    |        | CINACALCET, COMPRIMIDOS ORALES, 30 MG, 60 MG           | 49     |

# Índice de medicamentos cubiertos

| MEDICAMENTO                                                                                         | PÁGINA | MEDICAMENTO                                                       | PÁGINA |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|-------------------------------------------------------------------|--------|
| CINACALCET, COMPRIMIDOS ORALES, 90 MG                                                               | 49     | CLINIMIX 5%/D15W, SIN SULFITOS                                    | 63     |
| CIPIONATO DE TESTOSTERONA, ACEITE INTRAMUSCULAR, 100 MG/ML, 200 MG/ML (1 ML)                        | 49     | CLINIMIX 5%-D20W (SIN SULFITOS)                                   | 63     |
| CIPROFLOXACINA-DEXAMETASONA                                                                         | 45     | CLINIMIX 6%-D5W (SIN SULFITOS)                                    | 63     |
| CIPROFLOXACINA EN DEXTROSA AL 5%                                                                    | 15     | CLINIMIX 8%-D10W (SIN SULFITOS)                                   | 63     |
| CIPRO HC                                                                                            | 45     | CLINIMIX 8%-D14W (SIN SULFITOS)                                   | 63     |
| CIPRO, RECONST. DE MICROCÁPSULAS PARA SUSPENSIÓN ORAL                                               | 15     | CLINIMIX E 4.25%/D10W, SIN SULFITOS                               | 63     |
| CISPLATINO, SOLUCIÓN INTRAVENOSA                                                                    | 17     | CLINISOL SF 15%                                                   | 63     |
| CITALOPRAM, COMPRIMIDOS ORALES, 10 MG, 20 MG                                                        | 31     | CLOBAZAM, COMPRIMIDOS ORALES, 10 MG                               | 24     |
| CITALOPRAM, COMPRIMIDOS ORALES, 40 MG                                                               | 31     | CLOBAZAM, COMPRIMIDOS ORALES, 20 MG                               | 24     |
| CITALOPRAM, SOLUCIÓN ORAL                                                                           | 31     | CLOBAZAM, SUSPENSIÓN ORAL                                         | 24     |
| CITARABINA                                                                                          | 17     | CLOBETASOL, CHAMPÚ TÓPICO                                         | 42     |
| CITARABINA (PF)                                                                                     | 17     | CLOBETASOL, CREMA TÓPICA                                          | 42     |
| CITRATO DE FENTANILO, PASTILLA BUCAL CON APLICADOR, 1,200 MCG, 1,600 MCG, 400 MCG, 600 MCG, 800 MCG | 28     | CLOBETASOL, CUERO CABELLUDO                                       | 42     |
| CITRATO DE FENTANILO, PASTILLA BUCAL CON APLICADOR, 200 MCG                                         | 28     | CLOBETASOL-EMOLIENTE, CREMA TÓPICA                                | 42     |
| CITRATO DE FENTANILO (PF), JERINGA INTRAVENOSA, 100 MCG/2 ML (50 MCG/ML)                            | 28     | CLOBETASOL-EMOLIENTE, ESPUMA TÓPICA                               | 42     |
| CITRATO DE FENTANILO (PF), SOLUCIÓN INYECTABLE                                                      | 28     | CLOBETASOL, ESPUMA TÓPICA                                         | 42     |
| CITRATO DE POTASIO, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA                                       | 62     | CLOBETASOL, GEL TÓPICO                                            | 42     |
| CLADRIBINA                                                                                          | 17     | CLOBETASOL, POMADA TÓPICA                                         | 42     |
| CLARAVIS                                                                                            | 41     | CLOCORTOLONE PIVALATE                                             | 42     |
| CLARITROMICINA, COMPRIMIDOS ORALES                                                                  | 12     | CLODAN                                                            | 42     |
| CLARITROMICINA, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA, 24 HORAS                                 | 12     | CLOFARABINA                                                       | 17     |
| CLARITROMICINA, SUSPENSIÓN ORAL PARA RECONSTITUCIÓN                                                 | 12     | CLOMIPRAMINA                                                      | 31     |
| CLINDACIN ETZ, PAÑO TÓPICO                                                                          | 41     | CLONAZEPAM, COMPRIMIDOS DE DESINTEGRACIÓN ORAL, 0.5 MG, 1 MG      | 24     |
| CLINDACIN P                                                                                         | 41     | CLONAZEPAM, COMPRIMIDOS DE DESINTEGRACIÓN ORAL, 0.125 MG, 0.25 MG | 24     |
| CLINDAMICINA EN CLORURO DE SODIO AL 0.9%                                                            | 13     | CLONAZEPAM, COMPRIMIDOS DE DESINTEGRACIÓN ORAL, 2 MG              | 24     |
| CLINDAMICINA EN DEXTROSA AL 5%                                                                      | 13     | CLONAZEPAM, COMPRIMIDOS ORALES, 0.5 MG, 1 MG                      | 24     |
| CLINDAMICINA PEDIÁTRICA                                                                             | 13     | CLONAZEPAM, COMPRIMIDOS ORALES, 2 MG                              | 24     |
| CLINDAMYCIN PHOSPHATE, GEL TÓPICO, UNA VEZ AL DÍA                                                   | 41     | CLONIDINA                                                         | 36     |
| CLINIMIX, 4.25%/D5W, SIN SULFITOS                                                                   | 43     | CLOPIDOGREL, COMPRIMIDOS ORALES, 75 MG                            | 38     |
| CLINIMIX 4.25%/D10W, SIN SULFITOS                                                                   | 63     | CLOPIDOGREL, COMPRIMIDOS ORALES, 300 MG                           | 38     |
|                                                                                                     |        | CLORAZEPATO DIPOTÁSICO, COMPRIMIDOS ORALES, 3.75 MG               | 31     |
|                                                                                                     |        | CLORAZEPATO DIPOTÁSICO, COMPRIMIDOS ORALES, 7.5 MG                | 31     |
|                                                                                                     |        | CLORAZEPATO DIPOTÁSICO, COMPRIMIDOS ORALES, 15 MG                 | 31     |
|                                                                                                     |        | CLORHIDRATO DE AMANTADINA                                         | 9      |



# Índice de medicamentos cubiertos

| MEDICAMENTO                                                                                                                        | PÁGINA | MEDICAMENTO                                                                                                                                                                                                                             | PÁGINA |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|
| CLORHIDRATO DE BUPRENORFINA, INYECTABLE . . . .                                                                                    | 28     | CLORHIDRATO DE DILTIAZEM,<br>COMPRIMIDOS ORALES . . . . .                                                                                                                                                                               | 36     |
| CLORHIDRATO DE BUPRENORFINA SUBLINGUAL . . . .                                                                                     | 28     | CLORHIDRATO DE DILTIAZEM,<br>COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN<br>PROLONGADA, 24 HORAS . . . . .                                                                                                                                           | 36     |
| CLORHIDRATO DE BUPROPIÓN (AGENTE PARA<br>DEJAR DE FUMAR) . . . . .                                                                 | 44     | CLORHIDRATO DE DILTIAZEM INTRAVENOSO . . . . .                                                                                                                                                                                          | 36     |
| CLORHIDRATO DE BUPROPIÓN, COMPRIMIDOS<br>ORALES, 75 MG . . . . .                                                                   | 30     | CLORHIDRATO DE FLUFENAZINA, COMPRIMIDOS<br>ORALES . . . . .                                                                                                                                                                             | 32     |
| CLORHIDRATO DE BUPROPIÓN, COMPRIMIDOS<br>ORALES, 100 MG . . . . .                                                                  | 30     | CLORHIDRATO DE FLUFENAZINA,<br>CONCENTRADO ORAL . . . . .                                                                                                                                                                               | 32     |
| CLORHIDRATO DE BUPROPIÓN, COMPRIMIDOS<br>ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA, 24 HORAS,<br>150 MG . . . . .                              | 30     | CLORHIDRATO DE FLUFENAZINA, ELIXIR ORAL . . . . .                                                                                                                                                                                       | 32     |
| CLORHIDRATO DE BUPROPIÓN, COMPRIMIDOS<br>ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA, 24 HORAS,<br>300 MG . . . . .                              | 30     | CLORHIDRATO DE FLUFENAZINA INYECTABLE . . . . .                                                                                                                                                                                         | 32     |
| CLORHIDRATO DE BUPROPIÓN, COMPRIMIDOS<br>ORALES, LIBERACIÓN SOSTENIDA, 12 HORAS,<br>100 MG . . . . .                               | 30     | CLORHIDRATO DE GRANISETRÓN INTRAVENOSO . . . .                                                                                                                                                                                          | 51     |
| CLORHIDRATO DE BUPROPIÓN, COMPRIMIDOS<br>ORALES, LIBERACIÓN SOSTENIDA, 12 HORAS,<br>150 MG, 200 MG . . . . .                       | 31     | CLORHIDRATO DE GRANISETRÓN ORAL . . . . .                                                                                                                                                                                               | 51     |
| CLORHIDRATO DE CIPROFLOXACINA,<br>COMPRIMIDOS ORALES, 100 MG . . . . .                                                             | 15     | CLORHIDRATO DE HIDROXIZINA, COMPRIMIDOS<br>ORALES . . . . .                                                                                                                                                                             | 59     |
| CLORHIDRATO DE CIPROFLOXACINA,<br>COMPRIMIDOS ORALES, 250 MG, 500 MG, 750 MG . . .                                                 | 15     | CLORHIDRATO DE IMIPRAMINA . . . . .                                                                                                                                                                                                     | 32     |
| CLORHIDRATO DE CIPROFLOXACINA OFTÁLMICO<br>(OJOS) . . . . .                                                                        | 58     | CLORHIDRATO DE LEVALBUTEROL . . . . .                                                                                                                                                                                                   | 61     |
| CLORHIDRATO DE CLINDAMICINA . . . . .                                                                                              | 13     | CLORHIDRATO DE LIDOCAÍNA, GEL PARA<br>MEMBRANA MUCOSA . . . . .                                                                                                                                                                         | 40     |
| CLORHIDRATO DE CLONIDINA, COMPRIMIDOS<br>ORALES, 0.1 MG, 0.2 MG . . . . .                                                          | 36     | CLORHIDRATO DE LIDOCAÍNA, GEL PARA<br>MEMBRANA MUCOSA EN APLICADOR . . . . .                                                                                                                                                            | 41     |
| CLORHIDRATO DE CLONIDINA, COMPRIMIDOS<br>ORALES, 0.3 MG . . . . .                                                                  | 36     | CLORHIDRATO DE LIDOCAÍNA,<br>LARINGOTRAQUEAL . . . . .                                                                                                                                                                                  | 40     |
| CLORHIDRATO DE DIFENHIDRAMINA, SOLUCIÓN<br>INYECTABLE, 50 MG/ML . . . . .                                                          | 59     | CLORHIDRATO DE LIDOCAÍNA, SOLUCIÓN<br>INYECTABLE . . . . .                                                                                                                                                                              | 40     |
| CLORHIDRATO DE DILTIAZEM, CÁPSULAS ORALES,<br>LIBERACIÓN PROLONGADA, 12 HORAS . . . . .                                            | 36     | CLORHIDRATO DE LIDOCAÍNA, SOLUCIÓN PARA<br>MEMBRANA MUCOSA, 2% . . . . .                                                                                                                                                                | 41     |
| CLORHIDRATO DE DILTIAZEM, CÁPSULAS ORALES,<br>LIBERACIÓN PROLONGADA, 24 HORAS, 120 MG,<br>180 MG, 240 MG, 300 MG . . . . .         | 36     | CLORHIDRATO DE LIDOCAÍNA, SOLUCIÓN PARA<br>MEMBRANA MUCOSA, 4% (40 MG/ML) . . . . .                                                                                                                                                     | 40     |
| CLORHIDRATO DE DILTIAZEM, CÁPSULAS ORALES,<br>LIBERACIÓN PROLONGADA, 24 HORAS, 120 MG,<br>180 MG, 240 MG, 300 MG, 420 MG . . . . . | 36     | CLORHIDRATO DE MELFALÁN . . . . .                                                                                                                                                                                                       | 20     |
| CLORHIDRATO DE DILTIAZEM, CÁPSULAS ORALES,<br>LIBERACIÓN PROLONGADA,<br>24 HORAS, DEGRADABLE . . . . .                             | 36     | CLORHIDRATO DE METILFENIDATO,<br>COMPRIMIDOS ORALES . . . . .                                                                                                                                                                           | 33     |
|                                                                                                                                    |        | CLORHIDRATO DE METILFENIDATO, COMPRIMIDOS<br>ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA . . . . .                                                                                                                                                    | 33     |
|                                                                                                                                    |        | CLORHIDRATO DE METILFENIDATO, COMPRIMIDOS<br>ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA, 24 HORAS,<br>18 MG, 18 MG (CALIFICACIÓN BX), 27 MG, 27 MG<br>(CALIFICACIÓN BX), 36 MG, 36 MG (CALIFICACIÓN<br>BX), 54 MG, 54 MG (CALIFICACIÓN BX) . . . . . | 33     |
|                                                                                                                                    |        | CLORHIDRATO DE METOCLOPRAMIDA,<br>COMPRIMIDOS ORALES . . . . .                                                                                                                                                                          | 51     |
|                                                                                                                                    |        | CLORHIDRATO DE METOCLOPRAMIDA,<br>SOLUCIÓN ORAL . . . . .                                                                                                                                                                               | 51     |

# Índice de medicamentos cubiertos

| MEDICAMENTO                                                                             | PÁGINA | MEDICAMENTO                                                                                                                                        | PÁGINA |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|--------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|
| CLORHIDRATO DE ONDANSETRÓN,<br>COMPRIMIDOS ORALES, 4 MG, 8 MG.....                      | 51     | CLORURO DE POTASIO, COMPRIMIDOS ORALES,<br>LIBERACIÓN PROLONGADA, PARTÍCULAS/<br>CRISTALES.....                                                    | 63     |
| CLORHIDRATO DE ONDANSETRÓN INTRAVENOSO ...                                              | 51     | CLORURO DE POTASIO EN AGUA, INFUSIÓN<br>SECUNDARIA INTRAVENOSA, 10 MEQ/100 ML,<br>10 MEQ/50 ML, 20 MEQ/100 ML, 20 MEQ/50 ML,<br>40 MEQ/100 ML..... | 63     |
| CLORHIDRATO DE ONDANSETRÓN (PF) .....                                                   | 51     | CLORURO DE POTASIO EN D5-NACL AL 0.45%,<br>SOLUCIÓN PARENTERAL INTRAVENOSA, 30 MEQ/L...                                                            | 62     |
| CLORHIDRATO DE ONDANSETRÓN,<br>SOLUCIÓN ORAL.....                                       | 51     | CLORURO DE POTASIO EN DEXT. AL 5%,<br>SOLUCIÓN PARENTERAL INTRAVENOSA, 20 MEQ/L...                                                                 | 62     |
| CLORHIDRATO DE PAROXETINA, COMPRIMIDOS<br>ORALES, 10 MG .....                           | 34     | CLORURO DE POTASIO EN LR-D5, SOLUCIÓN<br>PARENTERAL INTRAVENOSA, 20 MEQ/L.....                                                                     | 62     |
| CLORHIDRATO DE PAROXETINA, COMPRIMIDOS<br>ORALES, 20 MG, 40 MG .....                    | 34     | CLORURO DE POTASIO EN NACL AL 0.9%,<br>SOLUCIÓN PARENTERAL INTRAVENOSA,<br>20 MEQ/L, 40 MEQ/L.....                                                 | 62     |
| CLORHIDRATO DE PAROXETINA, COMPRIMIDOS<br>ORALES, 30 MG .....                           | 34     | CLORURO DE POTASIO INTRAVENOSO .....                                                                                                               | 63     |
| CLORHIDRATO DE PAROXETINA, COMPRIMIDOS<br>ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA, 24 HORAS.....  | 34     | CLORURO DE POTASIO, LÍQUIDO ORAL.....                                                                                                              | 63     |
| CLORHIDRATO DE PAROXETINA,<br>SUSPENSIÓN ORAL, 10 MG/5 ML.....                          | 34     | CLORURO DE POTASIO-NACL AL 0.45% .....                                                                                                             | 63     |
| CLORHIDRATO DE PILOCARPINA,<br>GOTAS OFTÁLMICAS (OJOS), 1%, 2%, 4%.....                 | 58     | CLORURO DE POTASIO, PAQUETE ORAL .....                                                                                                             | 63     |
| CLORHIDRATO DE PILOCARPINA ORAL .....                                                   | 44     | CLORURO DE SODIO AL 0.9%, INTRAVENOSO .....                                                                                                        | 44     |
| CLORHIDRATO DE SELEGILINA .....                                                         | 26     | CLORURO DE SODIO AL 0.45%, SOLUCIÓN<br>PARENTERAL INTRAVENOSA .....                                                                                | 63     |
| CLORHIDRATO DE TERBINAFINA ORAL .....                                                   | 9      | CLORURO DE SODIO HIPERTÓNICO AL 3% .....                                                                                                           | 63     |
| CLORHIDRATO DE ZIPRASIDONA,<br>CÁPSULAS ORALES, 20 MG .....                             | 35     | CLORURO DE SODIO HIPERTÓNICO AL 5% .....                                                                                                           | 63     |
| CLORHIDRATO DE ZIPRASIDONA,<br>CÁPSULAS ORALES, 40 MG .....                             | 35     | CLORURO DE SODIO INTRAVENOSO .....                                                                                                                 | 63     |
| CLORHIDRATO DE ZIPRASIDONA,<br>CÁPSULAS ORALES, 60 MG, 80 MG .....                      | 35     | CLORURO DE SODIO PARA IRRIGACIÓN.....                                                                                                              | 44     |
| CLORHIRATO DE PALMITATO DE CLINDAMICINA .....                                           | 13     | CLOTRIMAZOL-BETAMETASONA, CREMA TÓPICA.....                                                                                                        | 42     |
| CLOROTIAZIDA SÓDICA.....                                                                | 36     | CLOTRIMAZOL-BETAMETASONA, LOCIÓN TÓPICA ...                                                                                                        | 42     |
| CLORPROMAZINA INYECTABLE .....                                                          | 31     | CLOTRIMAZOL, CREMA TÓPICA.....                                                                                                                     | 42     |
| CLORPROMAZINA ORAL .....                                                                | 31     | CLOTRIMAZOL, MEMBRANA MUCOSA.....                                                                                                                  | 9      |
| CLORTALIDONA, COMPRIMIDOS ORALES,<br>25 MG, 50 MG .....                                 | 36     | CLOTRIMAZOL, SOLUCIÓN TÓPICA .....                                                                                                                 | 42     |
| CLORURO DE BETANECOL.....                                                               | 62     | CLOZAPINA, COMPRIMIDOS DE DESINTEGRACIÓN<br>ORAL.....                                                                                              | 31     |
| CLORURO DE OXIBUTININA,<br>COMPRIMIDOS ORALES .....                                     | 62     | CLOZAPINA, COMPRIMIDOS ORALES .....                                                                                                                | 31     |
| CLORURO DE OXIBUTININA,<br>COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN<br>PROLONGADA, 24 HORAS ..... | 62     | C-NATE DHA .....                                                                                                                                   | 63     |
| CLORURO DE OXIBUTININA, JARABE ORAL.....                                                | 62     | COARTEM.....                                                                                                                                       | 13     |
| CLORURO DE POTASIO, CÁPSULAS ORALES,<br>LIBERACIÓN PROLONGADA.....                      | 63     | COLCHICINA, COMPRIMIDOS ORALES .....                                                                                                               | 53     |
| CLORURO DE POTASIO, COMPRIMIDOS ORALES,<br>LIBERACIÓN PROLONGADA.....                   | 63     | COLESEVELAM .....                                                                                                                                  | 39     |
|                                                                                         |        | COLESTIPOL, COMPRIMIDOS ORALES.....                                                                                                                | 39     |
|                                                                                         |        | COLESTIPOL, GRÁNULOS ORALES .....                                                                                                                  | 39     |
|                                                                                         |        | COLESTIPOL, PAQUETE ORAL .....                                                                                                                     | 39     |

# Índice de medicamentos cubiertos

| MEDICAMENTO                                                          | PÁGINA | MEDICAMENTO                                                  | PÁGINA |
|----------------------------------------------------------------------|--------|--------------------------------------------------------------|--------|
| COLESTIRAMINA-ASPARTAMO .....                                        | 39     | DACTINOMICINA .....                                          | 18     |
| COLESTIRAMINA (CON AZÚCAR) .....                                     | 39     | D AL 2.5%-CLORURO DE SODIO AL 0.45% .....                    | 43     |
| COLESTIRAMINA SUAVE .....                                            | 39     | D AL 5%-CLORURO DE SODIO AL 0.45% .....                      | 43     |
| COLISTINA (COLISTIMETATO SÓDICO) .....                               | 13     | D AL 5% Y CLORURO DE SODIO AL 0.9% .....                     | 43     |
| COMBIGAN .....                                                       | 59     | D AL 10%-CLORURO DE SODIO AL 0.45% .....                     | 43     |
| COMBIVENT RESPIMAT .....                                             | 60     | DALFAMPRIDINA .....                                          | 27     |
| COMETRIQ, CÁPSULAS ORALES, 60 MG/DÍA<br>(20 MG X 3/DÍA) .....        | 17     | DALIRESP .....                                               | 60     |
| COMETRIQ, CÁPSULAS ORALES, 100 MG/DÍA<br>(80 MG X 1-20 MG X 1) ..... | 17     | DANAZOL .....                                                | 49     |
| COMETRIQ, CÁPSULAS ORALES, 140 MG/DÍA<br>(80 MG X 1-20 MG X 3) ..... | 17     | DANTROLENO ORAL .....                                        | 28     |
| COMPLERA .....                                                       | 9      | DANYELZA .....                                               | 18     |
| COMPLETE NATAL DHA .....                                             | 63     | DAPSONA ORAL .....                                           | 13     |
| COMPRO .....                                                         | 50     | DAPTACEL (DTAP PEDIÁTRICA) (PF) .....                        | 53     |
| CONSTULOSA .....                                                     | 50     | DAPTOMICINA, SOL. PARA RECONST.<br>INTRAVENOSA, 500 MG ..... | 13     |
| COPAXONE, JERINGA SUBCUTÁNEA, 20 MG/ML .....                         | 27     | DAPTOMYCIN, SOL. PARA RECONST.<br>INTRAVENOSA, 350 MG .....  | 13     |
| COPAXONE, JERINGA SUBCUTÁNEA, 40 MG/ML .....                         | 27     | DARIFENACINA .....                                           | 62     |
| COPIKTRA .....                                                       | 17     | DARZALEX .....                                               | 18     |
| CORLANOR, COMPRIMIDOS ORALES .....                                   | 39     | DARZALEX FASPRO .....                                        | 18     |
| CORTIFOAM .....                                                      | 50     | DASETTA 1/35 (28) .....                                      | 56     |
| CORTISPORIN-TC .....                                                 | 45     | DASETTA 7/7/7 (28) .....                                     | 56     |
| COSMEGEN .....                                                       | 17     | DAUNORRUBICINA, SOLUCIÓN INTRAVENOSA .....                   | 18     |
| COTELLIC .....                                                       | 17     | DAURISMO, COMPRIMIDOS ORALES, 25 MG .....                    | 18     |
| CREON .....                                                          | 50     | DAURISMO, COMPRIMIDOS ORALES, 100 MG .....                   | 18     |
| CRESEMBA ORAL .....                                                  | 9      | DAYSEE .....                                                 | 56     |
| CROMOGLICATO OFTÁLMICO (OJOS) .....                                  | 58     | DAYVIGO .....                                                | 31     |
| CROMOGLICATO ORAL .....                                              | 51     | DEBLITANE .....                                              | 55     |
| CROMOGLICATO PARA INHALAR .....                                      | 60     | DECANOATO DE FLUFENAZINA .....                               | 32     |
| CRYSELLE (28) .....                                                  | 56     | DECANOATO DE HALOPERIDOL .....                               | 32     |
| CYCLOSET .....                                                       | 46     | DECITABINA .....                                             | 18     |
| CYRAMZA .....                                                        | 17     | DEFERASIROX, COMPRIMIDOS ORALES .....                        | 43     |
| CYRED .....                                                          | 56     | DEFERASIROX, PAQUETE DE GRÁNULOS ORALES ...                  | 43     |
| CYRED EQ .....                                                       | 56     | DEFERIPRONA .....                                            | 43     |
| CYSTADANE .....                                                      | 51     | DELESTROGEN, ACEITE INTRAMUSCULAR,<br>10 MG/ML .....         | 55     |
| CYSTAGON .....                                                       | 62     | DELSTRIGO .....                                              | 9      |
| CYSTARAN .....                                                       | 58     | DEMECLOCICLINA .....                                         | 16     |
| <b>D</b>                                                             |        | DENAVIR .....                                                | 42     |
| DACARBAZINA .....                                                    | 18     | DENG VAXIA (PF) .....                                        | 53     |
|                                                                      |        | DEPO-ESTRADIOL .....                                         | 55     |

# Índice de medicamentos cubiertos

| MEDICAMENTO                                                                          | PÁGINA | MEDICAMENTO                                                                                           | PÁGINA |
|--------------------------------------------------------------------------------------|--------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|
| DEPO-MEDROL .....                                                                    | 45     | DEXTROSA AL 50% EN AGUA (D50W).....                                                                   | 43     |
| DESCOVY .....                                                                        | 9      | DEXTROSA AL 70% EN AGUA (D70W).....                                                                   | 44     |
| DESIPRAMINA.....                                                                     | 31     | DEXTROSE AL 10% EN AGUA (D10W).....                                                                   | 43     |
| DES Loratadina, comprimidos orales .....                                             | 59     | DHIVY .....                                                                                           | 26     |
| DESMOPRESINA INYECTABLE .....                                                        | 49     | DIACOMIT .....                                                                                        | 24     |
| DESMOPRESINA ORAL .....                                                              | 49     | DIAZEPAM, comprimidos orales .....                                                                    | 31     |
| DESMOPRESINA, rociador nasal con bomba....                                           | 49     | DIAZEPAM, concentrado oral .....                                                                      | 31     |
| DESMOPRESINA, rociador nasal no aerosol,<br>10 MCG/APLICACIÓN (0.1 ML) .....         | 49     | DIAZEPAM, INTENSOL.....                                                                               | 31     |
| DESOG-E. ESTRADIOL/E. ESTRADIOL .....                                                | 56     | DIAZEPAM INYECTABLE.....                                                                              | 31     |
| DESOGESTREL-ETINILESTRADIOL.....                                                     | 56     | DIAZEPAM RECTAL.....                                                                                  | 24     |
| DESONIDA, crema tópica .....                                                         | 42     | DIAZEPAM, SOLUCIÓN ORAL.....                                                                          | 31     |
| DESONIDA, loción tópica .....                                                        | 42     | DIAZOXIDA .....                                                                                       | 46     |
| DESONIDA, pomada tópica .....                                                        | 42     | DICICLOMINA, CÁPSULAS ORALES .....                                                                    | 50     |
| DESOXIMETASONA, crema tópica .....                                                   | 42     | DICICLOMINA, comprimidos orales .....                                                                 | 50     |
| DESOXIMETASONA, gel tópico .....                                                     | 42     | DICICLOMINA, SOLUCIÓN ORAL .....                                                                      | 50     |
| DESOXIMETASONA, pomada tópica .....                                                  | 42     | DICLOFENACO POTÁSICO,<br>comprimidos orales, 50 MG.....                                               | 29     |
| DEXAMETASONA, comprimidos orales .....                                               | 45     | DICLOFENACO SÓDICO, gel tópico al 1%.....                                                             | 29     |
| DEXAMETASONA, ELIXIR ORAL .....                                                      | 45     | DICLOFENACO SÓDICO, GOTAS TÓPICAS .....                                                               | 29     |
| DEXAMETASONA, INTENSOL.....                                                          | 45     | DICLOFENACO SÓDICO OFTÁLMICO (OJOS).....                                                              | 58     |
| DEXAMETASONA, SOLUCIÓN ORAL.....                                                     | 45     | DICLOFENACO SÓDICO ORAL .....                                                                         | 29     |
| DEXMETILFENIDATO, comprimidos orales.....                                            | 31     | DICLOXACILINA .....                                                                                   | 15     |
| DEXTROANFETAMINA-ANFETAMINA, CÁPSULAS<br>ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA, 24 HORAS.... | 31     | DIFENOXILATO-ATROPINA .....                                                                           | 50     |
| DEXTROANFETAMINA-ANFETAMINA,<br>comprimidos orales, 5 MG .....                       | 31     | DIFICID, comprimidos orales .....                                                                     | 13     |
| DEXTROANFETAMINA-ANFETAMINA,<br>comprimidos orales, 10 MG .....                      | 31     | DIFICID, SUSPENSIÓN ORAL PARA<br>RECONSTITUCIÓN .....                                                 | 13     |
| DEXTROANFETAMINA-ANFETAMINA,<br>comprimidos orales, 12.5 MG, 30 MG, 7.5 MG ....      | 31     | DIFLUNISAL .....                                                                                      | 29     |
| DEXTROANFETAMINA-ANFETAMINA,<br>comprimidos orales, 15 MG .....                      | 31     | DIFLUPREDNATO .....                                                                                   | 59     |
| DEXTROANFETAMINA-ANFETAMINA,<br>comprimidos orales, 20 MG .....                      | 31     | DIGITEK.....                                                                                          | 39     |
| DEXTROANFETAMINA-ANFETAMINA,<br>comprimidos orales, 20 MG .....                      | 31     | DIGOXINA, comprimidos orales,<br>62.5 MCG (0.0625 MG) .....                                           | 39     |
| DEXTROSA AL 5%-CLORURO DE SODIO AL 0.2%.....                                         | 43     | DIGOXINA, comprimidos orales,<br>125 MCG (0.125 MG), 250 MCG (0.25 MG),<br>62.5 MCG (0.0625 MG) ..... | 39     |
| DEXTROSA AL 5%-CLORURO DE SODIO AL 0.3%.....                                         | 43     | DIGOXINA, SOLUCIÓN INYECTABLE.....                                                                    | 39     |
| DEXTROSA AL 5% EN AGUA (D5W) .....                                                   | 43     | DIGOXINA, SOLUCIÓN ORAL .....                                                                         | 39     |
| DEXTROSA AL 5%-SOLUCIÓN DE LACTATO<br>SÓDICO COMPUESTA.....                          | 43     | DIHIDROERGOTAMINA NASAL.....                                                                          | 26     |
| DEXTROSA AL 10% Y NA CL AL 0.2% .....                                                | 43     | DILANTIN, 30 MG .....                                                                                 | 24     |
| DEXTROSA AL 25% EN AGUA (D25W).....                                                  | 43     | DILT-XR .....                                                                                         | 36     |

# Índice de medicamentos cubiertos

| MEDICAMENTO                                                                                                                                                                 | PÁGINA | MEDICAMENTO                                                                   | PÁGINA |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|-------------------------------------------------------------------------------|--------|
| DIMETILFUMARATO, CÁPSULAS ORALES, LIBERACIÓN RETARDADA (DR/EC), 120 MG (14)-240 MG (46) .....                                                                               | 27     | DOXORRUBICINA, LIPOSOMAL PEGILADA .....                                       | 18     |
| DIMETILFUMARATO, CÁPSULAS ORALES, LIBERACIÓN RETARDADA (DR/EC), 120 MG, 240 MG ..                                                                                           | 27     | DOXORRUBICINA, SOL. PARA RECONST. INTRAVENOSA, 50 MG.....                     | 18     |
| DINITRATO DE ISOSORBIDA, COMPRIMIDOS ORALES .....                                                                                                                           | 40     | DOXORRUBICINA, SOLUCIÓN INTRAVENOSA .....                                     | 18     |
| DIPIRIDAMOL ORAL .....                                                                                                                                                      | 38     | DRIZALMA, CÁPSULAS ORALES CON GRÁNULOS, LIB. RETARDADA, 20 MG, 60 MG.....     | 31     |
| DIPROPIONATO DE BETAMETASONA.....                                                                                                                                           | 42     | DRIZALMA, CÁPSULAS ORALES CON GRÁNULOS, LIB. RETARDADA, 30 MG .....           | 31     |
| DISOPROXILO DE EFAVIRENZ-LAMIVUDINA-TENOFOVIR, COMPRIMIDOS ORALES, 400-300-300 MG .....                                                                                     | 9      | DRIZALMA, CÁPSULAS ORALES CON GRÁNULOS, LIB. RETARDADA, 40 MG .....           | 31     |
| DISOPROXILO DE EFAVIRENZ-LAMIVUDINA-TENOFOVIR, COMPRIMIDOS ORALES, 600-300-300 MG .....                                                                                     | 9      | DRONABINOL .....                                                              | 51     |
| DISULFIRAM .....                                                                                                                                                            | 44     | DROPSAFE, PAÑOS PREPARADOS CON ALCOHOL ...                                    | 46     |
| DIVALPROEX.....                                                                                                                                                             | 24     | DROSPIRENONA-E.ESTRADIOL-LM.FA .....                                          | 56     |
| DOCETAXEL, SOLUCIÓN INTRAVENOSA, 160 MG/16 ML (10 MG/ML), 160 MG/8 ML (20 MG/ML), 20 MG/2 ML (10 MG/ML), 20 MG/ML (1 ML), 80 MG/4 ML (20 MG/ML), 80 MG/8 ML (10 MG/ML)..... | 18     | DROSPIRENONA-ETINILESTRADIOL .....                                            | 56     |
| DOFETILIDA.....                                                                                                                                                             | 35     | DROXIA .....                                                                  | 18     |
| DOLISHALE .....                                                                                                                                                             | 56     | DROXIDOPA, CÁPSULAS ORALES, 100 MG.....                                       | 44     |
| DONEPEZILO, COMPRIMIDOS DE DESINTEGRACIÓN ORAL, 5 MG .....                                                                                                                  | 27     | DROXIDOPA, CÁPSULAS ORALES, 200 MG, 300 MG ...                                | 44     |
| DONEPEZILO, COMPRIMIDOS DE DESINTEGRACIÓN ORAL, 10 MG.....                                                                                                                  | 27     | DUAVEE.....                                                                   | 55     |
| DONEPEZILO, COMPRIMIDOS ORALES, 5 MG.....                                                                                                                                   | 27     | DULOXETINA, CÁPSULAS ORALES, LIBERACIÓN RETARDADA (DR/EC), 20 MG, 60 MG ..... | 31     |
| DONEPEZILO, COMPRIMIDOS ORALES, 10 MG.....                                                                                                                                  | 27     | DULOXETINA, CÁPSULAS ORALES, LIBERACIÓN RETARDADA (DR/EC), 30 MG .....        | 31     |
| DOPTelet (PAQUETE DE 10 COMPRIMIDOS) .....                                                                                                                                  | 38     | DUPIXENT, JERINGA SUBCUTÁNEA, 100 MG/0.67 ML .....                            | 40     |
| DOPTelet (PAQUETE DE 15 COMPRIMIDOS) .....                                                                                                                                  | 38     | DUPIXENT, JERINGA SUBCUTÁNEA, 200 MG/1.14 ML .....                            | 40     |
| DOPTelet (PAQUETE DE 30 COMPRIMIDOS) .....                                                                                                                                  | 38     | DUPIXENT, JERINGA SUBCUTÁNEA, 300 MG/2 ML .....                               | 40     |
| DORZOLAMIDA.....                                                                                                                                                            | 59     | DUPIXENT, LAPICERA PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA, 200 MG/1.14 ML.....             | 40     |
| DORZOLAMIDA-TIMOLOL.....                                                                                                                                                    | 59     | DUPIXENT, LAPICERA PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA, 300 MG/2 ML.....                | 40     |
| DOTTI.....                                                                                                                                                                  | 55     | DUREZOL .....                                                                 | 59     |
| DOVATO.....                                                                                                                                                                 | 9      | DUTASTERIDA .....                                                             | 62     |
| DOXAZOSINA, COMPRIMIDOS ORALES, 1 MG, 2 MG, 4 MG .....                                                                                                                      | 36     | DUTASTERIDA-TAMSULOSINA .....                                                 | 62     |
| DOXAZOSINA, COMPRIMIDOS ORALES, 8 MG.....                                                                                                                                   | 36     |                                                                               |        |
| DOXEPINA, CÁPSULAS ORALES .....                                                                                                                                             | 31     | <b>E</b>                                                                      |        |
| DOXEPINA, CONCENTRADO ORAL.....                                                                                                                                             | 31     | EC-NAPROXENO .....                                                            | 29     |
| DOXERCALCIFEROL .....                                                                                                                                                       | 49     | ECONAZOL.....                                                                 | 42     |
| DOXICICLINA-100 .....                                                                                                                                                       | 16     | EDARBI .....                                                                  | 36     |
|                                                                                                                                                                             |        | EDARBYCLOR.....                                                               | 36     |



# Índice de medicamentos cubiertos

| MEDICAMENTO                                                                                 | PÁGINA | MEDICAMENTO                                                             | PÁGINA |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|--------|-------------------------------------------------------------------------|--------|
| EDISILATO DE PROCLORPERAZINA, SOLUCIÓN INYECTABLE, 10 MG/2 ML (5 MG/ML) .....               | 51     | ENBREL SURECLICK .....                                                  | 54     |
| EDURANT .....                                                                               | 9      | ENDOCET .....                                                           | 28     |
| EFAVIRENZ, CÁPSULAS ORALES, 50 MG .....                                                     | 9      | ENGERIX-B (PF) .....                                                    | 53     |
| EFAVIRENZ, CÁPSULAS ORALES, 200 MG .....                                                    | 9      | ENGERIX-B (PF), USO PEDIÁTRICO .....                                    | 53     |
| EFAVIRENZ, COMPRIMIDOS ORALES .....                                                         | 9      | ENHERTU .....                                                           | 18     |
| EFAVIRENZ-EMTRICITABINA-TENOFOVIR .....                                                     | 9      | ENOXAPARINA .....                                                       | 38     |
| ELAPRASE .....                                                                              | 49     | ENPRESSE .....                                                          | 56     |
| ELECTROLITOS-48 EN D5W .....                                                                | 63     | ENSKYCE .....                                                           | 56     |
| ELIGARD .....                                                                               | 18     | ENTACAPONA .....                                                        | 26     |
| ELIGARD (3 MESES) .....                                                                     | 18     | ENTECAVIR .....                                                         | 10     |
| ELIGARD (4 MESES) .....                                                                     | 18     | ENTRESTO .....                                                          | 39     |
| ELIGARD (6 MESES) .....                                                                     | 18     | ENULOSA .....                                                           | 51     |
| ELINEST .....                                                                               | 56     | ENVARUSUS XR .....                                                      | 18     |
| ELIQUIS .....                                                                               | 38     | EPCLUSA, COMPRIMIDOS ORALES, 200-50 MG .....                            | 10     |
| ELIQUIS, TRATAMIENTO INICIAL PARA TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA/EMBOLIA PULMONAR, 30 DÍAS ..    | 38     | EPCLUSA, COMPRIMIDOS ORALES, 400-100 MG .....                           | 10     |
| ELITE-OB .....                                                                              | 63     | EPCLUSA, PÍLDORAS DE ADMINISTRACIÓN ORAL EN PAQUETES, 150-37.5 MG ..... | 10     |
| ELLA .....                                                                                  | 56     | EPCLUSA, PÍLDORAS DE ADMINISTRACIÓN ORAL EN PAQUETES, 200-50 MG .....   | 10     |
| ELMIRON .....                                                                               | 62     | EPIDIOLEX .....                                                         | 24     |
| ELZONRIS .....                                                                              | 18     | EPINASTINA .....                                                        | 58     |
| EMCYT .....                                                                                 | 18     | EPINEFRINA, AUTOINYECTOR PARA INYECCIÓN .....                           | 59     |
| EMEND, SUSPENSIÓN ORAL PARA RECONSTITUCIÓN .....                                            | 51     | EPINEFRINA, SOLUCIÓN INYECTABLE, 1 MG/ML .....                          | 59     |
| EMOQUETTE .....                                                                             | 56     | EPIRUBICINA, SOLUCIÓN INTRAVENOSA .....                                 | 18     |
| EMPLICITI .....                                                                             | 18     | EPITOL .....                                                            | 24     |
| EMSAM .....                                                                                 | 32     | EPIVIR HBV, SOLUCIÓN ORAL .....                                         | 10     |
| EMTRICITABINA .....                                                                         | 9      | EPRONTIA .....                                                          | 24     |
| EMTRICITABINA-TENOFOVIR (TDF), COMPRIMIDOS ORALES, 200-300 MG .....                         | 10     | ERBITUX .....                                                           | 18     |
| EMTRICITABINE-TENOFOVIR (TDF), COMPRIMIDOS ORALES, 100-150 MG, 133-200 MG, 167-250 MG ..... | 10     | ERGOTAMINA-CAFEÍNA .....                                                | 26     |
| EMTRIVA, SOLUCIÓN ORAL .....                                                                | 10     | ERITROCINA (COMO ESTEARATO), COMPRIMIDOS ORALES, 250 MG .....           | 13     |
| EMVERM .....                                                                                | 13     | ERITROMICINA, COMPRIMIDOS ORALES .....                                  | 13     |
| ENALAPRIL-HIDROCLOROTIAZIDA .....                                                           | 36     | ERITROMICINA, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN RETARDADA (DR/EC) .....    | 13     |
| ENANTATO DE TESTOSTERONA .....                                                              | 49     | ERITROMICINA CON ETANOL, SOLUCIÓN TÓPICA ....                           | 41     |
| ENBREL, JERINGA SUBCUTÁNEA .....                                                            | 54     | ERITROMICINA OFTÁLMICA (OJOS) .....                                     | 58     |
| ENBREL MINI .....                                                                           | 54     | ERITROMICINA, PAÑOS .....                                               | 41     |
| ENBREL, SOL. PARA RECONST. SUBCUTÁNEA .....                                                 | 54     | ERITROMICINA-PERÓXIDO DE BENZOÍLO .....                                 | 41     |
| ENBREL, SOLUCIÓN SUBCUTÁNEA .....                                                           | 54     | ERIVEDGE .....                                                          | 18     |
|                                                                                             |        | ERLEADA .....                                                           | 18     |
|                                                                                             |        | ERLOTINIB, COMPRIMIDOS ORALES, 25 MG .....                              | 18     |

# Índice de medicamentos cubiertos

| MEDICAMENTO                                                                              | PÁGINA | MEDICAMENTO                                                                          | PÁGINA |
|------------------------------------------------------------------------------------------|--------|--------------------------------------------------------------------------------------|--------|
| ERLOTINIB, COMPRIMIDOS ORALES,<br>100 MG, 150 MG .....                                   | 18     | ETOPÓSIDO INTRAVENOSO .....                                                          | 18     |
| ERRIN .....                                                                              | 55     | ETOSUXIMIDA .....                                                                    | 24     |
| ERTAPENEM .....                                                                          | 13     | ETRAVIRINA .....                                                                     | 10     |
| ERY-TAB, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN<br>RETARDADA (DR/EC), 250 MG .....               | 13     | EUTHYROX .....                                                                       | 50     |
| ERY-TAB, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN<br>RETARDADA (DR/EC), 333 MG .....               | 13     | EVEROLIMUS (ANTINEOPLÁSICO),<br>COMPRIMIDOS ORALES, 2.5 MG, 5 MG, 7.5 MG .....       | 18     |
| ERYTHROCIN, SOL. PARA RECONST.<br>INTRAVENOSA, 500 MG .....                              | 13     | EVEROLIMUS (ANTINEOPLÁSICO),<br>COMPRIMIDOS ORALES, 10 MG .....                      | 18     |
| ERYTHROMYCIN CON ETANOL, GEL TÓPICO .....                                                | 41     | EVEROLIMUS (ANTINEOPLÁSICO),<br>COMPRIMIDOS ORALES PARA SUSPENSIÓN, 2 MG ...         | 18     |
| ESBRIET, CÁPSULAS ORALES .....                                                           | 60     | EVEROLIMUS (ANTINEOPLÁSICO), COMPRIMIDOS<br>ORALES PARA SUSPENSIÓN, 3 MG, 5 MG ..... | 18     |
| ESBRIET, COMPRIMIDOS ORALES, 267 MG .....                                                | 60     | EVEROLIMUS (INMUNODEPRESOR) .....                                                    | 18     |
| ESBRIET, COMPRIMIDOS ORALES, 801 MG .....                                                | 60     | EVOMELA .....                                                                        | 18     |
| ESCOPOLAMINA BASE .....                                                                  | 51     | EVOTAZ .....                                                                         | 10     |
| ESOMEPRAZOL MAGNÉSICO, CÁPSULAS ORALES,<br>LIBERACIÓN RETARDADA (DR/EC) .....            | 52     | EXEMESTANO .....                                                                     | 18     |
| ESPIRONOLACTONA .....                                                                    | 37     | EXKIVITY .....                                                                       | 18     |
| ESPIRONOLACTONA-HIDROCLOROTIAZIDA .....                                                  | 37     | EYLEA .....                                                                          | 58     |
| ESTARYLLA .....                                                                          | 56     | EYSUVIS .....                                                                        | 59     |
| ESTAVUDINA, CÁPSULAS ORALES .....                                                        | 11     | EZETIMIBA .....                                                                      | 39     |
| ÉSTERES ETÍLICOS DE LOS ÁCIDOS OMEGA 3 .....                                             | 39     | EZETIMIBA-SIMVASTATINA .....                                                         | 39     |
| ESTRADIOL ORAL .....                                                                     | 55     |                                                                                      |        |
| ESTRADIOL, PARCHE TRANSDÉRMICO QUINCENAL ..                                              | 55     | <b>F</b>                                                                             |        |
| ESTRADIOL, PARCHE TRANSDÉRMICO SEMANAL ...                                               | 55     | FABRAZYME .....                                                                      | 49     |
| ESTRADIOL VAGINAL .....                                                                  | 55     | FALMINA (28) .....                                                                   | 56     |
| ESTREPTOMICINA .....                                                                     | 14     | FAMCICLOVIR .....                                                                    | 10     |
| ESTRING .....                                                                            | 55     | FAMOTIDINA, COMPRIMIDOS ORALES,<br>20 MG, 40 MG .....                                | 52     |
| ETABONATO DE LOTEPREDNOL, GOTAS<br>OFTÁLMICAS (OJOS), SUSPENSIÓN .....                   | 59     | FAMOTIDINA, SUSPENSIÓN ORAL .....                                                    | 52     |
| ETACRINATO SÓDICO .....                                                                  | 36     | FANAPT, COMPRIMIDOS ORALES,<br>1 MG, 2 MG, 4 MG .....                                | 32     |
| ETAMBUTOL .....                                                                          | 13     | FANAPT, COMPRIMIDOS ORALES, 8 MG .....                                               | 32     |
| ETEXILATO DE DABIGATRÁN .....                                                            | 38     | FANAPT, COMPRIMIDOS ORALES,<br>10 MG, 12 MG, 6 MG .....                              | 32     |
| ETILSUCCINATO DE ERITROMICINA,<br>COMPRIMIDOS ORALES .....                               | 13     | FANAPT, COMPRIMIDOS ORALES,<br>PAQUETE DOSIFICADO .....                              | 32     |
| ETILSUCCINATO DE ERITROMICINA, SUSPENSIÓN<br>ORAL PARA RECONSTITUCIÓN, 200 MG/5 ML ..... | 13     | FARYDAK .....                                                                        | 18     |
| ETILSUCCINATO DE ERITROMICINA, SUSPENSIÓN<br>ORAL PARA RECONSTITUCIÓN, 400 MG/5 ML ..... | 13     | FEBUXOSTAT .....                                                                     | 53     |
| ETIODIOL DIAC-ETINILESTRADIOL .....                                                      | 56     | FELBAMATO .....                                                                      | 24     |
| ETODOLACO .....                                                                          | 29     | FELODIPINA .....                                                                     | 36     |
| ETOPOPHOS .....                                                                          | 18     | FEMINOR .....                                                                        | 56     |

# Índice de medicamentos cubiertos

| MEDICAMENTO                                                                     | PÁGINA | MEDICAMENTO                                                                                       | PÁGINA |
|---------------------------------------------------------------------------------|--------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|
| FENELZINA.....                                                                  | 34     | FLOVENT DISKUS PARA INHALAR, BLÍSTER CON DISPOSITIVO, 100 MCG/ACTIVACIÓN, 50 MCG/ACTIVACIÓN ..... | 60     |
| FENILBUTIRATO SÓDICO.....                                                       | 44     | FLOVENT DISKUS PARA INHALAR, BLÍSTER CON DISPOSITIVO, 250 MCG/ACTIVACIÓN.....                     | 60     |
| FENITOÍNA, COMPRIMIDOS ORALES MASTICABLES ..                                    | 25     | FLOVENT, INHALADOR EN AEROSOL DE HFA, 44 MCG/ACTIVACIÓN .....                                     | 60     |
| FENITOÍNA SÓDICA, LIBERACIÓN PROLONGADA .....                                   | 25     | FLOVENT, INHALADOR EN AEROSOL DE HFA, 110 MCG/ACTIVACIÓN .....                                    | 60     |
| FENITOÍNA SÓDICA, SOLUCIÓN INTRAVENOSA.....                                     | 25     | FLOVENT, INHALADOR EN AEROSOL DE HFA, 220 MCG/ACTIVACIÓN.....                                     | 60     |
| FENITOÍNA, SUSPENSIÓN ORAL .....                                                | 25     | FLOXURIDINA .....                                                                                 | 18     |
| FENOBARBITAL, COMPRIMIDOS ORALES .....                                          | 25     | FLUCITOSINA .....                                                                                 | 9      |
| FENOBARBITAL, ELIXIR ORAL.....                                                  | 25     | FLUCONAZOL .....                                                                                  | 9      |
| FENOBARBITAL SÓDICO, SOLUCIÓN INYECTABLE.....                                   | 25     | FLUCONAZOL EN NACL (ISO-OSM.) .....                                                               | 9      |
| FENOFIBRATO, CÁPSULAS ORALES MICRONIZADAS, 134 MG, 200 MG, 67 MG.....           | 39     | FLUDARABINA .....                                                                                 | 18     |
| FENOFIBRATO, COMPRIMIDOS ORALES, 160 MG, 54 MG .....                            | 39     | FLUDROCORTISONA.....                                                                              | 45     |
| FENOFIBRATO NANOCRISTALIZADO .....                                              | 39     | FLUNISOLIDA .....                                                                                 | 60     |
| FENOXIBENZAMINA .....                                                           | 37     | FLUOCINOLONA, ACEITE TÓPICO .....                                                                 | 42     |
| FENTANILO.....                                                                  | 28     | FLUOCINOLONA, CREMA TÓPICA .....                                                                  | 42     |
| FENTANYL CITRATE (PF), JERINGA INYECTABLE, 50 MCG/ML .....                      | 28     | FLUOCINOLONA, POMADA TÓPICA .....                                                                 | 42     |
| FERRIPROX.....                                                                  | 44     | FLUOCINOLONA, SOLUCIÓN TÓPICA .....                                                               | 42     |
| FERRIPROX (2 VECES POR DÍA) .....                                               | 44     | FLUOCINOLONA Y GORRA DE BAÑO .....                                                                | 42     |
| FESOTERODINA .....                                                              | 62     | FLUOCINONIDA, CREMA TÓPICA, 0.1%.....                                                             | 42     |
| FETZIMA, CÁPSULAS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA, 24 HORAS .....                 | 32     | FLUOCINONIDA, CREMA TÓPICA, 0.05% .....                                                           | 42     |
| FETZIMA, CÁPSULAS ORALES, LIB. PROL., 24 HORAS, PAQUETE DOSIFICADO .....        | 32     | FLUOCINONIDA, GEL TÓPICO .....                                                                    | 42     |
| FINASTERIDA, COMPRIMIDOS ORALES, 5 MG.....                                      | 62     | FLUOCINONIDA, POMADA TÓPICA .....                                                                 | 42     |
| FINTEPLA .....                                                                  | 24     | FLUOCINONIDA, SOLUCIÓN TÓPICA .....                                                               | 42     |
| FINZALA.....                                                                    | 56     | FLUOROMETOLONA .....                                                                              | 59     |
| FIRDAPSE.....                                                                   | 27     | FLUOROURACILO, CREMA TÓPICA, 0.5% .....                                                           | 40     |
| FIRMAGON, KIT CON JERINGA DILUYENTE, SOL. PARA RECONST. SUBCUTÁNEA, 80 MG.....  | 18     | FLUOROURACILO, CREMA TÓPICA, 5% .....                                                             | 40     |
| FIRMAGON, KIT CON JERINGA DILUYENTE, SOL. PARA RECONST. SUBCUTÁNEA, 120 MG..... | 18     | FLUOROURACILO INTRAVENOSO.....                                                                    | 18     |
| FIRVANQ, SOL. PARA RECONST. INTRAVENOSA, 25 MG/ML .....                         | 13     | FLUOROURACILO, SOLUCIÓN TÓPICA.....                                                               | 40     |
| FIRVANQ, SOL. PARA RECONST. INTRAVENOSA, 50 MG/ML .....                         | 13     | FLUORURO DE SODIO 5000 PARA SEQUEDAD EN LA BOCA.....                                              | 44     |
| FLAC, ACEITE ÓTICO.....                                                         | 45     | FLUORURO (DE SODIO), COMPRIMIDOS ORALES.....                                                      | 63     |
| FLAVOXATO .....                                                                 | 62     | FLUORURO (DE SODIO), COMPRIMIDOS ORALES MASTICABLES, 1 MG (2.2 MG DE FLUORURO DE SODIO) .....     | 63     |
| FLECAINIDA.....                                                                 | 35     | FLUORURO DE SODIO-NITRATO POTÁSICO.....                                                           | 44     |
|                                                                                 |        | FLUORURO (DE SODIO), PASTA DENTAL .....                                                           | 44     |

# Índice de medicamentos cubiertos

| MEDICAMENTO                                                                               | PÁGINA | MEDICAMENTO                                                                                                                                      | PÁGINA |
|-------------------------------------------------------------------------------------------|--------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|
| FLUORURO LUDENT, COMPRIMIDOS ORALES MASTICABLES, 1 MG (2.2 MG DE FLUORURO DE SODIO) ..... | 64     | FOSFATO SÓDICO DE DEXAMETASONA OFTÁLMICO (OJOS) .....                                                                                            | 59     |
| FLUOXETINA, CÁPSULAS ORALES, 10 MG .....                                                  | 32     | FOSFATO SÓDICO DE DEXAMETASONA (PF), SOLUCIÓN INYECTABLE .....                                                                                   | 45     |
| FLUOXETINA, CÁPSULAS ORALES, 20 MG .....                                                  | 32     | FOSFATO SÓDICO DE DEXAMETASONA, SOLUCIÓN INYECTABLE .....                                                                                        | 45     |
| FLUOXETINA, CÁPSULAS ORALES, 40 MG .....                                                  | 32     | FOSFATO SÓDICO DE PREDNISOLONA OFTÁLMICO (OJOS) .....                                                                                            | 59     |
| FLUOXETINA, CÁPSULAS ORALES, LIBERACIÓN RETARDADA (DR/EC) .....                           | 32     | FOSFATO SÓDICO DE PREDNISOLONA, SOLUCIÓN ORAL, 15 MG/5 ML (3 MG/ML), 15 MG/5 ML (5 ML), 25 MG/5 ML (5 MG/ML), 5 MG BASE/5 ML (6.7 MG/5 ML) ..... | 45     |
| FLUOXETINA, COMPRIMIDOS ORALES, 10 MG .....                                               | 32     | FOSFENITOÍNA .....                                                                                                                               | 24     |
| FLUOXETINA, COMPRIMIDOS ORALES, 20 MG .....                                               | 32     | FOSFOMICINA TROMETAMINA .....                                                                                                                    | 16     |
| FLUOXETINA, SOLUCIÓN ORAL .....                                                           | 32     | FOSINOPRIL .....                                                                                                                                 | 36     |
| FLUOXETINA (TRASTORNO DISFÓRICO PREMENSTRUAL), COMPRIMIDOS ORALES, 10 MG .....            | 32     | FOSINOPRIL-HIDROCLOROTIAZIDA .....                                                                                                               | 37     |
| FLUOXETINA (TRASTORNO DISFÓRICO PREMENSTRUAL), COMPRIMIDOS ORALES, 20 MG .....            | 32     | FOTIVDA .....                                                                                                                                    | 19     |
| FLURBIPROFENO, COMPRIMIDOS ORALES, 100 MG .....                                           | 29     | FULVESTRANT .....                                                                                                                                | 19     |
| FLURBIPROFENO SÓDICO .....                                                                | 58     | FUMARATO DE BISOPROLOL .....                                                                                                                     | 36     |
| FLUTAMIDA .....                                                                           | 18     | FUMARATO DE DISOPROXILO DE TENOFOVIR .....                                                                                                       | 11     |
| FLUVASTATINA, CÁPSULAS ORALES, 20 MG .....                                                | 39     | FUMARATO DE FORMOTEROL .....                                                                                                                     | 60     |
| FLUVASTATINA, CÁPSULAS ORALES, 40 MG .....                                                | 39     | FUROSEMIDA, COMPRIMIDOS ORALES .....                                                                                                             | 37     |
| FLUVASTATINA, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA, 24 HORAS .....                   | 39     | FUROSEMIDA INYECTABLE .....                                                                                                                      | 37     |
| FLUVOXAMINA, COMPRIMIDOS ORALES, 50 MG .....                                              | 32     | FUROSEMIDA, SOLUCIÓN ORAL, 10 MG/ML, 40 MG/5 ML (8 MG/ML) .....                                                                                  | 37     |
| FLUVOXAMINA, COMPRIMIDOS ORALES, 100 MG, 25 MG .....                                      | 32     | FUROSEMIDE, SOLUCIÓN ORAL, 40 MG/4 ML .....                                                                                                      | 37     |
| FOLIVANE-OB .....                                                                         | 64     | FUZEON, SOL. PARA RECONST. SUBCUTÁNEA .....                                                                                                      | 10     |
| FOLOTYN .....                                                                             | 18     | FYAVOLV .....                                                                                                                                    | 55     |
| FOMEPIZOL .....                                                                           | 53     | FYCOMPA, COMPRIMIDOS ORALES, 2 MG .....                                                                                                          | 24     |
| FONDAPARINUX, JERINGA SUBCUTÁNEA, 2.5 MG/0.5 ML .....                                     | 38     | FYCOMPA, COMPRIMIDOS ORALES, 4 MG, 6 MG .....                                                                                                    | 24     |
| FONDAPARINUX, JERINGA SUBCUTÁNEA, 10 MG/0.8 ML, 5 MG/0.4 ML, 7.5 MG/0.6 ML .....          | 38     | FYCOMPA, COMPRIMIDOS ORALES, 10 MG, 12 MG, 8 MG .....                                                                                            | 24     |
| FOSAMPRENAVIR .....                                                                       | 10     | FYCOMPA, SUSPENSIÓN ORAL .....                                                                                                                   | 24     |
| FOSFATO DE CARVEDILOL .....                                                               | 36     |                                                                                                                                                  |        |
| FOSFATO DE CLINDAMICINA, GEL TÓPICO .....                                                 | 41     | <b>G</b>                                                                                                                                         |        |
| FOSFATO DE CLINDAMICINA INTRAVENOSO .....                                                 | 13     | GABAPENTINA, CÁPSULAS ORALES, 100 MG, 300 MG .....                                                                                               | 24     |
| FOSFATO DE CLINDAMICINA INYECTABLE .....                                                  | 13     | GABAPENTINA, CÁPSULAS ORALES, 400 MG .....                                                                                                       | 24     |
| FOSFATO DE CLINDAMICINA, LOCIÓN TÓPICA .....                                              | 41     | GABAPENTINA, COMPRIMIDOS ORALES, 600 MG .....                                                                                                    | 24     |
| FOSFATO DE CLINDAMICINA, PAÑO TÓPICO .....                                                | 41     | GABAPENTINA, COMPRIMIDOS ORALES, 800 MG .....                                                                                                    | 24     |
| FOSFATO DE CLINDAMICINA, SOLUCIÓN TÓPICA .....                                            | 41     | GABAPENTINA, SOLUCIÓN ORAL .....                                                                                                                 | 24     |
| FOSFATO DE CLINDAMICINA VAGINAL .....                                                     | 55     |                                                                                                                                                  |        |
| FOSFATO DE CLOROQUINA .....                                                               | 13     |                                                                                                                                                  |        |

# Índice de medicamentos cubiertos

| MEDICAMENTO                                                                                                                                                       | PÁGINA | MEDICAMENTO                                                                      | PÁGINA |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|----------------------------------------------------------------------------------|--------|
| GALANTAMINA, CÁPSULAS ORALES,<br>PÍLDORAS DE LIB. PROL., 24 HORAS.....                                                                                            | 27     | GILOTRIF.....                                                                    | 19     |
| GALANTAMINA, COMPRIMIDOS ORALES.....                                                                                                                              | 27     | GLICOPIRRONIO, COMPRIMIDOS ORALES.....                                           | 50     |
| GALANTAMINA, SOLUCIÓN ORAL.....                                                                                                                                   | 27     | GLICOPIRRONIO INYECTABLE.....                                                    | 50     |
| GAMMAGARD, LÍQUIDO.....                                                                                                                                           | 53     | GLICOPIRRONIO (PF).....                                                          | 50     |
| GAMMAGARD S-D (IGA < 1 MCG/ML).....                                                                                                                               | 53     | GLICOPIRRONIO (PF) EN AGUA, INYECTABLE.....                                      | 50     |
| GAMMAKED.....                                                                                                                                                     | 53     | GLICOPIRRONIO (PF) EN AGUA, JERINGA<br>INTRAVENOSA, 0.4 MG/2 ML (0.2 MG/ML)..... | 50     |
| GAMMAPLEX.....                                                                                                                                                    | 53     | GLIMEPIRIDA, COMPRIMIDOS ORALES, 1 MG.....                                       | 46     |
| GAMMAPLEX (CON SORBITOL).....                                                                                                                                     | 53     | GLIMEPIRIDA, COMPRIMIDOS ORALES, 2 MG.....                                       | 46     |
| GAMUNEX-C.....                                                                                                                                                    | 53     | GLIMEPIRIDA, COMPRIMIDOS ORALES, 4 MG.....                                       | 46     |
| GARDASIL 9 (PF).....                                                                                                                                              | 53     | GLIPIZIDA, COMPRIMIDOS ORALES, 5 MG.....                                         | 46     |
| GASAS, 2 X 2.....                                                                                                                                                 | 46     | GLIPIZIDA, COMPRIMIDOS ORALES, 10 MG.....                                        | 46     |
| GATTEX, VIAL DE 30.....                                                                                                                                           | 51     | GLIPIZIDA, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN<br>PROLONGADA, 24 HORAS, 2.5 MG.....   | 46     |
| GATTEX, VIAL DE UNO.....                                                                                                                                          | 51     | GLIPIZIDA, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN<br>PROLONGADA, 24 HORAS, 5 MG.....     | 46     |
| GAVILYTE-C.....                                                                                                                                                   | 51     | GLIPIZIDA, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN<br>PROLONGADA, 24 HORAS, 10 MG.....    | 46     |
| GAVRETO.....                                                                                                                                                      | 19     | GLIPIZIDA-METFORMINA, COMPRIMIDOS<br>ORALES, 2.5-250 MG.....                     | 46     |
| GAZYVA.....                                                                                                                                                       | 19     | GLIPIZIDA-METFORMINA, COMPRIMIDOS<br>ORALES, 2.5-500 MG, 5-500 MG.....           | 46     |
| GEMCITABINA, SOL. PARA RECONST.<br>INTRAVENOSA.....                                                                                                               | 19     | GLUCAGEN HYPOKIT.....                                                            | 46     |
| GEMCITABINA, SOLUCIÓN INTRAVENOSA,<br>1 GRAMO/26.3 ML (38 MG/ML), 2 GRAMOS/52.6 ML<br>(38 MG/ML), 200 MG/5.26 ML (38 MG/ML).....                                  | 19     | GLUCAGON (HCL), KIT DE EMERGENCIAS.....                                          | 46     |
| GEMCITABINA, SOLUCIÓN INTRAVENOSA,<br>100 MG/ML.....                                                                                                              | 19     | GLUCAGON, KIT DE EMERGENCIAS (HUMANO).....                                       | 46     |
| GEMFIBROZIL.....                                                                                                                                                  | 39     | GLUCONATO DE CLORHEXIDINA,<br>MEMBRANA MUCOSA.....                               | 44     |
| GEMMILY.....                                                                                                                                                      | 56     | GLYDO.....                                                                       | 40     |
| GEMTESA.....                                                                                                                                                      | 62     | GLYXAMBI.....                                                                    | 46     |
| GENERLAC.....                                                                                                                                                     | 51     | GRANISETRÓN (PF), SOLUCIÓN INTRAVENOSA,<br>1 MG/ML (1 ML).....                   | 51     |
| GENGRAF.....                                                                                                                                                      | 19     | GRISEOFULVINA MICRONIZADA.....                                                   | 9      |
| GENOTROPIN.....                                                                                                                                                   | 52     | GRISEOFULVINA ULTRAMICRONIZADA.....                                              | 9      |
| GENOTROPIN MINISQUICK.....                                                                                                                                        | 52     | GUANFACINA, COMPRIMIDOS ORALES,<br>LIBERACIÓN PROLONGADA, 24 HORAS.....          | 32     |
| GENTAK, POMADA OFTÁLMICA (OJOS).....                                                                                                                              | 58     | GVOKE.....                                                                       | 46     |
| GENTAMICINA, CREMA TÓPICA.....                                                                                                                                    | 41     | GVOKE HYPOPEN, PAQUETE DE 1.....                                                 | 46     |
| GENTAMICINA EN NACL (ISO-OSM.), INFUSIÓN<br>SECUNDARIA INTRAVENOSA, 100 MG/100 ML,<br>100 MG/50 ML, 120 MG/100 ML, 60 MG/50 ML,<br>80 MG/100 ML, 80 MG/50 ML..... | 14     | GVOKE HYPOPEN, PAQUETE DE 2.....                                                 | 46     |
| GENTAMICINA, GOTAS OFTÁLMICAS (OJOS).....                                                                                                                         | 58     | GVOKE PFS, PAQUETE CON 1 JERINGA.....                                            | 46     |
| GENTAMICINA, POMADA TÓPICA.....                                                                                                                                   | 41     | GVOKE PFS, PAQUETE CON 2 JERINGAS.....                                           | 46     |
| GENTAMICINA, SOLUCIÓN INYECTABLE, 40 MG/ML.....                                                                                                                   | 14     |                                                                                  |        |
| GENVOYA.....                                                                                                                                                      | 10     |                                                                                  |        |
| GILENYA, CÁPSULAS ORALES, 0.5 MG.....                                                                                                                             | 27     |                                                                                  |        |



# Índice de medicamentos cubiertos

| MEDICAMENTO                                                                                                                    | PÁGINA | MEDICAMENTO                                                                                                 | PÁGINA |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|
| <b>H</b>                                                                                                                       |        |                                                                                                             |        |
| HAEGARDA .....                                                                                                                 | 60     | HIDROCODONA-ACETAMINOFENO,<br>SOLUCIÓN ORAL, 7.5-325 MG/15 ML .....                                         | 28     |
| HAILEY .....                                                                                                                   | 56     | HIDROCODONA-IBUPROFENO .....                                                                                | 28     |
| HAILEY 24 FE. ....                                                                                                             | 56     | HIDROCORTISONA-ÁCIDO ACÉTICO .....                                                                          | 45     |
| HAILEY FE 1.5/30 (28) .....                                                                                                    | 56     | HIDROCORTISONA, CREMA TÓPICA, 1%, 2.5% .....                                                                | 43     |
| HAILEY FE 1/20 (28) .....                                                                                                      | 56     | HIDROCORTISONA, CREMA TÓPICA CON<br>APLICADOR PERINEAL, 1% .....                                            | 43     |
| HALAVEN .....                                                                                                                  | 19     | HIDROCORTISONA, CREMA TÓPICA CON<br>APLICADOR PERINEAL, 2.5% .....                                          | 51     |
| HALOPERIDOL, COMPRIMIDOS ORALES,<br>0.5 MG, 1 MG, 2 MG, 5 MG .....                                                             | 32     | HIDROCORTISONA, LOCIÓN TÓPICA, 2.5% .....                                                                   | 43     |
| HALOPERIDOL, COMPRIMIDOS ORALES,<br>10 MG, 20 MG .....                                                                         | 32     | HIDROCORTISONA ORAL .....                                                                                   | 45     |
| HARVONI, COMPRIMIDOS ORALES, 45-200 MG .....                                                                                   | 10     | HIDROCORTISONA, POMADA TÓPICA, 1%, 2.5% .....                                                               | 43     |
| HARVONI, COMPRIMIDOS ORALES, 90-400 MG .....                                                                                   | 10     | HIDROCORTISONA RECTAL .....                                                                                 | 51     |
| HARVONI, PÍLDORAS DE ADMINISTRACIÓN<br>ORAL EN PAQUETES, 33.75-150 MG .....                                                    | 10     | HIDROMORFONA, COMPRIMIDOS ORALES .....                                                                      | 28     |
| HARVONI, PÍLDORAS DE ADMINISTRACIÓN<br>ORAL EN PAQUETES, 45-200 MG .....                                                       | 10     | HIDROMORFONA, LÍQUIDO ORAL .....                                                                            | 28     |
| HAVRIX (PF) .....                                                                                                              | 53     | HIDROXICLOROQUINA, COMPRIMIDOS<br>ORALES, 200 MG .....                                                      | 14     |
| HEATHER .....                                                                                                                  | 55     | HIDROXIUREA .....                                                                                           | 19     |
| HEPARINA (PORCINA) EN DEXT. AL 5% .....                                                                                        | 38     | HIPURATO DE METENAMINA .....                                                                                | 16     |
| HEPARINA (PORCINA) EN NACL AL 0.45%,<br>SOLUCIÓN PARENTERAL, INTRAVENOSA,<br>25,000 UNIDADES/250 ML, 25,000 UNIDADES/500 ML .. | 38     | HIZENTRA .....                                                                                              | 53     |
| HEPARINA (PORCINA) EN NACL (PF) .....                                                                                          | 38     | HUMALOG JUNIOR KWIKPEN U-100 .....                                                                          | 46     |
| HEPARINA, PORCINA (PF), JERINGA INYECTABLE .....                                                                               | 38     | HUMALOG KWIKPEN, INSULINA .....                                                                             | 46     |
| HEPARINA (PORCINA), SOLUCIÓN INYECTABLE .....                                                                                  | 38     | HUMALOG MIX 50-50, INSULINA U-100 .....                                                                     | 46     |
| HEPARIN (PORCINA), JERINGA INYECTABLE, 5,000<br>UNIDADES/ML .....                                                              | 38     | HUMALOG MIX 50-50 KWIKPEN .....                                                                             | 46     |
| HETLIOZ .....                                                                                                                  | 32     | HUMALOG MIX 75-25 KWIKPEN .....                                                                             | 46     |
| HIBERIX (PF) .....                                                                                                             | 53     | HUMALOG MIX 75-25 (U-100), INSULINA .....                                                                   | 46     |
| HICLATO DE DOXICICLINA, CÁPSULAS ORALES .....                                                                                  | 16     | HUMALOG U-100, INSULINA .....                                                                               | 46     |
| HICLATO DE DOXICICLINA,<br>COMPRIMIDOS ORALES, 20 MG .....                                                                     | 16     | HUMIRA (CF), KIT DE JERINGA SUBCUTÁNEA,<br>10 MG/0.1 ML, 20 MG/0.2 ML .....                                 | 54     |
| HICLATO DE DOXICICLINA,<br>COMPRIMIDOS ORALES, 100 MG .....                                                                    | 16     | HUMIRA (CF), KIT DE JERINGA SUBCUTÁNEA,<br>40 MG/0.4 ML .....                                               | 54     |
| HICLATO DE DOXICICLINA INTRAVENOSO .....                                                                                       | 16     | HUMIRA (CF) PEDI CROHNS, PAQUETE INICIAL,<br>KIT DE JERINGA SUBCUTÁNEA, 80 MG/0.8 ML .....                  | 54     |
| HIDRALAZINA INYECTABLE .....                                                                                                   | 37     | HUMIRA (CF) PEDI CROHNS, PAQUETE INICIAL,<br>KIT DE JERINGA SUBCUTÁNEA, 80 MG/<br>0.8 ML-40 MG/0.4 ML ..... | 54     |
| HIDRALAZINA ORAL .....                                                                                                         | 37     | HUMIRA (CF) PEN CROHNS-UC-HS .....                                                                          | 54     |
| HIDROCLOROTIAZIDA .....                                                                                                        | 37     | HUMIRA (CF) PEN, KIT DE INYECTOR<br>SUBCUTÁNEO, 40 MG/0.4 ML .....                                          | 54     |
| HIDROCODONA-ACETAMINOFENO, COMPRIMIDOS<br>ORALES, 10-325 MG, 5-325 MG, 7.5-325 MG .....                                        | 28     | HUMIRA (CF) PEN, KIT DE LAPICERA PARA<br>INYECCIÓN SUBCUTÁNEA, 80 MG/0.8 ML .....                           | 54     |
|                                                                                                                                |        | HUMIRA (CF) PEN PEDIATRIC UC .....                                                                          | 54     |

# Índice de medicamentos cubiertos

| MEDICAMENTO                                                                  | PÁGINA | MEDICAMENTO                                                                                                     | PÁGINA |
|------------------------------------------------------------------------------|--------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|
| HUMIRA (CF) PEN PSOR-UV-ADOL HS.....                                         | 54     | IMIQUIMOD, CREMA TÓPICA EN PAQUETE, 5%.....                                                                     | 40     |
| HUMIRA, KIT DE JERINGA SUBCUTÁNEA,<br>40 MG/0.8 ML.....                      | 54     | IMOVAX (PF), VACUNA ANTIRRÁBICA.....                                                                            | 53     |
| HUMIRA PEN.....                                                              | 54     | INCASSIA.....                                                                                                   | 55     |
| HUMIRA PEN CROHNS-UC-HS, PAQUETE INICIAL.....                                | 54     | INCRELEX.....                                                                                                   | 44     |
| HUMIRA PEN PSOR-UEITS-ADOL HS.....                                           | 54     | INCRUSE ELLIPTA.....                                                                                            | 60     |
| HUMULIN 70/30 U-100, INSULINA.....                                           | 46     | INDAPAMIDA.....                                                                                                 | 37     |
| HUMULIN 70/30 U-100 KWIKPEN.....                                             | 46     | INFANRIX (DTAP) (PF), JERINGA INTRAMUSCULAR.....                                                                | 53     |
| HUMULIN N NPH, INSULINA KWIKPEN.....                                         | 46     | INFLECTRA.....                                                                                                  | 51     |
| HUMULIN N NPH U-100, INSULINA.....                                           | 46     | INFUGEM.....                                                                                                    | 19     |
| HUMULIN R REGULAR U-100, INSULINA.....                                       | 46     | INFUMORPH P/F.....                                                                                              | 28     |
| HUMULIN R U-500 (CONC) INSULINA.....                                         | 46     | INGREZZA.....                                                                                                   | 27     |
| HUMULIN R U-500 (CONC) KWIKPEN.....                                          | 46     | INGREZZA, PAQUETE DE INICIACIÓN.....                                                                            | 27     |
| HYDROCODONE-ACETAMINOPHEN,<br>COMPRIMIDOS ORALES, 10-300 MG, 7.5-300 MG..... | 28     | INLYTA, COMPRIMIDOS ORALES, 1 MG.....                                                                           | 19     |
|                                                                              |        | INLYTA, COMPRIMIDOS ORALES, 5 MG.....                                                                           | 19     |
|                                                                              |        | INQOVI.....                                                                                                     | 19     |
|                                                                              |        | INREBIC.....                                                                                                    | 19     |
|                                                                              |        | INSULINA, AGUJA PARA LAPICERA.....                                                                              | 47     |
|                                                                              |        | INSULIN LISPRO.....                                                                                             | 46     |
|                                                                              |        | INSULIN LISPRO PROTAMIN-LISPRO.....                                                                             | 47     |
|                                                                              |        | INTELENCE, COMPRIMIDOS ORALES, 25 MG.....                                                                       | 10     |
|                                                                              |        | INTELENCE, COMPRIMIDOS ORALES,<br>100 MG, 200 MG.....                                                           | 10     |
|                                                                              |        | INTRALIPID, EMULSIÓN INTRAVENOSA, 20%, 30%.....                                                                 | 63     |
|                                                                              |        | INTRON A, SOL. PARA RECONST. INYECT.,<br>10 MILLONES DE UNIDADES (1 ML),<br>50 MILLONES DE UNIDADES (1 ML)..... | 52     |
|                                                                              |        | INTROVALE.....                                                                                                  | 56     |
|                                                                              |        | INVEGA HAFYERA, JERINGA INTRAMUSCULAR,<br>1,092 MG/3.5 ML.....                                                  | 32     |
|                                                                              |        | INVEGA HAFYERA, JERINGA INTRAMUSCULAR,<br>1,560 MG/5 ML.....                                                    | 32     |
|                                                                              |        | INVEGA SUSTENNA, JERINGA INTRAMUSCULAR,<br>39 MG/0.25 ML.....                                                   | 33     |
|                                                                              |        | INVEGA SUSTENNA, JERINGA INTRAMUSCULAR,<br>78 MG/0.5 ML.....                                                    | 33     |
|                                                                              |        | INVEGA SUSTENNA, JERINGA INTRAMUSCULAR,<br>117 MG/0.75 ML.....                                                  | 32     |
|                                                                              |        | INVEGA SUSTENNA, JERINGA INTRAMUSCULAR,<br>156 MG/ML.....                                                       | 33     |
| IBANDRONATO ORAL.....                                                        | 54     |                                                                                                                 |        |
| IBRANCE.....                                                                 | 19     |                                                                                                                 |        |
| IBU.....                                                                     | 29     |                                                                                                                 |        |
| IBUPROFENO, COMPRIMIDOS ORALES,<br>400 MG, 600 MG, 800 MG.....               | 29     |                                                                                                                 |        |
| IBUPROFENO, SUSPENSIÓN ORAL.....                                             | 29     |                                                                                                                 |        |
| ICATIBANTO.....                                                              | 60     |                                                                                                                 |        |
| ICLEVIA.....                                                                 | 56     |                                                                                                                 |        |
| ICLUSIG.....                                                                 | 19     |                                                                                                                 |        |
| IDARRUBICINA.....                                                            | 19     |                                                                                                                 |        |
| IDHIFA.....                                                                  | 19     |                                                                                                                 |        |
| IFOSFAMIDA.....                                                              | 19     |                                                                                                                 |        |
| IMATINIB, COMPRIMIDOS ORALES, 100 MG.....                                    | 19     |                                                                                                                 |        |
| IMATINIB, COMPRIMIDOS ORALES, 400 MG.....                                    | 19     |                                                                                                                 |        |
| IMBRUVICA, CÁPSULAS ORALES, 70 MG.....                                       | 19     |                                                                                                                 |        |
| IMBRUVICA, CÁPSULAS ORALES, 140 MG.....                                      | 19     |                                                                                                                 |        |
| IMBRUVICA, COMPRIMIDOS ORALES.....                                           | 19     |                                                                                                                 |        |
| IMBRUVICA, SUSPENSIÓN ORAL.....                                              | 19     |                                                                                                                 |        |
| IMFINZI.....                                                                 | 19     |                                                                                                                 |        |
| IMIPENEM-CILASTATINA.....                                                    | 14     |                                                                                                                 |        |
| IMIQUIMOD, CREMA TÓPICA EN BOMBA CON<br>DOSIS MEDIDAS.....                   | 40     |                                                                                                                 |        |
| IMIQUIMOD, CREMA TÓPICA EN PAQUETE, 3.75%.....                               | 40     |                                                                                                                 |        |

# Índice de medicamentos cubiertos

| MEDICAMENTO                                                | PÁGINA | MEDICAMENTO                                                                                                     | PÁGINA |
|------------------------------------------------------------|--------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|
| INVEGA SUSTENNA, JERINGA INTRAMUSCULAR, 234 MG/1.5 ML      | 33     | IXEMPRA                                                                                                         | 19     |
| INVEGA TRINZA, JERINGA INTRAMUSCULAR, 273 MG/0.88 ML       | 33     | IXIARO (PF)                                                                                                     | 53     |
| INVEGA TRINZA, JERINGA INTRAMUSCULAR, 410 MG/1.32 ML       | 33     | <b>J</b>                                                                                                        |        |
| INVEGA TRINZA, JERINGA INTRAMUSCULAR, 546 MG/1.75 ML       | 33     | JAIMESS                                                                                                         | 56     |
| INVEGA TRINZA, JERINGA INTRAMUSCULAR, 819 MG/2.63 ML       | 33     | JAKAFI                                                                                                          | 19     |
| INVELTYS                                                   | 59     | JANTOVEN                                                                                                        | 38     |
| INVIRASE, COMPRIMIDOS ORALES                               | 10     | JANUMET                                                                                                         | 47     |
| INVOKAMET                                                  | 47     | JANUMET XR, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA, MULTIFÁSICA, 24 HORAS, 50-1,000 MG, 50-500 MG            | 47     |
| INVOKAMET XR                                               | 47     | JANUMET XR, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA, MULTIFÁSICA, 24 HORAS, 100-1,000 MG                      | 47     |
| INVOKANA                                                   | 47     | JANUVIA                                                                                                         | 47     |
| IPOLE                                                      | 53     | JARDIANCE                                                                                                       | 47     |
| IPRATROPIO-ALBUTEROL                                       | 60     | JASMIEL (28)                                                                                                    | 56     |
| IRBESARTÁN                                                 | 37     | JEMPERLI                                                                                                        | 19     |
| IRBESARTÁN-HIDROCLOROTIAZIDA                               | 37     | JENCYCLA                                                                                                        | 55     |
| IRESSA                                                     | 19     | JENTADUETO                                                                                                      | 47     |
| IRINOTECÁN                                                 | 19     | JENTADUETO XR, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN INMEDIATA-LIBERACIÓN PROLONGADA, BIFÁSICA, 24 HORAS, 2.5-1,000 MG | 47     |
| IRRIGACIÓN DE SOLUCIÓN DE LACTATO SÓDICO COMPUESTA         | 43     | JENTADUETO XR, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN INMEDIATA-LIBERACIÓN PROLONGADA, BIFÁSICA, 24 HORAS, 5-1,000 MG   | 47     |
| IRRIGACIÓN DE SOLUCIÓN DE LACTATO SÓDICO COMPUESTA         | 43     | JERINGA PARA INSULINA (DES.), U-100 0.3 ML, 1 ML, 1/2 ML                                                        | 47     |
| ISENTRESS, COMPRIMIDOS ORALES                              | 10     | JEVTANA                                                                                                         | 19     |
| ISENTRESS, COMPRIMIDOS ORALES MASTICABLES, 25 MG           | 10     | JOLESSA                                                                                                         | 56     |
| ISENTRESS, COMPRIMIDOS ORALES MASTICABLES, 100 MG          | 10     | JULEBER                                                                                                         | 56     |
| ISENTRESS, DE DOSIS ALTA                                   | 10     | JULUCA                                                                                                          | 10     |
| ISENTRESS, PAQUETE DE POLVO ORAL                           | 10     | JUNEL 1.5/30 (21)                                                                                               | 56     |
| ISIBLOOM                                                   | 56     | JUNEL 1/20 (21)                                                                                                 | 56     |
| ISONIAZIDA, COMPRIMIDOS ORALES                             | 14     | JUNEL FE 1.5/30 (28)                                                                                            | 56     |
| ISONIAZIDA, SOLUCIÓN ORAL                                  | 14     | JUNEL FE 1/20 (28)                                                                                              | 56     |
| ISOSORBIDA-HIDRALAZINA                                     | 40     | JUNEL FE 24                                                                                                     | 56     |
| ISOTRETINOÍNA, CÁPSULAS ORALES, 10 MG, 20 MG, 30 MG, 40 MG | 41     | <b>K</b>                                                                                                        |        |
| ISRADIPINA                                                 | 37     | KABIVEN                                                                                                         | 63     |
| ITRACONAZOL, CÁPSULAS ORALES                               | 9      | KADCYLA                                                                                                         | 19     |
| ITRACONAZOL, SOLUCIÓN ORAL                                 | 9      |                                                                                                                 |        |
| IVERMECTINA ORAL                                           | 14     |                                                                                                                 |        |

# Índice de medicamentos cubiertos

| MEDICAMENTO                                                                          | PÁGINA | MEDICAMENTO                                                               | PÁGINA |
|--------------------------------------------------------------------------------------|--------|---------------------------------------------------------------------------|--------|
| KAITLIB FE .....                                                                     | 56     | <b>L</b>                                                                  |        |
| KALETRA, COMPRIMIDOS ORALES, 100-25 MG .....                                         | 10     | LABETALOL ORAL .....                                                      | 37     |
| KALETRA, COMPRIMIDOS ORALES, 200-50 MG .....                                         | 10     | LACOSAMIDA, COMPRIMIDOS ORALES, 50 MG .....                               | 24     |
| KALLIGA .....                                                                        | 56     | LACOSAMIDA, COMPRIMIDOS ORALES,<br>100 MG, 150 MG, 200 MG .....           | 24     |
| KALYDECO, COMPRIMIDOS ORALES .....                                                   | 61     | LACOSAMIDA INTRAVENOSA .....                                              | 24     |
| KALYDECO, PAQUETE DE GRÁNULOS ORALES .....                                           | 60     | LACOSAMIDA, SOLUCIÓN ORAL .....                                           | 24     |
| KARIVA (28) .....                                                                    | 56     | LACRISERT .....                                                           | 58     |
| KELNOR 1/35 (28) .....                                                               | 56     | LACTATO DE AMONIO .....                                                   | 40     |
| KELNOR 1-50 (28) .....                                                               | 56     | LACTATO DE HALOPERIDOL INYECTABLE .....                                   | 32     |
| KERENDIA .....                                                                       | 37     | LACTATO DE HALOPERIDOL ORAL .....                                         | 32     |
| KETOCONAZOL, CHAMPÚ TÓPICO .....                                                     | 42     | LACTULOSA, SOLUCIÓN ORAL .....                                            | 51     |
| KETOCONAZOL, CREMA TÓPICA .....                                                      | 42     | LAMIVUDINA, COMPRIMIDOS ORALES,<br>100 MG, 300 MG .....                   | 10     |
| KETOCONAZOL ORAL .....                                                               | 9      | LAMIVUDINA, COMPRIMIDOS ORALES, 150 MG .....                              | 10     |
| KETOROLACO OFTÁLMICO (OJOS) .....                                                    | 58     | LAMIVUDINA, SOLUCIÓN ORAL .....                                           | 10     |
| KEYTRUDA .....                                                                       | 19     | LAMIVUDINA-ZIDOVUDINA .....                                               | 10     |
| KIMMTRAK .....                                                                       | 19     | LAMOTRIGINA, COMPRIMIDOS DE<br>DESINTEGRACIÓN ORAL .....                  | 25     |
| KINRIX (PF), JERINGA INTRAMUSCULAR .....                                             | 53     | LAMOTRIGINA, COMPRIMIDOS ORALES .....                                     | 25     |
| KISQALI .....                                                                        | 19     | LAMOTRIGINA, COMPRIMIDOS ORALES,<br>LIBERACIÓN PROLONGADA, 24 HORAS ..... | 25     |
| KISQALI FEMARA CO-PACK, COMPRIMIDOS<br>ORALES, 200 MG/DÍA (200 MG X 1), 2.5 MG ..... | 19     | LAMOTRIGINA, COMPRIMIDOS ORALES<br>MASTICABLES DISPERSABLES .....         | 25     |
| KISQALI FEMARA CO-PACK, COMPRIMIDOS<br>ORALES, 400 MG/DÍA (200 MG X 2), 2.5 MG ..... | 19     | LANOXIN, COMPRIMIDOS ORALES,<br>62.5 MCG (0.0625 MG) .....                | 39     |
| KISQALI FEMARA CO-PACK, COMPRIMIDOS<br>ORALES, 600 MG/DÍA (200 MG X 3), 2.5 MG ..... | 19     | LANOXIN, PEDIÁTRICO .....                                                 | 40     |
| KLISYRI .....                                                                        | 19     | LANSOPRAZOL, CÁPSULAS ORALES, LIBERACIÓN<br>RETARDADA (DR/EC) .....       | 52     |
| KLOR-CON .....                                                                       | 62     | LANTUS SOLOSTAR U-100, INSULINA .....                                     | 47     |
| KLOR-CON 8 .....                                                                     | 62     | LANTUS U-100, INSULINA .....                                              | 47     |
| KLOR-CON 10 .....                                                                    | 62     | LAPATINIB .....                                                           | 19     |
| KLOR-CON M10 .....                                                                   | 62     | LARIN 1.5/30 (21) .....                                                   | 56     |
| KLOR-CON M15 .....                                                                   | 62     | LARIN 1/20 (21) .....                                                     | 56     |
| KLOR-CON M20 .....                                                                   | 62     | LARIN 24 FE .....                                                         | 56     |
| KLOXXADO .....                                                                       | 29     | LARIN FE 1.5/30 (28) .....                                                | 56     |
| KORLYM .....                                                                         | 49     | LARIN FE 1/20 (28) .....                                                  | 56     |
| K-PHOS ORIGINAL .....                                                                | 62     | LATANOPROST .....                                                         | 59     |
| KURVELO (28) .....                                                                   | 56     | LATUDA, COMPRIMIDOS ORALES, 80 MG .....                                   | 33     |
| KUVAN .....                                                                          | 49     | LATUDA, COMPRIMIDOS ORALES,<br>120 MG, 20 MG, 40 MG, 60 MG .....          | 33     |
| KYNMOBI, PELÍCULA SUBLINGUAL,<br>10 MG, 15 MG, 20 MG, 25 MG, 30 MG .....             | 26     |                                                                           |        |
| KYPROLIS .....                                                                       | 19     |                                                                           |        |

# Índice de medicamentos cubiertos

| MEDICAMENTO                                                                                                                   | PÁGINA | MEDICAMENTO                                                                                                 | PÁGINA |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|
| LAYOLIS FE .....                                                                                                              | 56     | LEVORA-28.....                                                                                              | 56     |
| LEENA 28.....                                                                                                                 | 56     | LEVO-T.....                                                                                                 | 50     |
| LEFLUNOMIDA .....                                                                                                             | 54     | LEVOTIROXINA, COMPRIMIDOS ORALES .....                                                                      | 50     |
| LENALIDOMIDA, CÁPSULAS ORALES, 2.5 MG .....                                                                                   | 19     | LEVOXYL, COMPRIMIDOS ORALES,<br>100 MCG, 112 MCG, 175 MCG. ....                                             | 50     |
| LENALIDOMIDA, CÁPSULAS ORALES,<br>10 MG, 15 MG, 25 MG, 5 MG .....                                                             | 19     | LEVOXYL, COMPRIMIDOS ORALES, 125 MCG,<br>137 MCG, 150 MCG, 200 MCG, 25 MCG, 50 MCG,<br>75 MCG, 88 MCG ..... | 50     |
| LENALIDOMIDA, CÁPSULAS ORALES, 20 MG.....                                                                                     | 20     | LEXIVA, SUSPENSIÓN ORAL .....                                                                               | 10     |
| LENVIMA, CÁPSULAS ORALES, 10 MG/DÍA<br>(10 MG X 1), 4 MG .....                                                                | 20     | LIBTAYO.....                                                                                                | 20     |
| LENVIMA, CÁPSULAS ORALES, 12 MG/DÍA<br>(4 MG X 3), 18 MG/DÍA (10 MG X 1-4 MG X 2),<br>24 MG/DÍA (10 MG X 2-4 MG X 1).....     | 20     | LIDOCAÍNA, PARCHE ADHESIVO TÓPICO,<br>MEDICADO, 5%.....                                                     | 40     |
| LENVIMA, CÁPSULAS ORALES, 14 MG/DÍA<br>(10 MG X 1-4 MG X 1), 20 MG/DÍA (10 MG X 2),<br>8 MG/DÍA (4 MG X 2) .....              | 20     | LIDOCAÍNA (PF), INTRAVENOSA.....                                                                            | 35     |
| LESSINA .....                                                                                                                 | 56     | LIDOCAÍNA (PF), SOLUCIÓN INYECTABLE .....                                                                   | 40     |
| LETROZOL .....                                                                                                                | 20     | LIDOCAÍNA, POMADA TÓPICA .....                                                                              | 40     |
| LEUCOVORINA CÁLCICA, INYECTABLE.....                                                                                          | 16     | LIDOCAÍNA-PRILOCAÍNA, CREMA TÓPICA.....                                                                     | 41     |
| LEUCOVORINA CÁLCICA ORAL.....                                                                                                 | 16     | LIDOCAÍNA VISCOSA .....                                                                                     | 41     |
| LEUKERAN .....                                                                                                                | 20     | LINCOMICINA .....                                                                                           | 14     |
| LEUKINE, SOL. PARA RECONST. INYECTABLE.....                                                                                   | 52     | LINDANO, CHAMPÚ TÓPICO.....                                                                                 | 43     |
| LEUPROLIDA SUBCUTÁNEA, KIT .....                                                                                              | 20     | LINEZOLIDA-CLORURO DE SODIO AL 0.9%.....                                                                    | 14     |
| LEVEMIR FLEXTOUCH U-100, INSULINA.....                                                                                        | 47     | LINEZOLIDA, COMPRIMIDOS ORALES .....                                                                        | 14     |
| LEVEMIR U-100, INSULINA .....                                                                                                 | 47     | LINEZOLIDA EN DEXTROSA AL 5% .....                                                                          | 14     |
| LEVETIRACETAM EN NACL (ISO-OSM.), INFUSIÓN<br>SECUNDARIA INTRAVENOSA, 1,000 MG/100 ML,<br>1,500 MG/100 ML, 500 MG/100 ML..... | 25     | LINEZOLIDA, SUSPENSIÓN ORAL PARA<br>RECONSTITUCIÓN .....                                                    | 14     |
| LEVETIRACETAM INTRAVENOSO.....                                                                                                | 25     | LINZESS.....                                                                                                | 51     |
| LEVETIRACETAM ORAL .....                                                                                                      | 25     | LIOTIRONINA ORAL .....                                                                                      | 50     |
| LEVOBUNOLOL, GOTAS OFTÁLMICAS (OJOS), 0.5% ..                                                                                 | 58     | LISINOPRIL.....                                                                                             | 37     |
| LEVOCARNITINA, COMPRIMIDOS ORALES.....                                                                                        | 44     | LISINOPRIL-HIDROCLOROTIAZIDA .....                                                                          | 37     |
| LEVOCARNITINA (CON AZÚCAR) .....                                                                                              | 44     | LIVALO .....                                                                                                | 39     |
| LEVOCARNITINA, SOLUCIÓN ORAL, 100 MG/ML.....                                                                                  | 44     | L NORGEST/E.ESTRADIOL-E.ESTRAD.....                                                                         | 56     |
| LEVOCETIRIZINA, COMPRIMIDOS ORALES.....                                                                                       | 59     | LOJAIMIESS.....                                                                                             | 56     |
| LEVOCETIRIZINA, SOLUCIÓN ORAL .....                                                                                           | 59     | LOKELMA .....                                                                                               | 44     |
| LEVOFLOXACINA, COMPRIMIDOS ORALES .....                                                                                       | 15     | LONSURF, COMPRIMIDOS ORALES, 15-6.14 MG.....                                                                | 20     |
| LEVOFLOXACINA EN D5W.....                                                                                                     | 15     | LONSURF, COMPRIMIDOS ORALES, 20-8.19 MG.....                                                                | 20     |
| LEVOFLOXACINA INTRAVENOSA.....                                                                                                | 15     | LOPERAMIDA, CÁPSULAS ORALES .....                                                                           | 50     |
| LEVOFLOXACINA, SOLUCIÓN ORAL.....                                                                                             | 15     | LOPINAVIR-RITONAVIR, COMPRIMIDOS<br>ORALES, 100-25 MG.....                                                  | 10     |
| LEVONEST (28).....                                                                                                            | 56     | LOPINAVIR-RITONAVIR, COMPRIMIDOS<br>ORALES, 200-50 MG.....                                                  | 10     |
| LEVONORGESTREL-ETINILESTRADIOL .....                                                                                          | 56     | LOPINAVIR-RITONAVIR, SOLUCIÓN ORAL .....                                                                    | 10     |
| LEVONORG-ETETINILESTRADIOL TRIFÁSICO.....                                                                                     | 56     | LORAZEPAM, COMPRIMIDOS ORALES,<br>0.5 MG, 1 MG .....                                                        | 33     |



# Índice de medicamentos cubiertos

| MEDICAMENTO                                    | PÁGINA | MEDICAMENTO                                    | PÁGINA |
|------------------------------------------------|--------|------------------------------------------------|--------|
| LORAZEPAM, COMPRIMIDOS ORALES, 2 MG.....       | 33     | LYUMJEV U-100, INSULINA.....                   | 47     |
| LORAZEPAM, CONCENTRADO ORAL.....               | 33     | LYZA.....                                      | 55     |
| LORAZEPAM, INTENSOL.....                       | 33     |                                                |        |
| LORAZEPAM, JERINGA INYECTABLE, 2 MG/ML.....    | 33     | <b>M</b>                                       |        |
| LORAZEPAM, JERINGA ORAL.....                   | 33     | MALATIÓN.....                                  | 43     |
| LORAZEPAM, SOLUCIÓN INYECTABLE.....            | 33     | MALEATO DE ASENAPINA, COMPRIMIDOS              |        |
| LORBRENA, COMPRIMIDOS ORALES, 25 MG.....       | 20     | SUBLINGUALES, 5 MG.....                        | 30     |
| LORBRENA, COMPRIMIDOS ORALES, 100 MG.....      | 20     | MALEATO DE ASENAPINA, COMPRIMIDOS              |        |
| LORYNA (28).....                               | 56     | SUBLINGUALES, 10 MG, 2.5 MG.....               | 30     |
| LOSARTÁN.....                                  | 37     | MALEATO DE ENALAPRIL, COMPRIMIDOS ORALES...    | 36     |
| LOSARTÁN-HIDROCLOROTIAZIDA,                    |        | MALEATO DE PROCLORPERAZINA ORAL.....           | 51     |
| COMPRIMIDOS ORALES, 50-12.5 MG.....            | 37     | MALEATO DE TIMOLOL, GOTAS                      |        |
| LOSARTÁN-HIDROCLOROTIAZIDA,                    |        | OFTÁLMICAS (OJOS).....                         | 58     |
| COMPRIMIDOS ORALES, 100-12.5 MG, 100-25 MG.... | 37     | MALEATO DE TIMOLOL ORAL.....                   | 38     |
| LOTEMAX.....                                   | 59     | MARAVIROC, COMPRIMIDOS ORALES, 150 MG.....     | 10     |
| LOTEMAX SM.....                                | 59     | MARAVIROC, COMPRIMIDOS ORALES, 300 MG.....     | 10     |
| LOVASTATINA, COMPRIMIDOS ORALES, 10 MG.....    | 39     | MARGENZA.....                                  | 20     |
| LOVASTATINA, COMPRIMIDOS ORALES,               |        | MARLISSA (28).....                             | 57     |
| 20 MG, 40 MG.....                              | 39     | MARPLAN.....                                   | 33     |
| LOW-OGESTREL (28).....                         | 56     | MARQIBO.....                                   | 20     |
| LO-ZUMANDIMINE (28).....                       | 56     | MATULANE.....                                  | 20     |
| LUMAKRAS.....                                  | 20     | MATZIM LA.....                                 | 37     |
| LUMIGAN, GOTAS OFTÁLMICAS (OJOS), 0.01%.....   | 59     | MAVYRET, COMPRIMIDOS ORALES.....               | 11     |
| LUMIZYME.....                                  | 49     | MAVYRET, PÍLDORAS DE ADMINISTRACIÓN            |        |
| LUMOXITI.....                                  | 20     | ORAL EN PAQUETES.....                          | 10     |
| LUPRON DEPOT.....                              | 20     | MECLIZINA, COMPRIMIDOS ORALES,                 |        |
| LUPRON DEPOT (3 MESES).....                    | 20     | 12.5 MG, 25 MG.....                            | 51     |
| LUPRON DEPOT (4 MESES).....                    | 20     | MEDROL, COMPRIMIDOS ORALES, 2 MG.....          | 45     |
| LUPRON DEPOT (6 MESES).....                    | 20     | MEDROXIPROGESTERONA INTRAMUSCULAR.....         | 55     |
| LUPRON DEPOT-PED.....                          | 20     | MEDROXIPROGESTERONA ORAL.....                  | 55     |
| LUPRON DEPOT-PED (3 MESES).....                | 20     | MEFLOQUINA.....                                | 14     |
| LUPRON DEPOT-PED (3 MESES), KIT CON            |        | MEGESTROL, COMPRIMIDOS ORALES.....             | 20     |
| JERINGA INTRAMUSCULAR, 11.25 MG.....           | 20     | MEGESTROL, SUSPENSIÓN ORAL, 400 MG/10 ML       |        |
| LUPRON DEPOT-PED (3 MESES), KIT CON            |        | (10 ML), 400 MG/10 ML (40 MG/ML), 800 MG/20 ML |        |
| JERINGA INTRAMUSCULAR, 30 MG.....              | 20     | (20 ML).....                                   | 20     |
| LUTERA (28).....                               | 57     | MEKINIST, COMPRIMIDOS ORALES, 0.5 MG.....      | 20     |
| LYBALVI.....                                   | 33     | MEKINIST, COMPRIMIDOS ORALES, 2 MG.....        | 20     |
| LYNPARZA.....                                  | 20     | MEKTOVI.....                                   | 20     |
| LYSODREN.....                                  | 20     | MELFALÁN.....                                  | 20     |
| LYUMJEV KWIKPEN U-100, INSULINA.....           | 47     | MELOXICAM, COMPRIMIDOS ORALES, 7.5 MG.....     | 29     |
| LYUMJEV KWIKPEN U-200, INSULINA.....           | 47     | MELOXICAM, COMPRIMIDOS ORALES, 15 MG.....      | 29     |

# Índice de medicamentos cubiertos

| MEDICAMENTO                                                                                               | PÁGINA | MEDICAMENTO                                                                                               | PÁGINA |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|
| MEMANTINA, CÁPSULAS ORALES CON GRÁNULOS, LIB. PROLONGADA, 24 HORAS.....                                   | 27     | METFORMINA, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA, 24 HORAS, 750 MG (GENÉRICO DE GLUCOPHAGE XR) ..... | 47     |
| MEMANTINA, COMPRIMIDOS ORALES, 5 MG.....                                                                  | 27     | METFORMIN, SOLUCIÓN ORAL.....                                                                             | 47     |
| MEMANTINA, COMPRIMIDOS ORALES, 10 MG.....                                                                 | 27     | METHYLPRED DP .....                                                                                       | 45     |
| MEMANTINA, COMPRIMIDOS ORALES, PAQUETE DOSIFICADO .....                                                   | 27     | METILDOPA .....                                                                                           | 37     |
| MEMANTINA, SOLUCIÓN ORAL.....                                                                             | 27     | METILPREDNISOLONA, COMPRIMIDOS ORALES.....                                                                | 45     |
| MENACTRA (PF), SOLUCIÓN INTRAMUSCULAR .....                                                               | 53     | METILPREDNISOLONA, COMPRIMIDOS ORALES, PAQUETE DOSIFICADO .....                                           | 45     |
| MENOSTAR .....                                                                                            | 55     | METIMAZOL, COMPRIMIDOS ORALES, 10 MG, 5 MG... ..                                                          | 45     |
| MENQUADFI (PF).....                                                                                       | 53     | METIROSINA .....                                                                                          | 37     |
| MENVEO A-C-Y-W-135-DIP (PF).....                                                                          | 53     | METOCARBAMOL, COMPRIMIDOS ORALES, 500 MG, 750 MG .....                                                    | 28     |
| MERCAPTOPURINA .....                                                                                      | 20     | METOLAZONA.....                                                                                           | 37     |
| MEROPENEM .....                                                                                           | 14     | METOTREXATO SÓDICO INYECTABLE .....                                                                       | 20     |
| MEROPENEM-CLORURO DE SODIO AL 0.9% .....                                                                  | 14     | METOTREXATO SÓDICO ORAL.....                                                                              | 20     |
| MERZEE.....                                                                                               | 57     | METOTREXATO SÓDICO (PF) .....                                                                             | 20     |
| MESALAMINA, CÁPSULAS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA, 24 HORAS .....                                        | 51     | METOXALENO.....                                                                                           | 41     |
| MESALAMINA CON PAÑUELO LIMPIADOR.....                                                                     | 51     | METRO INTRAVENOSO.....                                                                                    | 14     |
| MESALAMINA, ENEMA RECTAL.....                                                                             | 51     | METRONIDAZOL, COMPRIMIDOS ORALES .....                                                                    | 14     |
| MESILATO DE ZIPRASIDONA.....                                                                              | 35     | METRONIDAZOL EN NACL (ISO-OSM.).....                                                                      | 14     |
| MESNA.....                                                                                                | 16     | METRONIDAZOL TÓPICO.....                                                                                  | 41     |
| MESNEX ORAL .....                                                                                         | 16     | METRONIDAZOL VAGINAL.....                                                                                 | 55     |
| METADATE, LIBERACIÓN PROLONGADA .....                                                                     | 33     | MEXILETINA.....                                                                                           | 35     |
| METADONA, COMPRIMIDOS ORALES, 5 MG .....                                                                  | 28     | MIACALCIN INYECTABLE .....                                                                                | 49     |
| METADONA, COMPRIMIDOS ORALES, 10 MG.....                                                                  | 28     | MICAFUNGINA .....                                                                                         | 9      |
| METADONA, CONCENTRADO ORAL .....                                                                          | 28     | MICOFENOLATO SÓDICO .....                                                                                 | 20     |
| METADONA, SOLUCIÓN INYECTABLE .....                                                                       | 28     | MICROGESTIN 1.5/30 (21) .....                                                                             | 57     |
| METADONA, SOLUCIÓN ORAL, 5 MG/5 ML.....                                                                   | 28     | MICROGESTIN 1/20 (21).....                                                                                | 57     |
| METADONA, SOLUCIÓN ORAL, 10 MG/5 ML .....                                                                 | 28     | MICROGESTIN FE 1.5/30 (28).....                                                                           | 57     |
| METAPROTERENOL, JARABE ORAL.....                                                                          | 61     | MICROGESTIN FE 1/20 (28).....                                                                             | 57     |
| METAZOLAMIDA.....                                                                                         | 59     | MIDODRINA .....                                                                                           | 44     |
| METFORMINA, COMPRIMIDOS ORALES, 1,000 MG ....                                                             | 47     | MIGERGOT.....                                                                                             | 26     |
| METFORMINA, COMPRIMIDOS ORALES, 500 MG .....                                                              | 47     | MIGLITOL, COMPRIMIDOS ORALES, 25 MG.....                                                                  | 47     |
| METFORMINA, COMPRIMIDOS ORALES, 850 MG .....                                                              | 47     | MIGLITOL, COMPRIMIDOS ORALES, 50 MG.....                                                                  | 47     |
| METFORMINA, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA, 24 HORAS, 1,000 MG ....                            | 47     | MIGLITOL, COMPRIMIDOS ORALES, 100 MG .....                                                                | 47     |
| METFORMINA, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA, 24 HORAS, 500 MG .....                             | 47     | MIGLUSTATO .....                                                                                          | 49     |
| METFORMINA, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA, 24 HORAS, 500 MG (GENÉRICO DE GLUCOPHAGE XR) ..... | 47     | MILI .....                                                                                                | 57     |
|                                                                                                           |        | MINOCICLINA, CÁPSULAS ORALES .....                                                                        | 16     |
|                                                                                                           |        | MINOCICLINA, COMPRIMIDOS ORALES .....                                                                     | 16     |
|                                                                                                           |        | MINOXIDIL ORAL .....                                                                                      | 37     |

## Índice de medicamentos cubiertos

| MEDICAMENTO                                                                                | PÁGINA | MEDICAMENTO                                                              | PÁGINA |
|--------------------------------------------------------------------------------------------|--------|--------------------------------------------------------------------------|--------|
| MIRTAZAPINA, COMPRIMIDOS DE DESINTEGRACIÓN ORAL.....                                       | 33     | MORFINA, JERINGA INTRAVENOSA, 2 MG/ML, 4 MG/ML.....                      | 29     |
| MIRTAZAPINA, COMPRIMIDOS ORALES .....                                                      | 33     | MORFINA (PF), SOLUCIÓN INYECTABLE, 0.5 MG/ML, 1 MG/ML.....               | 28     |
| MISOPROSTOL.....                                                                           | 52     | MORFINA, SOLUCIÓN INTRAVENOSA, 10 MG/ML, 4 MG/ML, 8 MG/ML .....          | 29     |
| MITIGARE .....                                                                             | 53     | MORFINA, SOLUCIÓN INYECTABLE, 8 MG/ML .....                              | 29     |
| MITOMICINA INTRAVENOSA.....                                                                | 20     | MORFINA, SOLUCIÓN ORAL.....                                              | 29     |
| MITOXANTRONA .....                                                                         | 20     | MORFINA, SOLUCIÓN ORAL CONCENTRADA .....                                 | 28     |
| M-M-R II (PF) .....                                                                        | 53     | MORPHINE, COMPRIMIDOS ORALES.....                                        | 29     |
| M-NATAL PLUS .....                                                                         | 64     | MORPHINE, JERINGA INTRAVENOSA, 10 MG/ML, 8 MG/ML .....                   | 29     |
| MODAFINIL, COMPRIMIDOS ORALES, 100 MG.....                                                 | 33     | MORPHINE, JERINGA INYECTABLE, 2 MG/ML, 4 MG/ML.....                      | 29     |
| MODAFINIL, COMPRIMIDOS ORALES, 200 MG.....                                                 | 33     | MORPHINE, SOLUCIÓN INYECTABLE, 10 MG/ML, 2 MG/ML, 4 MG/ML, 5 MG/ML ..... | 29     |
| MOEXIPRIL.....                                                                             | 37     | MOUNJARO .....                                                           | 47     |
| MOFETIL MICOFENOLATO, CÁPSULAS ORALES.....                                                 | 20     | MOVANTIK .....                                                           | 51     |
| MOFETIL MICOFENOLATO (CLORHIDRATO).....                                                    | 20     | MOXIFLOXACINA-ACETATO SÓDICO, SULFATO EN AGUA.....                       | 15     |
| MOFETIL MICOFENOLATO, COMPRIMIDOS ORALES ..                                                | 20     | MOXIFLOXACINA-CLORURO DE SODIO (ISO) .....                               | 15     |
| MOFETIL MICOFENOLATO, SUSPENSIÓN ORAL PARA RECONSTITUCIÓN .....                            | 20     | MOXIFLOXACINA OFTÁLMICA (OJOS) .....                                     | 58     |
| MOLINDONA .....                                                                            | 33     | MOXIFLOXACINA ORAL .....                                                 | 15     |
| MOMETASONA NASAL.....                                                                      | 61     | MOZOBIL.....                                                             | 52     |
| MOMETASONA TÓPICA.....                                                                     | 43     | MUPIROCINA.....                                                          | 41     |
| MONDOXYNE NL, CÁPSULAS ORALES, 100 MG .....                                                | 16     | MUPIROCINA CÁLCICA.....                                                  | 41     |
| MONJUVI.....                                                                               | 20     | MYLOTARG.....                                                            | 21     |
| MONOHIDRATO DE DOXICICLINA, CÁPSULAS ORALES, 100 MG, 50 MG .....                           | 16     | MYORISAN .....                                                           | 41     |
| MONOHIDRATO DE DOXICICLINA, CÁPSULAS ORALES, LIB. INMEDIATA-LIB. RETARDADA, BIFÁSICA ..... | 16     | MYRBETRIQ, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA, 24 HORAS.....      | 62     |
| MONOHIDRATO DE DOXICICLINA, COMPRIMIDOS ORALES .....                                       | 16     | N                                                                        |        |
| MONOHIDRATO DE DOXICICLINA, SUSPENSIÓN ORAL PARA RECONSTITUCIÓN.....                       | 16     | NABUMETONA .....                                                         | 29     |
| MONOHIDRATO DE NITROFURANTOÍNA/MACROCRIST.....                                             | 16     | NADOLOL .....                                                            | 37     |
| MONO-LINYAH .....                                                                          | 57     | NAFCILINA EN DEXTROSA, ISO-OSM. ....                                     | 15     |
| MONONITRATO DE ISOSORBIDA.....                                                             | 40     | NAFCILINA INYECTABLE.....                                                | 15     |
| MONTELUKAST, COMPRIMIDOS ORALES .....                                                      | 61     | NAFCILINA, SOL. PARA RECONST. INTRAVENOSA, 2 GRAMOS .....                | 15     |
| MONTELUKAST, COMPRIMIDOS ORALES MASTICABLES .....                                          | 61     | NAFTIFINA, CREMA TÓPICA.....                                             | 42     |
| MONTELUKAST, PAQUETE DE GRÁNULOS ORALES...                                                 | 61     | NAFTIN, GEL TÓPICO, 2% .....                                             | 42     |
| MORFINA, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA .....                                   | 29     | NAGLAZYME .....                                                          | 49     |

# Índice de medicamentos cubiertos

| MEDICAMENTO                                                             | PÁGINA | MEDICAMENTO                                                     | PÁGINA |
|-------------------------------------------------------------------------|--------|-----------------------------------------------------------------|--------|
| NALOXONA, JERINGA INYECTABLE, 1 MG/ML                                   | 29     | NEXAVAR                                                         | 21     |
| NALOXONA NASAL                                                          | 29     | NEXLETOL                                                        | 39     |
| NALOXONA, SOLUCIÓN INYECTABLE                                           | 29     | NEXLIZET                                                        | 39     |
| NALTREXONA                                                              | 29     | NIACINA, COMPRIMIDOS ORALES, 500 MG                             | 39     |
| NAMZARIC                                                                | 27     | NIACINA, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA, 24 HORAS    | 39     |
| NAPROXENO, COMPRIMIDOS ORALES                                           | 30     | NIACOR                                                          | 39     |
| NAPROXENO, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN RETARDADA (DR/EC)             | 30     | NICARDIPINA ORAL                                                | 37     |
| NAPROXENO SÓDICO, COMPRIMIDOS ORALES, 275 MG, 550 MG                    | 30     | NICARDIPINA, SOLUCIÓN INTRAVENOSA                               | 37     |
| NAPROXENO, SUSPENSIÓN ORAL                                              | 29     | NICOTROL                                                        | 44     |
| NARATRIPTÁN                                                             | 27     | NICOTROL NS                                                     | 44     |
| NARCAN                                                                  | 30     | NIFEDIPINA, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA           | 37     |
| NATACYN                                                                 | 58     | NIFEDIPINA, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA, 24 HORAS | 37     |
| NATEGLINIDA, COMPRIMIDOS ORALES, 60 MG                                  | 47     | NIKKI (28)                                                      | 57     |
| NATEGLINIDA, COMPRIMIDOS ORALES, 120 MG                                 | 47     | NILUTAMIDA                                                      | 21     |
| NATPARA                                                                 | 49     | NIMODIPINA                                                      | 37     |
| NAYZILAM                                                                | 25     | NINLARO                                                         | 21     |
| NEBIVOLOL                                                               | 37     | NIPENT                                                          | 21     |
| NECON 0.5/35 (28)                                                       | 57     | NISOLDIPINA                                                     | 37     |
| NEFAZODONA                                                              | 33     | NISTATINA, COMPRIMIDOS ORALES                                   | 9      |
| NELARABINA                                                              | 21     | NISTATINA, CREMA TÓPICA                                         | 42     |
| NEOMICINA                                                               | 14     | NISTATINA, POLVO TÓPICO                                         | 42     |
| NEOMICINA-BACITRACINA-POLIMIXINA                                        | 58     | NISTATINA, POMADA TÓPICA                                        | 42     |
| NEOMICINA-BACITRACINA-POLIMIXINA-HC                                     | 59     | NISTATINA, SUSPENSIÓN ORAL                                      | 9      |
| NEOMICINA-POLIMIXINA B-DEXAMETASONA                                     | 59     | NISTATINA-TRIAMCINOLONA                                         | 42     |
| NEOMICINA-POLIMIXINA B GU                                               | 43     | NITAZOXANIDE                                                    | 14     |
| NEOMICINA-POLIMIXINA-GRAMICIDINA                                        | 58     | NITISINONA                                                      | 44     |
| NEOMICINA-POLIMIXINA-HC OFTÁLMICA (OJOS)                                | 59     | NITROFURANTOÍNA                                                 | 16     |
| NEOMICINA-POLIMIXINA-HIDROCORTISONA ÓTICA (OÍDO)                        | 45     | NITROFURANTOÍNA, MACROCRISTALES                                 | 16     |
| NEO-POLYCIN                                                             | 58     | NITROGLICERINA INTRAVENOSA                                      | 40     |
| NEO-POLYCIN HC                                                          | 59     | NITROGLICERINA, PARCHE TRANSDÉRMICO, 24 HORAS                   | 40     |
| NERLYNX                                                                 | 21     | NITROGLICERINA SUBLINGUAL                                       | 40     |
| NEUPRO                                                                  | 26     | NITROGLICERINA, TRANSLINGUAL                                    | 40     |
| NEVIRAPINA, COMPRIMIDOS ORALES                                          | 11     | NIVESTYM                                                        | 52     |
| NEVIRAPINA, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA, 24 HORAS, 100 MG | 11     | NIZATIDINA, CÁPSULAS ORALES                                     | 52     |
| NEVIRAPINA, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA, 24 HORAS, 400 MG | 11     | NORA-BE                                                         | 55     |
| NEVIRAPINA, SUSPENSIÓN ORAL                                             | 11     | NORET-ETINILESTRADIOL/HIERRO                                    | 57     |

# Índice de medicamentos cubiertos

| MEDICAMENTO                                                                      | PÁGINA | MEDICAMENTO                                                  | PÁGINA |
|----------------------------------------------------------------------------------|--------|--------------------------------------------------------------|--------|
| NORETISTERONA AC-ETINILESTRADIOL, COMPRIMIDOS ORALES, 1-20 MG-MCG, 1.5-30 MG-MCG | 57     | OFEV                                                         | 61     |
| NORETISTERONA (ANTICONCEPTIVO)                                                   | 55     | OFLOXACINA OFTÁLMICA (OJOS)                                  | 58     |
| NORETISTERONA-ETINILESTRADIOL-HIERRO                                             | 57     | OFLOXACINA ÓTICA (OÍDOS)                                     | 45     |
| NORGESTIMATO-ETINILESTRADIOL                                                     | 57     | OLANZAPINA, COMPRIMIDOS DE DESINTEGRACIÓN ORAL, 10 MG, 5 MG  | 33     |
| NORTHERA, CÁPSULAS ORALES, 100 MG                                                | 44     | OLANZAPINA, COMPRIMIDOS DE DESINTEGRACIÓN ORAL, 15 MG, 20 MG | 34     |
| NORTHERA, CÁPSULAS ORALES, 200 MG, 300 MG                                        | 44     | OLANZAPINA, COMPRIMIDOS ORALES, 10 MG, 2.5 MG, 5 MG, 7.5 MG  | 33     |
| NORTREL 0.5/35 (28)                                                              | 57     | OLANZAPINA, COMPRIMIDOS ORALES, 15 MG, 20 MG                 | 33     |
| NORTREL 1/35 (21)                                                                | 57     | OLANZAPINA-FLUOXETINA                                        | 34     |
| NORTREL 1/35 (28)                                                                | 57     | OLANZAPINA INTRAMUSCULAR                                     | 33     |
| NORTREL 7/7/7 (28)                                                               | 57     | OLMESARTÁN                                                   | 37     |
| NORTRIPTILINA, CÁPSULAS ORALES                                                   | 33     | OLMESARTÁN-AMLODIPINA-HIDROCLOROTIAZIDA                      | 37     |
| NORTRIPTILINA, SOLUCIÓN ORAL                                                     | 33     | OLMESARTÁN-HIDROCLOROTIAZIDA                                 | 37     |
| NORVIR, PAQUETE DE POLVO ORAL                                                    | 11     | OLOPATADINA OFTÁLMICA (OJOS)                                 | 58     |
| NORVIR, SOLUCIÓN ORAL                                                            | 11     | OMEPRAZOL, CÁPSULAS ORALES, LIBERACIÓN RETARDADA (DR/EC)     | 52     |
| NUBEQA                                                                           | 21     | OMNIPOD 5 G6 INTRO KIT (GEN 5)                               | 48     |
| NUCALA, AUTOINYECTOR, VÍA SUBCUTÁNEA                                             | 61     | OMNIPOD 5 G6 PODS (GEN 5)                                    | 48     |
| NUCALA, JERINGA SUBCUTÁNEA, 40 MG/0.4 ML                                         | 61     | OMNIPOD CLASSIC PDM KIT (GEN 3)                              | 48     |
| NUCALA, JERINGA SUBCUTÁNEA, 100 MG/ML                                            | 61     | OMNIPOD CLASSIC PODS (GEN 3)                                 | 48     |
| NUEDEXTA                                                                         | 27     | OMNIPOD DASH INTRO KIT (GEN 4)                               | 48     |
| NULOJIX                                                                          | 21     | OMNIPOD DASH PDM KIT (GEN 4)                                 | 48     |
| NUPLAZID                                                                         | 33     | OMNIPOD DASH PODS (GEN 4)                                    | 48     |
| NURTEC ODT                                                                       | 27     | ONCASPAR                                                     | 21     |
| NUTRILIPID                                                                       | 63     | ONDANSETRÓN                                                  | 51     |
| NUZYRA INTRAVENOSO                                                               | 16     | ONIVYDE                                                      | 21     |
| NUZYRA ORAL                                                                      | 16     | ONUREG                                                       | 21     |
| NYAMYC                                                                           | 42     | OPDIVO                                                       | 21     |
| NYLIA 1/35 (28)                                                                  | 57     | OPDUALAG                                                     | 21     |
| NYLIA 7/7/7 (28)                                                                 | 57     | OPSUMIT                                                      | 61     |
| NYMYO                                                                            | 57     | ORALONE                                                      | 44     |
| NYSTOP                                                                           | 42     | ORBACTIV                                                     | 14     |
| NYVEPRIA                                                                         | 52     | ORENCIA CLICKJECT                                            | 54     |
| <b>O</b>                                                                         |        | ORENCIA, JERINGA SUBCUTÁNEA, 50 MG/0.4 ML                    | 54     |
| OCALIVA                                                                          | 51     | ORENCIA, JERINGA SUBCUTÁNEA, 87.5 MG/0.7 ML                  | 54     |
| OCELLA                                                                           | 57     | ORENCIA, JERINGA SUBCUTÁNEA, 125 MG/ML                       | 54     |
| OCREVUS                                                                          | 27     | ORGOVYX                                                      | 21     |
| ODEFSEY                                                                          | 11     | ORKAMBI, COMPRIMIDOS ORALES                                  | 61     |
| ODOMZO                                                                           | 21     |                                                              |        |



# Índice de medicamentos cubiertos

| MEDICAMENTO                                                                                            | PÁGINA | MEDICAMENTO                                                                         | PÁGINA |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|-------------------------------------------------------------------------------------|--------|
| ORKAMBI, PAQUETE DE GRÁNULOS ORALES.....                                                               | 61     | PALIPERIDONA, COMPRIMIDOS ORALES,<br>LIBERACIÓN PROLONGADA, 24 HORAS, 3 MG, 6 MG..  | 34     |
| OSELTAMIVIR .....                                                                                      | 11     | PALONOSETRÓN, SOLUCIÓN INTRAVENOSA,<br>0.25 MG/5 ML .....                           | 51     |
| OXACILINA INYECTABLE .....                                                                             | 15     | PAMIDRONATO.....                                                                    | 49     |
| OXALATO DE ESCITALOPRAM,<br>COMPRIMIDOS ORALES, 10 MG, 5 MG .....                                      | 32     | PAÑOS CON ALCOHOL .....                                                             | 45     |
| OXALATO DE ESCITALOPRAM,<br>COMPRIMIDOS ORALES, 20 MG .....                                            | 32     | PANRETIN.....                                                                       | 41     |
| OXALATO DE ESCITALOPRAM, SOLUCIÓN ORAL.....                                                            | 32     | PANTOPRAZOL, COMPRIMIDOS ORALES,<br>LIBERACIÓN RETARDADA (DR/EC) .....              | 52     |
| OXALIPLATINO .....                                                                                     | 21     | PA; QL (1/28); NDS.....                                                             | 40     |
| OXANDROLONA, COMPRIMIDOS ORALES, 2.5 MG ...                                                            | 49     | PA; QL (480/30) .....                                                               | 24     |
| OXANDROLONA, COMPRIMIDOS ORALES, 10 MG.....                                                            | 49     | PARICALCITOL ORAL.....                                                              | 49     |
| OXAPROZINA .....                                                                                       | 30     | PAROEX, ENJUAGUE BUCAL .....                                                        | 44     |
| OXAZEPAM.....                                                                                          | 34     | PAROMOMICINA.....                                                                   | 14     |
| OXCARBAZEPINA .....                                                                                    | 25     | PASER .....                                                                         | 14     |
| OXERVATE .....                                                                                         | 58     | PAXIL, SUSPENSIÓN ORAL.....                                                         | 34     |
| OXICODONA-ACETAMINOFENO,<br>COMPRIMIDOS ORALES,<br>10-325 MG, 2.5-325 MG, 5-325 MG, 7.5-325 MG.....    | 29     | PEDIARIX (PF).....                                                                  | 53     |
| OXICODONA, COMPRIMIDOS ORALES, 5 MG.....                                                               | 29     | PEDVAX HIB (PF) .....                                                               | 53     |
| OXICODONA, COMPRIMIDOS ORALES,<br>10 MG, 15 MG, 20 MG, 30 MG .....                                     | 29     | PEG 3350-ELECTROLITOS, SOL. PARA<br>RECONST. ORAL, 236-22.74-6.74-5.86 GRAMOS ..... | 51     |
| OXICODONA, CONCENTRADO ORAL.....                                                                       | 29     | PEGASYS, JERINGA SUBCUTÁNEA .....                                                   | 52     |
| OXICODONA, SOLUCIÓN ORAL .....                                                                         | 29     | PEGASYS, SOLUCIÓN SUBCUTÁNEA .....                                                  | 52     |
| OXICODONE, JERINGA ORAL .....                                                                          | 29     | PEG-ELECTROLITOS.....                                                               | 51     |
| OXIMORFONA, COMPRIMIDOS ORALES,<br>LIBERACIÓN PROLONGADA, 12 HORAS.....                                | 29     | PEMAZYRE.....                                                                       | 21     |
| OZEMPIC, LAPICERA PARA INYECCIÓN<br>SUBCUTÁNEA, 0.25 MG O 0.5 MG (2 MG/1.5 ML).....                    | 48     | PEMETREXED DISÓDICO, SOL. PARA RECONST.<br>INTRAVENOSA .....                        | 21     |
| OZEMPIC, LAPICERA PARA INYECCIÓN<br>SUBCUTÁNEA, 1 MG/DOSIS (4 MG/3 ML,<br>2 MG/DOSIS (8 MG/3 ML) ..... | 48     | PENICILAMINA .....                                                                  | 54     |
|                                                                                                        |        | PENICILINA G POTÁSICA.....                                                          | 15     |
|                                                                                                        |        | PENICILINA V POTÁSICA, COMPRIMIDOS<br>ORALES, 250 MG .....                          | 15     |
|                                                                                                        |        | PENICILINA V POTÁSICA, COMPRIMIDOS<br>ORALES, 500 MG .....                          | 15     |
|                                                                                                        |        | PENICILINA V POTÁSICA, SOLUCIÓN PARA<br>RECONST. ORAL .....                         | 15     |
|                                                                                                        |        | PENTACEL (PF).....                                                                  | 53     |
|                                                                                                        |        | PENTAMIDINA INYECTABLE .....                                                        | 14     |
|                                                                                                        |        | PENTAMIDINA PARA INHALAR .....                                                      | 14     |
|                                                                                                        |        | PENTASA.....                                                                        | 51     |
|                                                                                                        |        | PENTOXIFILINA .....                                                                 | 38     |
|                                                                                                        |        | PERFENAZINA .....                                                                   | 34     |
|                                                                                                        |        | PERFENAZINA-AMITRIPTILINA .....                                                     | 34     |
|                                                                                                        |        | PERFOROMIST.....                                                                    | 61     |

## P

|                                                                                             |    |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| PACERONA, COMPRIMIDOS ORALES,<br>100 MG, 200 MG, 400 MG .....                               | 35 |
| PACLITAXEL.....                                                                             | 21 |
| PACLITAXEL PROTEIN-BOUND .....                                                              | 21 |
| PADCEV.....                                                                                 | 21 |
| PALIPERIDONA, COMPRIMIDOS ORALES,<br>LIBERACIÓN PROLONGADA,<br>24 HORAS, 1.5 MG, 9 MG ..... | 34 |

# Índice de medicamentos cubiertos

| MEDICAMENTO                                                 | PÁGINA | MEDICAMENTO                                                                                                | PÁGINA |
|-------------------------------------------------------------|--------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|
| PERIKABIVEN .....                                           | 63     | POTASSIUM CHLORID-D5-0.45% NACL,<br>SOLUCIÓN PARENTERAL INTRAVENOSA,<br>10 MEQ/L, 20 MEQ/L, 40 MEQ/L ..... | 62     |
| PERINDOPRIL ERBUMINA .....                                  | 37     | POTASSIUM CHLORIDE-D5-0.2% NACL,<br>SOLUCIÓN PARENTERAL INTRAVENOSA, 20 MEQ/L... ..                        | 63     |
| PERJETA .....                                               | 21     | POTASSIUM CHLORIDE-D5-0.9% NACL .....                                                                      | 63     |
| PERMETRINA .....                                            | 43     | POTELIGEO .....                                                                                            | 21     |
| PERSERIS .....                                              | 34     | PRADAXA .....                                                                                              | 38     |
| PFIZERPEN-G .....                                           | 15     | PRAMIPEXOL, COMPRIMIDOS ORALES .....                                                                       | 26     |
| PHESGO .....                                                | 21     | PRAMIPEXOL, COMPRIMIDOS ORALES,<br>LIBERACIÓN PROLONGADA, 24 HORAS .....                                   | 26     |
| PHILITH .....                                               | 57     | PRASUGREL .....                                                                                            | 38     |
| PHOSPHOLINE IODIDE .....                                    | 58     | PRAVASTATINA .....                                                                                         | 39     |
| PIFELTRO .....                                              | 11     | PRAZICUANTEL .....                                                                                         | 14     |
| PIMECROLIMUS .....                                          | 41     | PRAZOSINA .....                                                                                            | 37     |
| PIMOZIDA .....                                              | 34     | PREDNICARBATO, POMADA TÓPICA .....                                                                         | 43     |
| PIMTREA (28) .....                                          | 57     | PREDNISOLONA, SOLUCIÓN ORAL .....                                                                          | 45     |
| PINDOLOL .....                                              | 37     | PREDNISONA, COMPRIMIDOS ORALES,<br>1 MG, 10 MG, 2.5 MG, 20 MG, 5 MG .....                                  | 45     |
| PIOGLITAZONA .....                                          | 48     | PREDNISONA, COMPRIMIDOS ORALES, 50 MG .....                                                                | 45     |
| PIOGLITAZONA-METFORMINA .....                               | 48     | PREDNISONA, COMPRIMIDOS ORALES,<br>PAQUETE DOSIFICADO .....                                                | 45     |
| PIPERACILINA-TAZOBACTAM .....                               | 15     | PREDNISONA, INTENSOL .....                                                                                 | 45     |
| PIQRAY .....                                                | 21     | PREDNISONA, SOLUCIÓN ORAL .....                                                                            | 45     |
| PIRAZINAMIDA .....                                          | 14     | PREGABALINA, CÁPSULAS ORALES,<br>100 MG, 150 MG, 25 MG, 50 MG, 75 MG .....                                 | 25     |
| PIRFENIDONA, COMPRIMIDOS ORALES, 267 MG .....               | 61     | PREGABALINA, CÁPSULAS ORALES, 200 MG .....                                                                 | 25     |
| PIRFENIDONA, COMPRIMIDOS ORALES, 801 MG .....               | 61     | PREGABALINA, CÁPSULAS ORALES,<br>225 MG, 300 MG .....                                                      | 25     |
| PIRFENIDONE, COMPRIMIDOS ORALES, 534 MG .....               | 61     | PREGABALINA, COMPRIMIDOS ORALES,<br>LIBERACIÓN PROLONGADA,<br>24 HORAS, 165 MG, 82.5 MG .....              | 25     |
| PIRIMETAMINA .....                                          | 14     | PREGABALINA, COMPRIMIDOS ORALES,<br>LIBERACIÓN PROLONGADA, 24 HORAS, 330 MG .....                          | 25     |
| PIRMELLA, COMPRIMIDOS ORALES,<br>0.5/0.75/1 MG-35 MCG ..... | 57     | PREGABALINA, SOLUCIÓN ORAL .....                                                                           | 25     |
| PIRMELLA, COMPRIMIDOS ORALES, 1-35 MG-MCG ..                | 57     | PREHEVBRIO (PF) .....                                                                                      | 53     |
| PLENAMINE .....                                             | 63     | PREMARIN INYECTABLE .....                                                                                  | 55     |
| PNV-DHA .....                                               | 64     | PREMARIN ORAL .....                                                                                        | 55     |
| PNV-OMEGA .....                                             | 64     | PREMARIN VAGINAL .....                                                                                     | 55     |
| PNV-SELECT .....                                            | 64     | PREMASOL 10% .....                                                                                         | 63     |
| PODOFILOX .....                                             | 41     | PRENATAL PLUS (CARBONATO DE CALCIO) .....                                                                  | 64     |
| POLIMIXINA B SULFATO DE TRIMETOPRIMA .....                  | 58     | PREVALITE .....                                                                                            | 39     |
| POLIVY .....                                                | 21     |                                                                                                            |        |
| POLYCIN .....                                               | 58     |                                                                                                            |        |
| POMALYST .....                                              | 21     |                                                                                                            |        |
| PORTIA 28 .....                                             | 57     |                                                                                                            |        |
| PORTRAZZA .....                                             | 21     |                                                                                                            |        |
| POSACONAZOL .....                                           | 9      |                                                                                                            |        |

## Índice de medicamentos cubiertos

| MEDICAMENTO                                                                                         | PÁGINA |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|
| PREVYMIS, ORAL . . . . .                                                                            | 11     |
| PREZCOBIX . . . . .                                                                                 | 11     |
| PREZISTA, COMPRIMIDOS ORALES, 75 MG . . . . .                                                       | 11     |
| PREZISTA, COMPRIMIDOS ORALES, 150 MG . . . . .                                                      | 11     |
| PREZISTA, COMPRIMIDOS ORALES, 600 MG . . . . .                                                      | 11     |
| PREZISTA, COMPRIMIDOS ORALES, 800 MG . . . . .                                                      | 11     |
| PREZISTA, SUSPENSIÓN ORAL . . . . .                                                                 | 11     |
| PRIFTIN . . . . .                                                                                   | 14     |
| PRIMAQUINE . . . . .                                                                                | 14     |
| PRIMIDONA . . . . .                                                                                 | 25     |
| PR NATAL 400 . . . . .                                                                              | 64     |
| PR NATAL 400 EC . . . . .                                                                           | 64     |
| PR NATAL 430 . . . . .                                                                              | 64     |
| PR NATAL 430 EC . . . . .                                                                           | 64     |
| PROBENECID . . . . .                                                                                | 53     |
| PROBENECID/COLCHICINA . . . . .                                                                     | 54     |
| PROCALAMINE 3% . . . . .                                                                            | 63     |
| PROCLORPERAZINA . . . . .                                                                           | 51     |
| PROCRIT . . . . .                                                                                   | 52     |
| PROCTO-MED HC . . . . .                                                                             | 51     |
| PROCTO-PAK . . . . .                                                                                | 51     |
| PROCTOSOL HC TÓPICO . . . . .                                                                       | 51     |
| PROCTOZONA-HC . . . . .                                                                             | 51     |
| PROGESTERONA MICRONIZADA . . . . .                                                                  | 55     |
| PROGRAF INTRAVENOSO . . . . .                                                                       | 21     |
| PROGRAF, PAQUETE DE GRÁNULOS ORALES . . . . .                                                       | 21     |
| PROLASTIN-C, SOL. PARA RECONST.<br>INTRAVENOSA . . . . .                                            | 44     |
| PROLASTIN-C, SOLUCIÓN INTRAVENOSA . . . . .                                                         | 44     |
| PROLENSA . . . . .                                                                                  | 58     |
| PROLEUKIN . . . . .                                                                                 | 52     |
| PROLIA . . . . .                                                                                    | 54     |
| PROMACTA, COMPRIMIDOS ORALES,<br>12.5 MG, 25 MG, 50 MG . . . . .                                    | 39     |
| PROMACTA, COMPRIMIDOS ORALES, 75 MG . . . . .                                                       | 39     |
| PROMACTA, PAQUETE DE POLVO ORAL, 12.5 MG . . . . .                                                  | 38     |
| PROMACTA, PAQUETE DE POLVO ORAL, 25 MG . . . . .                                                    | 38     |
| PROMETAZINA ORAL . . . . .                                                                          | 59     |
| PROMETAZINA, SUPOSITORIO RECTAL,<br>12.5 MG, 25 MG . . . . .                                        | 59     |
| PROMETHEGAN, SUPOSITORIO RECTAL,<br>25 MG, 50 MG . . . . .                                          | 59     |
| PROPAFENONA, CÁPSULAS ORALES,<br>LIBERACIÓN PROLONGADA, 12 HORAS . . . . .                          | 35     |
| PROPAFENONA, COMPRIMIDOS ORALES . . . . .                                                           | 35     |
| PROPILTIOURACILO . . . . .                                                                          | 45     |
| PROPIONATO DE FLUTICASONA, CREMA TÓPICA . . . . .                                                   | 42     |
| PROPIONATO DE FLUTICASONA NASAL . . . . .                                                           | 60     |
| PROPIONATO DE FLUTICASONA, POMADA TÓPICA . . . . .                                                  | 42     |
| PROPIONATO DE FLUTICASONA-SALMETEROL<br>PARA INHALACIÓN, BLÍSTER CON DISPOSITIVO . . . . .          | 60     |
| PROPIONATO DE HALOBETASOL, CREMA TÓPICA . . . . .                                                   | 42     |
| PROPIONATO DE HALOBETASOL, POMADA TÓPICA . . . . .                                                  | 42     |
| PROPRANOLOL, CÁPSULAS ORALES, LIBERACIÓN<br>PROLONGADA, 24 HORAS . . . . .                          | 37     |
| PROPRANOLOL, COMPRIMIDOS ORALES . . . . .                                                           | 37     |
| PROPRANOLOL-HIDROCLOROTIAZIDA . . . . .                                                             | 37     |
| PROPRANOLOL, SOLUCIÓN ORAL . . . . .                                                                | 37     |
| PROQUAD (PF) . . . . .                                                                              | 53     |
| PROSOL 20%. . . . .                                                                                 | 63     |
| PROTRIPTILINA . . . . .                                                                             | 34     |
| PULMICORT, SUSPENSIÓN PARA INHALACIÓN<br>PARA NEBULIZACIÓN, 0.25 MG/2 ML, 0.5 MG/2 ML . . . . .     | 61     |
| PULMICORT, SUSPENSIÓN PARA INHALACIÓN<br>PARA NEBULIZACIÓN, 1 MG/2 ML . . . . .                     | 61     |
| PULMOZYME . . . . .                                                                                 | 61     |
| PURIXAN . . . . .                                                                                   | 21     |
| <b>Q</b>                                                                                            |        |
| QINLOCK . . . . .                                                                                   | 21     |
| QL (30/30) . . . . .                                                                                | 62     |
| QUADRACEL (PF) . . . . .                                                                            | 53     |
| QUETIAPINA, COMPRIMIDOS ORALES,<br>100 MG, 25 MG, 50 MG . . . . .                                   | 34     |
| QUETIAPINA, COMPRIMIDOS ORALES,<br>150 MG, 200 MG . . . . .                                         | 34     |
| QUETIAPINA, COMPRIMIDOS ORALES,<br>300 MG, 400 MG . . . . .                                         | 34     |
| QUETIAPINA, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN<br>PROLONGADA, 24 HORAS, 150 MG, 200 MG . . . . .        | 34     |
| QUETIAPINA, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN<br>PROLONGADA, 24 HORAS, 300 MG, 400 MG, 50 MG . . . . . | 34     |

# Índice de medicamentos cubiertos

| MEDICAMENTO                                                                                   | PÁGINA | MEDICAMENTO                                                                                                                  | PÁGINA |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|--------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|
| QUINAPRIL .....                                                                               | 37     | RIDAURA .....                                                                                                                | 54     |
| QUINAPRIL-HIDROCLOROTIAZIDA .....                                                             | 37     | RIFABUTINA .....                                                                                                             | 14     |
| <b>R</b>                                                                                      |        | RIFAMPINA INTRAVENOSA .....                                                                                                  | 14     |
| RABAVER (PF) .....                                                                            | 53     | RIFAMPINA ORAL .....                                                                                                         | 14     |
| RALOXIFENO .....                                                                              | 54     | RILUZOL .....                                                                                                                | 44     |
| RAMELTEÓN .....                                                                               | 34     | RIMANTADINA .....                                                                                                            | 11     |
| RAMIPRIL .....                                                                                | 37     | RINVOQ .....                                                                                                                 | 54     |
| RANOLAZINA .....                                                                              | 40     | RISEDRONATO, COMPRIMIDOS ORALES, 5 MG .....                                                                                  | 54     |
| RASAGILINA .....                                                                              | 26     | RISEDRONATO, COMPRIMIDOS ORALES, 30 MG .....                                                                                 | 44     |
| REBIF (CON ALBÚMINA) .....                                                                    | 52     | RISEDRONATO, COMPRIMIDOS ORALES,<br>35 MG, 35 MG (PAQUETE DE 12), 35 MG<br>(PAQUETE DE 4) .....                              | 54     |
| REBIF, PAQUETE DE AJUSTE DE DOSIS .....                                                       | 52     | RISEDRONATO, COMPRIMIDOS ORALES, 150 MG .....                                                                                | 54     |
| REBIF REBIDOSE, LAPICERA PARA INYECCIÓN<br>SUBCUTÁNEA, 8.8 MCG/0.2 ML, 22 MCG/0.5 ML (6) .... | 52     | RISPERDAL CONSTA, SUSPENSIÓN<br>INTRAMUSCULAR, RECONST. DE LIB.<br>PROLONGADA, 12.5 MG/2 ML .....                            | 34     |
| REBIF REBIDOSE, LAPICERA PARA INYECCIÓN<br>SUBCUTÁNEA, 22 MCG/0.5 ML, 44 MCG/0.5 ML .....     | 52     | RISPERDAL CONSTA, SUSPENSIÓN<br>INTRAMUSCULAR, RECONST. DE LIB.<br>PROLONGADA, 25 MG/2 ML, 37.5 MG/2 ML,<br>50 MG/2 ML ..... | 34     |
| RECLIPSEN (28) .....                                                                          | 57     | RISPERIDONA, COMPRIMIDOS DE<br>DESINTEGRACIÓN ORAL, 0.25 MG, 0.5 MG, 4 MG .....                                              | 34     |
| RECOMBIVAX HB (PF) .....                                                                      | 53     | RISPERIDONA, COMPRIMIDOS DE<br>DESINTEGRACIÓN ORAL, 1 MG .....                                                               | 34     |
| RECTIV .....                                                                                  | 51     | RISPERIDONA, COMPRIMIDOS DE<br>DESINTEGRACIÓN ORAL, 2 MG .....                                                               | 34     |
| REGONOL .....                                                                                 | 28     | RISPERIDONA, COMPRIMIDOS DE<br>DESINTEGRACIÓN ORAL, 3 MG .....                                                               | 34     |
| REGRANEX .....                                                                                | 41     | RISPERIDONA, COMPRIMIDOS ORALES,<br>0.25 MG, 0.5 MG, 4 MG .....                                                              | 34     |
| RENACIDIN .....                                                                               | 62     | RISPERIDONA, COMPRIMIDOS ORALES, 1 MG .....                                                                                  | 34     |
| REPAGLINIDA, COMPRIMIDOS ORALES, 0.5 MG .....                                                 | 48     | RISPERIDONA, COMPRIMIDOS ORALES, 2 MG .....                                                                                  | 34     |
| REPAGLINIDA, COMPRIMIDOS ORALES, 1 MG .....                                                   | 48     | RISPERIDONA, COMPRIMIDOS ORALES, 3 MG .....                                                                                  | 34     |
| REPAGLINIDA, COMPRIMIDOS ORALES, 2 MG .....                                                   | 48     | RISPERIDONA, JERINGA ORAL .....                                                                                              | 34     |
| REPATHA .....                                                                                 | 39     | RISPERIDONA, SOLUCIÓN ORAL .....                                                                                             | 34     |
| REPATHA PUSHTRONEX .....                                                                      | 39     | RITONAVIR .....                                                                                                              | 11     |
| REPATHA SURECLICK .....                                                                       | 39     | RIVASTIGMINA .....                                                                                                           | 27     |
| RESTASIS .....                                                                                | 58     | RIVELSA .....                                                                                                                | 57     |
| RESTASIS MULTIDOSIS .....                                                                     | 58     | RIZATRIPTÁN .....                                                                                                            | 27     |
| RETACRIT .....                                                                                | 52     | ROCKLATAN .....                                                                                                              | 59     |
| RETEVMO, CÁPSULAS ORALES, 40 MG .....                                                         | 21     | ROMIDEPSIN .....                                                                                                             | 21     |
| RETEVMO, CÁPSULAS ORALES, 80 MG .....                                                         | 21     | ROPINIROL, COMPRIMIDOS ORALES .....                                                                                          | 26     |
| RETROVIR INTRAVENOSO .....                                                                    | 11     |                                                                                                                              |        |
| REVLIMID .....                                                                                | 21     |                                                                                                                              |        |
| REXULTI .....                                                                                 | 34     |                                                                                                                              |        |
| REYATAZ, PAQUETE DE POLVO ORAL .....                                                          | 11     |                                                                                                                              |        |
| RHOPRESSA .....                                                                               | 59     |                                                                                                                              |        |
| RIBAVIRINA, CÁPSULAS ORALES .....                                                             | 11     |                                                                                                                              |        |
| RIBAVIRINA, COMPRIMIDOS ORALES, 200 MG .....                                                  | 11     |                                                                                                                              |        |

# Índice de medicamentos cubiertos

| MEDICAMENTO                                                                  | PÁGINA | MEDICAMENTO                                                     | PÁGINA |
|------------------------------------------------------------------------------|--------|-----------------------------------------------------------------|--------|
| ROSADAN, CREMA TÓPICA                                                        | 41     | SE-NATAL 19, MASTICABLE                                         | 64     |
| ROSADAN, GEL TÓPICO                                                          | 41     | SEREVENT DISKUS                                                 | 61     |
| ROSUVASTATINA                                                                | 39     | SERTRALINA, COMPRIMIDOS ORALES                                  | 34     |
| ROTARIX                                                                      | 53     | SERTRALINA, CONCENTRADO ORAL                                    | 34     |
| ROTATEQ, VACUNA                                                              | 53     | SETLAKIN                                                        | 57     |
| ROWEEPRÁ, COMPRIMIDOS ORALES, 500 MG                                         | 25     | SEVELAMER CARBONATE                                             | 44     |
| ROZLYTREK, CÁPSULAS ORALES, 100 MG                                           | 21     | SHAROBEL                                                        | 55     |
| ROZLYTREK, CÁPSULAS ORALES, 200 MG                                           | 21     | SHINGRIX (PF)                                                   | 53     |
| RUBRACA                                                                      | 21     | SIGNIFOR                                                        | 22     |
| RUFINAMIDA, COMPRIMIDOS ORALES                                               | 25     | SILDENAFIL (HIPERTENSIÓN ARTERIAL PULMONAR), COMPRIMIDOS ORALES | 61     |
| RUFINAMIDE, SUSPENSIÓN ORAL                                                  | 25     | SIMBRINZA                                                       | 59     |
| RUKOBIA                                                                      | 11     | SIMLIYA (28)                                                    | 57     |
| RUXIENCE                                                                     | 21     | SIMPESSE                                                        | 57     |
| RYBELSUS                                                                     | 48     | SIMULECT                                                        | 22     |
| RYBREVANT                                                                    | 21     | SIMVASTATINA, COMPRIMIDOS ORALES                                | 39     |
| RYDAPT                                                                       | 21     | SIROLIMUS, COMPRIMIDOS ORALES                                   | 22     |
| RYLAZE                                                                       | 21     | SIROLIMUS, SOLUCIÓN ORAL                                        | 22     |
| RYTARY                                                                       | 26     | SIRTURO                                                         | 14     |
| <b>S</b>                                                                     |        | SIVEXTRO INTRAVENOSO                                            | 14     |
| SAJAZIR                                                                      | 61     | SIVEXTRO ORAL                                                   | 14     |
| SALSALATO                                                                    | 30     | SKYRIZI, INTRAVENOSO                                            | 40     |
| SAMSCA, COMPRIMIDOS ORALES, 15 MG                                            | 49     | SKYRIZI, INYECTOR PONIBLE SUBCUTÁNEO                            | 51     |
| SANCUSO                                                                      | 51     | SKYRIZI, JERINGA SUBCUTÁNEA, 150 MG/ML                          | 40     |
| SANDIMMUNE, SOLUCIÓN ORAL                                                    | 21     | SKYRIZI, KIT DE JERINGA SUBCUTÁNEA                              | 40     |
| SANDOSTATIN LAR DEPOT, SUSPENSIÓN INTRAMUSCULAR, RECONST. DE LIB. PROLONGADA | 21     | SKYRIZI, LAPICERA PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA                     | 40     |
| SANTYL                                                                       | 41     | SOLIFENACINA                                                    | 62     |
| SAPROPTERINA                                                                 | 49     | SOLQUA 100/33                                                   | 48     |
| SARCLISA                                                                     | 21     | SOLTAMOX                                                        | 22     |
| SCSEMBLIX, COMPRIMIDOS ORALES, 20 MG                                         | 21     | SOLUCIÓN DE LACTATO SÓDICO COMPUESTA INTRAVENOSA                | 62     |
| SCSEMBLIX, COMPRIMIDOS ORALES, 40 MG                                         | 22     | SOLUCIÓN DE LACTATO SÓDICO COMPUESTA INTRAVENOSA                | 63     |
| SECUADO                                                                      | 34     | SOLU-CORTEF ACT-O-VIAL (PF)                                     | 45     |
| SELZENTRY, COMPRIMIDOS ORALES, 25 MG                                         | 11     | SOMATULINE DEPOT                                                | 22     |
| SELZENTRY, COMPRIMIDOS ORALES, 150 MG, 75 MG                                 | 11     | SOMAVERT                                                        | 49     |
| SELZENTRY, COMPRIMIDOS ORALES, 300 MG                                        | 11     | SORAFENIB                                                       | 22     |
| SELZENTRY, SOLUCIÓN ORAL                                                     | 11     | SORINE                                                          | 35     |
| SE-NATAL-19                                                                  | 64     | SOTALOL AF                                                      | 35     |
|                                                                              |        | SOTALOL ORAL                                                    | 35     |



# Índice de medicamentos cubiertos

| MEDICAMENTO                                                                                          | PÁGINA | MEDICAMENTO                                                                                                           | PÁGINA |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|
| SOTYLIZE .....                                                                                       | 35     | SUCCINATO SÓDICO DE METILPREDNISOLONA,<br>SOL. PARA RECONST. INYECT., 125 MG, 40 MG .....                             | 45     |
| SPRINTEC (28) .....                                                                                  | 57     | SUCRAID .....                                                                                                         | 51     |
| SPRITAM .....                                                                                        | 25     | SUCRALFATO, COMPRIMIDOS ORALES .....                                                                                  | 52     |
| SPRYCEL, COMPRIMIDOS ORALES, 20 MG, 70 MG ....                                                       | 22     | SUCRALFATO, SUSPENSIÓN ORAL .....                                                                                     | 52     |
| SPRYCEL, COMPRIMIDOS ORALES,<br>100 MG, 140 MG, 50 MG, 80 MG .....                                   | 22     | SULFACETAMIDA-PREDNISOLONA .....                                                                                      | 58     |
| SPS (CON SORBITOL) .....                                                                             | 44     | SULFACETAMIDA SÓDICA (ACNÉ) .....                                                                                     | 41     |
| SRONYX .....                                                                                         | 57     | SULFACETAMIDA SÓDICA, GOTAS<br>OFTÁLMICAS (OJOS) .....                                                                | 58     |
| SSD .....                                                                                            | 41     | SULFADIAZINA .....                                                                                                    | 15     |
| ST 26                                                                                                |        | SULFADIAZINA DE PLATA .....                                                                                           | 41     |
| STAMARIL (PF) .....                                                                                  | 53     | SULFAMETOXAZOL-TRIMETOPRIMA,<br>COMPRIMIDOS ORALES .....                                                              | 16     |
| STELARA, JERINGA SUBCUTÁNEA, 45 MG/0.5 ML ....                                                       | 40     | SULFAMETOXAZOL/TRIMETOPRIMA, INTRAVENOSO ..                                                                           | 16     |
| STELARA, JERINGA SUBCUTÁNEA, 90 MG/ML .....                                                          | 40     | SULFAMETOXAZOL-TRIMETOPRIMA,<br>SUSPENSIÓN ORAL .....                                                                 | 16     |
| STELARA, SOLUCIÓN SUBCUTÁNEA .....                                                                   | 40     | SULFASALAZINA .....                                                                                                   | 51     |
| STIVARGA .....                                                                                       | 22     | SULFATO DE ALBUTEROL, COMPRIMIDOS ORALES ...                                                                          | 60     |
| STRIBILD .....                                                                                       | 11     | SULFATO DE ALBUTEROL, COMPRIMIDOS<br>ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA, 12 HORAS ....                                     | 60     |
| SUBVENITE .....                                                                                      | 25     | SULFATO DE ALBUTEROL, JARABE ORAL .....                                                                               | 60     |
| SUBVENITE, PAQUETE INICIAL (AZUL) .....                                                              | 25     | SULFATO DE ALBUTEROL PARA INHALAR,<br>INHALADOR EN AEROSOL DE HFA, 90 MCG/<br>ACTIVACIÓN (GENÉRICO DE PROAIR) .....   | 60     |
| SUBVENITE, PAQUETE INICIAL (NARANJA) .....                                                           | 25     | SULFATO DE ALBUTEROL PARA INHALAR,<br>INHALADOR EN AEROSOL DE HFA, 90 MCG/<br>ACTIVACIÓN (GENÉRICO DE VENTOLIN) ..... | 60     |
| SUBVENITE, PAQUETE INICIAL (VERDE) .....                                                             | 25     | SULFATO DE ALBUTEROL PARA INHALAR,<br>SOLUCIÓN PARA NEBULIZACIÓN .....                                                | 60     |
| SUCCINATO DE DESVENLAFAXINA,<br>COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN<br>PROLONGADA, 24 HORAS, 25 MG .....  | 31     | SULFATO DE DEXTROANFETAMINA, CÁPSULAS<br>ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA .....                                          | 31     |
| SUCCINATO DE DESVENLAFAXINA,<br>COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN<br>PROLONGADA, 24 HORAS, 50 MG .....  | 31     | SULFATO DE DEXTROANFETAMINA,<br>COMPRIMIDOS ORALES .....                                                              | 31     |
| SUCCINATO DE DESVENLAFAXINA,<br>COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN<br>PROLONGADA, 24 HORAS, 100 MG ..... | 31     | SULFATO DE DEXTROANFETAMINA,<br>SOLUCIÓN ORAL .....                                                                   | 31     |
| SUCCINATO DE LOXAPINA .....                                                                          | 33     | SULFATO DE GENTAMICINA (PEDIÁTRICO) (PF) .....                                                                        | 14     |
| SUCCINATO DE METOPROLOL .....                                                                        | 37     | SULFATO DE MAGNESIO EN AGUA .....                                                                                     | 62     |
| SUCCINATO DE SUMATRIPTÁN ORAL .....                                                                  | 27     | SULFATO DE MAGNESIO EN D5W, INFUSIÓN<br>SECUNDARIA INTRAVENOSA, 1 GRAMO/100 ML .....                                  | 62     |
| SUCCINATO DE SUMATRIPTÁN, SOLUCIÓN<br>SUBCUTÁNEA .....                                               | 27     | SULFATO DE MAGNESIO INYECTABLE .....                                                                                  | 62     |
| SUCCINATO DE SUMATRIPTÁN,<br>SUBCUTÁNEO EN CARTUCHO .....                                            | 27     | SULFATO DE POLIMIXINA B .....                                                                                         | 14     |
| SUCCINATO DE SUMATRIPTÁN,<br>SUBCUTÁNEO EN LAPICERA .....                                            | 27     | SULFATO DE QUINIDINA, COMPRIMIDOS ORALES ....                                                                         | 35     |
| SUCCINATO SÓDICO DE CLORANFENICOL .....                                                              | 13     | SULFATO DE QUININA .....                                                                                              | 14     |
| SUCCINATO SÓDICO DE METILPREDNISOLONA<br>INTRAVENOSO .....                                           | 45     |                                                                                                                       |        |

# Índice de medicamentos cubiertos

| MEDICAMENTO                                                                                                                                           | PÁGINA | MEDICAMENTO                                                                                                                                                                                                                                                                                | PÁGINA |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|
| SULFATO DE TOBRAMICINA.....                                                                                                                           | 14     | TAGRISSO.....                                                                                                                                                                                                                                                                              | 22     |
| SULFONATO DE POLIESTIRENO SÓDICO,<br>POLVO ORAL.....                                                                                                  | 44     | TALICIA.....                                                                                                                                                                                                                                                                               | 52     |
| SULFURO DE SELENIO, LOCIÓN TÓPICA.....                                                                                                                | 40     | TALTZ, JERINGA.....                                                                                                                                                                                                                                                                        | 40     |
| SULINDACO.....                                                                                                                                        | 30     | TALZENNA, CÁPSULAS ORALES,<br>0.5 MG, 0.75 MG, 1 MG.....                                                                                                                                                                                                                                   | 22     |
| SUMATRIPTÁN, ROCIADOR NASAL NO AEROSOL,<br>5 MG/ACTIVACIÓN.....                                                                                       | 27     | TALZENNA, CÁPSULAS ORALES, 0.25 MG.....                                                                                                                                                                                                                                                    | 22     |
| SUMATRIPTÁN, ROCIADOR NASAL NO AEROSOL,<br>20 MG/ACTIVACIÓN.....                                                                                      | 27     | TAMOXIFENO.....                                                                                                                                                                                                                                                                            | 22     |
| SUNITINIB.....                                                                                                                                        | 22     | TAMSULOSINA.....                                                                                                                                                                                                                                                                           | 62     |
| SUPRAX, SUSPENSIÓN ORAL PARA<br>RECONSTITUCIÓN, 500 MG/5 ML.....                                                                                      | 12     | TARGRETIN TÓPICO.....                                                                                                                                                                                                                                                                      | 22     |
| SUPREP, KIT DE PREPARACIÓN INTESTINAL.....                                                                                                            | 51     | TARINA 24 FE.....                                                                                                                                                                                                                                                                          | 57     |
| SUTAB.....                                                                                                                                            | 51     | TARINA FE 1/20 (28).....                                                                                                                                                                                                                                                                   | 57     |
| SUTENT.....                                                                                                                                           | 22     | TARINA FE 1-20 EQ (28).....                                                                                                                                                                                                                                                                | 57     |
| SYEDA.....                                                                                                                                            | 57     | TARON-C DHA.....                                                                                                                                                                                                                                                                           | 64     |
| SYMDEKO.....                                                                                                                                          | 61     | TARTRATO DE METOPROLOL-<br>HIDROCLOROTIAZIDA.....                                                                                                                                                                                                                                          | 37     |
| SYMLINPEN 60.....                                                                                                                                     | 48     | TARTRATO DE METOPROLOL ORAL.....                                                                                                                                                                                                                                                           | 37     |
| SYMLINPEN 120.....                                                                                                                                    | 48     | TARTRATO DE RIVASTIGMINA.....                                                                                                                                                                                                                                                              | 27     |
| SYMPAZAN.....                                                                                                                                         | 25     | TASIGNA, CÁPSULAS ORALES, 50 MG.....                                                                                                                                                                                                                                                       | 22     |
| SYMTUZA.....                                                                                                                                          | 11     | TASIGNA, CÁPSULAS ORALES, 150 MG, 200 MG.....                                                                                                                                                                                                                                              | 22     |
| SYNAREL.....                                                                                                                                          | 49     | TAYSOFY.....                                                                                                                                                                                                                                                                               | 57     |
| SYNJARDY.....                                                                                                                                         | 48     | TAZAROTENO, CREMA TÓPICA.....                                                                                                                                                                                                                                                              | 41     |
| SYNJARDY XR, COMPRIMIDOS ORALES,<br>LIBERACIÓN INMEDIATA-LIBERACIÓN<br>PROLONGADA, BIFÁSICA, 24 HORAS,<br>10-1,000 MG, 12.5-1,000 MG, 5-1,000 MG..... | 48     | TAZAROTENO, GEL TÓPICO.....                                                                                                                                                                                                                                                                | 41     |
| SYNJARDY XR, COMPRIMIDOS ORALES,<br>LIBERACIÓN INMEDIATA-LIBERACIÓN<br>PROLONGADA, BIFÁSICA, 24 HORAS, 25-1,000 MG.....                               | 48     | TAZICEF.....                                                                                                                                                                                                                                                                               | 12     |
| SYNRIBO.....                                                                                                                                          | 22     | TAZORAC, CREMA TÓPICA, 0.05%.....                                                                                                                                                                                                                                                          | 41     |
| SYNTHROID.....                                                                                                                                        | 50     | TAZORAC, GEL TÓPICO.....                                                                                                                                                                                                                                                                   | 41     |
| <b>T</b>                                                                                                                                              |        | TAZTIA XT, CÁPSULAS ORALES, LIBERACIÓN<br>PROLONGADA, 24 HORAS, 120 MG, 180 MG,<br>240 MG, 300 MG.....                                                                                                                                                                                     | 37     |
| TABLOID.....                                                                                                                                          | 22     | TAZVERIK.....                                                                                                                                                                                                                                                                              | 22     |
| TABRECTA.....                                                                                                                                         | 22     | TDVAX.....                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 53     |
| TACROLIMUS ORAL.....                                                                                                                                  | 22     | TECENTRIQ.....                                                                                                                                                                                                                                                                             | 22     |
| TACROLIMUS TÓPICO.....                                                                                                                                | 41     | TECHLITE, AGUJA PARA LAPICERA.....                                                                                                                                                                                                                                                         | 48     |
| TADALAFIL (HIPERTENSIÓN ARTERIAL<br>PULMONAR), COMPRIMIDOS ORALES, 20 MG.....                                                                         | 61     | TECHLITE, JERINGA PARA INSULINA, 1 ML CALIBRE<br>29 X 1/2", 1 ML CALIBRE 30 X 1/2", 1 ML CALIBRE<br>31 X 15/64", 1 ML CALIBRE 31 X 5/16.....                                                                                                                                               | 48     |
| TADLIQ.....                                                                                                                                           | 61     | TECHLITE, JERINGA PARA INSULINA (MEDIA<br>UNIDAD), 0.3 ML CALIBRE 29 X 1/2", 0.3 ML<br>CALIBRE 30 X 5/16", 0.3 ML CALIBRE 31 X 15/64",<br>0.3 ML CALIBRE 31 X 5/16", 0.5 ML CALIBRE<br>30 X 1/2", 0.5 ML CALIBRE 30 X 5/16", 0.5 ML<br>CALIBRE 31 X 15/64", 0.5 ML CALIBRE 31 X 5/16"..... | 48     |
| TAFINLAR.....                                                                                                                                         | 22     | TEFLARO.....                                                                                                                                                                                                                                                                               | 12     |

# Índice de medicamentos cubiertos

| MEDICAMENTO                                                                                       | PÁGINA | MEDICAMENTO                                                                 | PÁGINA |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|-----------------------------------------------------------------------------|--------|
| TEKTURNA HCT .....                                                                                | 37     | TILIA FE .....                                                              | 57     |
| TELMISARTÁN .....                                                                                 | 37     | TIMOLOL MALEATE, SOLUCIÓN GELIFICANTE<br>OFTÁLMICA (OJOS) .....             | 58     |
| TELMISARTÁN-AMLODIPINA .....                                                                      | 37     | TIORIDAZINA .....                                                           | 35     |
| TELMISARTÁN-HICROCLOROTIAZIDA .....                                                               | 37     | TIOTEPA .....                                                               | 22     |
| TEMAZEPAM, CÁPSULAS ORALES, 15 MG, 30 MG .....                                                    | 35     | TIOTIXENO .....                                                             | 35     |
| TEMIXYS .....                                                                                     | 11     | TIS-U-SOL PENTALITO .....                                                   | 43     |
| TEMODAR INTRAVENOSO .....                                                                         | 22     | TIVDAK .....                                                                | 22     |
| TEMSIROLIMUS .....                                                                                | 22     | TIVICAY, COMPRIMIDOS ORALES, 10 MG. ....                                    | 11     |
| TENIVAC (PF) .....                                                                                | 53     | TIVICAY, COMPRIMIDOS ORALES, 25 MG, 50 MG .....                             | 11     |
| TEOFILINA, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN<br>PROLONGADA, 12 HORAS, 300 MG, 450 MG .....           | 61     | TIVICAY PD .....                                                            | 11     |
| TEOFILINA, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN<br>PROLONGADA, 24 HORAS .....                           | 61     | TIZANIDINA, CÁPSULAS ORALES .....                                           | 28     |
| TEPMETKO .....                                                                                    | 22     | TIZANIDINA, COMPRIMIDOS ORALES .....                                        | 28     |
| TERAZOSINA, CÁPSULAS ORALES,<br>1 MG, 2 MG, 5 MG .....                                            | 37     | TOBI PODHALER, CÁPSULA DE INHALACIÓN CON<br>DISPOSITIVO DE INHALACIÓN ..... | 14     |
| TERAZOSINA, CÁPSULAS ORALES, 10 MG .....                                                          | 38     | TOBRADEX ST .....                                                           | 59     |
| TERBUTALINA .....                                                                                 | 61     | TOBRAMICINA-DEXAMETASONA .....                                              | 59     |
| TERCONAZOL .....                                                                                  | 55     | TOBRAMICINA EN NAACL AL 0.225% .....                                        | 14     |
| TERIPARATIDE .....                                                                                | 54     | TOBRAMICINA OFTÁLMICA (OJOS) .....                                          | 58     |
| TESTOSTERONA, GEL TRANSDÉRMICO .....                                                              | 49     | TOBREX, POMADA OFTÁLMICA (OJOS) .....                                       | 58     |
| TESTOSTERONA, GEL TRANSDÉRMICO EN BOMBA<br>CON DOSIS MEDIDAS, 12.5 MG/1.25 GRAMOS (1%) ...        | 50     | TOLCAPONA .....                                                             | 26     |
| TESTOSTERONA, GEL TRANSDÉRMICO EN<br>PAQUETE, 1% (25 MG/2.5 GRAMOS),<br>1% (50 MG/5 GRAMOS) ..... | 50     | TOLTERODINA .....                                                           | 62     |
| TESTOSTERONE CYPIONATE, ACEITE<br>INTRAMUSCULAR, 200 MG/ML .....                                  | 49     | TOLVAPTAN, COMPRIMIDOS ORALES, 15 MG .....                                  | 50     |
| TETANUS, DIPHTHERIA TOX PEDIÁTRICA (PF) .....                                                     | 53     | TOLVAPTÁN, COMPRIMIDOS ORALES, 30 MG .....                                  | 50     |
| TETRABENAZINA, COMPRIMIDOS ORALES, 12.5 MG ..                                                     | 27     | TOPIRAMATO, COMPRIMIDOS ORALES .....                                        | 25     |
| TETRABENAZINA, COMPRIMIDOS ORALES, 25 MG .....                                                    | 27     | TOPIRAMATO, CÁPSULAS ORALES,<br>CON GRÁNULOS .....                          | 25     |
| TETRACICLINA .....                                                                                | 16     | TOPOSAR .....                                                               | 22     |
| THALOMID, CÁPSULAS ORALES,<br>100 MG, 150 MG, 50 MG .....                                         | 22     | TOPOTECÁN, SOL. PARA RECONST.<br>INTRAVENOSA .....                          | 22     |
| THALOMID, CÁPSULAS ORALES, 200 MG .....                                                           | 22     | TOPOTECÁN, SOLUCIÓN INTRAVENOSA,<br>4 MG/4 ML (1 MG/ML) .....               | 22     |
| THEO-24 .....                                                                                     | 61     | TOREMIFENO .....                                                            | 22     |
| TIADYLT, LIBERACIÓN PROLONGADA .....                                                              | 38     | TORSEMIDA ORAL .....                                                        | 38     |
| TIAGABINA .....                                                                                   | 25     | TOUJEO MAX U-300 SOLOSTAR .....                                             | 48     |
| TIBSOVO .....                                                                                     | 22     | TOUJEO SOLOSTAR U-300, INSULINA .....                                       | 48     |
| TICE BCG .....                                                                                    | 53     | TOVIAZ .....                                                                | 62     |
| TICOVAC .....                                                                                     | 53     | TPN ELECTROLYTES .....                                                      | 63     |
| TIGECICLINA .....                                                                                 | 14     | TRADJENTA .....                                                             | 48     |
|                                                                                                   |        | TRAMADOL-ACETAMINOFENO .....                                                | 30     |
|                                                                                                   |        | TRAMADOL, COMPRIMIDOS ORALES, 50 MG. ....                                   | 30     |

# Índice de medicamentos cubiertos

| MEDICAMENTO                                                                                                                                       | PÁGINA | MEDICAMENTO                                                                                   | PÁGINA |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|--------|
| TRANDOLAPRIL .....                                                                                                                                | 38     | TRI-LINYAH .....                                                                              | 57     |
| TRANILCIPROMINA .....                                                                                                                             | 35     | TRI-LO-ESTARYLLA .....                                                                        | 57     |
| TRAVASOL 10% .....                                                                                                                                | 63     | TRI-LO-MARZIA .....                                                                           | 57     |
| TRAVOPROST .....                                                                                                                                  | 59     | TRI-LO-MILI .....                                                                             | 57     |
| TRAZIMERA .....                                                                                                                                   | 22     | TRI-LO-SPRINTEC .....                                                                         | 57     |
| TRAZODONA .....                                                                                                                                   | 35     | TRIMETOPRIMA .....                                                                            | 16     |
| TREANDA .....                                                                                                                                     | 22     | TRI-MILI .....                                                                                | 57     |
| TRECATOR .....                                                                                                                                    | 14     | TRIMIPRAMINA .....                                                                            | 35     |
| TRELEGY ELLIPTA .....                                                                                                                             | 61     | TRINATAL RX 1 .....                                                                           | 64     |
| TRELSTAR, SUSPENSIÓN INTRAMUSCULAR PARA<br>RECONSTITUCIÓN, 11.25 MG, 3.75 MG .....                                                                | 22     | TRINTELLIX .....                                                                              | 35     |
| TRELSTAR, SUSPENSIÓN INTRAMUSCULAR PARA<br>RECONSTITUCIÓN, 22.5 MG .....                                                                          | 22     | TRI-NYMYO .....                                                                               | 57     |
| TRESIBA FLEXTOUCH U-100 .....                                                                                                                     | 48     | TRIÓXIDO DE ARSÉNICO .....                                                                    | 17     |
| TRESIBA FLEXTOUCH U-200 .....                                                                                                                     | 48     | TRIPTODUR .....                                                                               | 22     |
| TRESIBA U-100, INSULINA .....                                                                                                                     | 48     | TRI-SPRINTEC (28) .....                                                                       | 57     |
| TRETINOÍNA (ANTINEOPLÁSICO) .....                                                                                                                 | 22     | TRIUMEQ .....                                                                                 | 11     |
| TRETINOÍNA, CREMA TÓPICA, 0.025%, 0.05%, 0.1% ...                                                                                                 | 41     | TRIUMEQ PD .....                                                                              | 11     |
| TRETINOÍNA, MICROESFERAS .....                                                                                                                    | 41     | TRIVORA (28) .....                                                                            | 57     |
| TRETINOÍNA TÓPICA, GEL TÓPICO, 0.01% .....                                                                                                        | 41     | TRI-VYLIBRA .....                                                                             | 57     |
| TRETINOÍNA TÓPICA, GEL TÓPICO, 0.025%, 0.05% ....                                                                                                 | 41     | TRI-VYLIBRA LO .....                                                                          | 57     |
| TRIAMTERENO-HIDROCLOROTIAZIDA .....                                                                                                               | 38     | TRIZIVIR .....                                                                                | 11     |
| TRIDERM, CREMA TÓPICA, 0.1% .....                                                                                                                 | 43     | TRODELVY .....                                                                                | 22     |
| TRIENTINA .....                                                                                                                                   | 44     | TROGARZO .....                                                                                | 11     |
| TRI-ESTARYLLA .....                                                                                                                               | 57     | TROKENDI XR, CÁPSULAS ORALES, LIBERACIÓN<br>PROLONGADA, 24 HORAS, 100 MG, 25 MG, 50 MG ...    | 25     |
| TRI FEMYNOR .....                                                                                                                                 | 57     | TROKENDI XR, CÁPSULAS ORALES, LIBERACIÓN<br>PROLONGADA, 24 HORAS, 200 MG .....                | 25     |
| TRIFLUOPERAZINA .....                                                                                                                             | 35     | TROPHAMINE 10% .....                                                                          | 63     |
| TRIFLURIDINA .....                                                                                                                                | 58     | TRULICITY .....                                                                               | 49     |
| TRIHEXIFENIDILO .....                                                                                                                             | 26     | TRUMENBA .....                                                                                | 53     |
| TRIJARDY XR, COMPRIMIDOS ORALES,<br>LIBERACIÓN INMEDIATA-LIBERACIÓN<br>PROLONGADA, BIFÁSICA, 24 HORAS,<br>10-5-1,000 MG, 25-5-1,000 MG .....      | 49     | TRUSELTIQ, CÁPSULAS ORALES,<br>75 MG/DÍA (25 MG X 3) .....                                    | 23     |
| TRIJARDY XR, COMPRIMIDOS ORALES,<br>LIBERACIÓN INMEDIATA-LIBERACIÓN<br>PROLONGADA, BIFÁSICA, 24 HORAS,<br>12.5-2.5-1,000 MG, 5-2.5-1,000 MG ..... | 49     | TRUSELTIQ, CÁPSULAS ORALES,<br>100 MG/DÍA (100 MG X 1) .....                                  | 22     |
| TRIKAFTA, COMPRIMIDOS ORALES, TERAPIA<br>SECUENCIAL, 50-25-37.5 MG (D)/75 MG (N) .....                                                            | 61     | TRUSELTIQ, CÁPSULAS ORALES, 125 MG/DÍA<br>(100 MG X 1-25 MG X 1), 50 MG/DÍA (25 MG X 2) ..... | 23     |
| TRIKAFTA, COMPRIMIDOS ORALES, TERAPIA<br>SECUENCIAL, 100-50-75 MG (D)/150 MG (N) .....                                                            | 61     | TUKYSA, COMPRIMIDOS ORALES, 50 MG .....                                                       | 23     |
| TRI-LEGEST FE .....                                                                                                                               | 57     | TUKYSA, COMPRIMIDOS ORALES, 150 MG .....                                                      | 23     |
|                                                                                                                                                   |        | TURALIO .....                                                                                 | 23     |
|                                                                                                                                                   |        | TWINRIX (PF) .....                                                                            | 53     |
|                                                                                                                                                   |        | TYBLUME .....                                                                                 | 57     |
|                                                                                                                                                   |        | TYBOST .....                                                                                  | 11     |

# Índice de medicamentos cubiertos

| MEDICAMENTO                                                                                                                              | PÁGINA | MEDICAMENTO                                                                                              | PÁGINA |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|
| TYDEMY.....                                                                                                                              | 57     | VANCOMICINA, SOL. PARA RECONST.<br>INTRAVENOSA, 1,000 MG, 10 GRAMOS,<br>5 GRAMOS, 500 MG, 750 MG .....   | 14     |
| TYMLOS.....                                                                                                                              | 54     | VANCOMYCIN EN CLORURO DE SODIO AL 0.9%,<br>INFUSIÓN SECUNDARIA INTRAVENOSA.....                          | 14     |
| TYPHIM VI.....                                                                                                                           | 53     | VANCOMYCIN EN DEXTROSA AL 5%, INFUSIÓN<br>SECUNDARIA INTRAVENOSA, 1 GRAMO/200 ML,<br>750 MG/150 ML ..... | 14     |
| TYSABRI .....                                                                                                                            | 27     | VANCOMYCIN, SOL. PARA RECONST.<br>INTRAVENOSA, 1.25 GRAMOS, 1.5 GRAMOS .....                             | 15     |
| <b>U</b>                                                                                                                                 |        | VANCOMYCIN-WATER, INYECTABLE (PEG).....                                                                  | 15     |
| UNITHROID, COMPRIMIDOS ORALES, 100 MCG,<br>112 MCG, 125 MCG, 150 MCG, 175 MCG, 200 MCG,<br>25 MCG, 300 MCG, 50 MCG, 75 MCG, 88 MCG ..... | 50     | VANDAZOL .....                                                                                           | 55     |
| UNITHROID, COMPRIMIDOS ORALES, 137 MCG .....                                                                                             | 50     | VAQTA (PF).....                                                                                          | 53     |
| UNITUXIN .....                                                                                                                           | 23     | VARENICLINA .....                                                                                        | 44     |
| UPTRAVI, ORAL .....                                                                                                                      | 38     | VARIVAX (PF).....                                                                                        | 53     |
| URSODIOL, CÁPSULAS ORALES, 300 MG .....                                                                                                  | 51     | VARIZIG .....                                                                                            | 53     |
| URSODIOL, COMPRIMIDOS ORALES .....                                                                                                       | 51     | VASCEPA.....                                                                                             | 39     |
| <b>V</b>                                                                                                                                 |        | VECTIBIX.....                                                                                            | 23     |
| VALACICLOVIR, COMPRIMIDOS ORALES, 1 GRAMO... 11                                                                                          |        | VEKLURY .....                                                                                            | 11     |
| VALACICLOVIR, COMPRIMIDOS ORALES, 500 MG .... 11                                                                                         |        | VELCADE .....                                                                                            | 23     |
| VALCHLOR .....                                                                                                                           | 41     | VELIVET, RÉGIMEN TRIFÁSICO (28) .....                                                                    | 57     |
| VALERATO DE BETAMETASONA, CREMA TÓPICA .... 42                                                                                           |        | VELPHORO.....                                                                                            | 44     |
| VALERATO DE BETAMETASONA, ESPUMA TÓPICA .... 42                                                                                          |        | VELTASSA.....                                                                                            | 44     |
| VALERATO DE BETAMETASONA, LOCIÓN TÓPICA .... 42                                                                                          |        | VEMLIDY .....                                                                                            | 11     |
| VALERATO DE BETAMETASONA, POMADA TÓPICA .... 42                                                                                          |        | VENCLEXTA, COMPRIMIDOS ORALES, 10 MG .....                                                               | 23     |
| VALERATO DE ESTRADIOL, ACEITE<br>INTRAMUSCULAR, 20 MG/ML, 40 MG/ML .....                                                                 | 55     | VENCLEXTA, COMPRIMIDOS ORALES, 50 MG .....                                                               | 23     |
| VALERATO DE HIDROCORTISONA .....                                                                                                         | 43     | VENCLEXTA, COMPRIMIDOS ORALES, 100 MG.....                                                               | 23     |
| VALGANCICLOVIR, COMPRIMIDOS ORALES .....                                                                                                 | 11     | VENCLEXTA, PAQUETE INICIAL .....                                                                         | 23     |
| VALGANCICLOVIR, SOL. PARA RECONST. ORAL .....                                                                                            | 11     | VENLAFAXINA, CÁPSULAS ORALES,<br>LIBERACIÓN PROLONGADA, 24 HORAS, 75 MG .....                            | 35     |
| VALPROATO SÓDICO.....                                                                                                                    | 25     | VENLAFAXINA, CÁPSULAS ORALES, LIBERACIÓN<br>PROLONGADA, 24 HORAS, 150 MG, 37.5 MG .....                  | 35     |
| VALRUBICINA .....                                                                                                                        | 23     | VENLAFAXINA, COMPRIMIDOS ORALES,<br>50 MG, 75 MG .....                                                   | 35     |
| VALSARTÁN, COMPRIMIDOS ORALES,<br>160 MG, 40 MG, 80 MG .....                                                                             | 38     | VENLAFAXINA, COMPRIMIDOS ORALES,<br>100 MG, 25 MG, 37.5 MG.....                                          | 35     |
| VALSARTÁN, COMPRIMIDOS ORALES, 320 MG.....                                                                                               | 38     | VENTAVIS .....                                                                                           | 61     |
| VALSARTÁN-HIDROCLOROTIAZIDA .....                                                                                                        | 38     | VENTOLIN HFA.....                                                                                        | 61     |
| VALTOCO.....                                                                                                                             | 25     | VERAPAMIL, CÁPSULAS ORALES,<br>PÍLDORAS DE LIB. PROL., 24 HORAS, 360 MG.....                             | 38     |
| VANCOMICINA, CÁPSULAS ORALES, 125 MG.....                                                                                                | 15     | VERAPAMILO, CÁPSULAS ORALES,<br>PÍLDORAS CT DE LIB. PROL., 24 HORAS .....                                | 38     |
| VANCOMICINA, CÁPSULAS ORALES, 250 MG.....                                                                                                | 15     |                                                                                                          |        |
| VANCOMICINA EN DEXTROSA AL 5%, INFUSIÓN<br>SECUNDARIA INTRAVENOSA, 500 MG/100 ML.....                                                    | 14     |                                                                                                          |        |
| VANCOMICINA INYECTABLE.....                                                                                                              | 14     |                                                                                                          |        |



## Índice de medicamentos cubiertos

| MEDICAMENTO                                                                           | PÁGINA | MEDICAMENTO                                                                           | PÁGINA |
|---------------------------------------------------------------------------------------|--------|---------------------------------------------------------------------------------------|--------|
| VERAPAMILO, CÁPSULAS ORALES, PÍLDORAS DE LIB. PROL., 24 HORAS, 120 MG, 180 MG, 240 MG | 38     | VITRAKVI, CÁPSULAS ORALES, 100 MG                                                     | 23     |
| VERAPAMILO, COMPRIMIDOS ORALES                                                        | 38     | VITRAKVI, SOLUCIÓN ORAL                                                               | 23     |
| VERAPAMILO, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA                                 | 38     | VIVITROL                                                                              | 30     |
| VERAPAMILO, SOLUCIÓN INTRAVENOSA                                                      | 38     | VIZIMPRO                                                                              | 23     |
| VERSACLOZ                                                                             | 35     | VOLNEA (28)                                                                           | 57     |
| VERZENIO                                                                              | 23     | VONJO                                                                                 | 23     |
| VESTURA (28)                                                                          | 57     | VORICONAZOL, COMPRIMIDOS ORALES                                                       | 9      |
| V-GO 20                                                                               | 49     | VORICONAZOL INTRAVENOSO                                                               | 9      |
| V-GO 30                                                                               | 49     | VORICONAZOL, SUSPENSIÓN ORAL PARA RECONSTITUCIÓN                                      | 9      |
| V-GO 40                                                                               | 49     | VOSEVI                                                                                | 12     |
| VICTOZA 2-PAK                                                                         | 49     | VOTRIENT                                                                              | 23     |
| VICTOZA 3-PAK                                                                         | 49     | VRAYLAR, CÁPSULAS ORALES                                                              | 35     |
| VIENVA                                                                                | 57     | VRAYLAR, CÁPSULAS ORALES, PAQUETE DOSIFICADO                                          | 35     |
| VIGABATRINA                                                                           | 26     | VUMERITY                                                                              | 27     |
| VIGADRONE                                                                             | 26     | VYFEMLA (28)                                                                          | 57     |
| VIIBRYD, COMPRIMIDOS ORALES                                                           | 35     | VYLIBRA                                                                               | 57     |
| VIIBRYD, COMPRIMIDOS ORALES, PAQUETE DOSIFICADO, 10 MG (7), 20 MG (23)                | 35     | VYNDAMAX                                                                              | 40     |
| VILAZODONA                                                                            | 35     | VYNDAQEL                                                                              | 40     |
| VIMPAT, COMPRIMIDOS ORALES, 50 MG                                                     | 26     | VYXEOS                                                                                | 23     |
| VIMPAT, COMPRIMIDOS ORALES, 100 MG, 150 MG, 200 MG                                    | 26     |                                                                                       |        |
| VIMPAT INTRAVENOSO                                                                    | 26     | <b>W</b>                                                                              |        |
| VIMPAT, SOLUCIÓN ORAL                                                                 | 26     | WARFARINA                                                                             | 39     |
| VINBLASTINA                                                                           | 23     | WELIREG                                                                               | 23     |
| VINCASAR PFS                                                                          | 23     | WERA (28)                                                                             | 57     |
| VINCRISTINA                                                                           | 23     | WESTAB PLUS                                                                           | 64     |
| VINORELBINA                                                                           | 23     | WESTGEL DHA                                                                           | 64     |
| VIOKACE                                                                               | 51     | WIXELA INHUB                                                                          | 61     |
| VIORELE (28)                                                                          | 57     | WYMZYA FE                                                                             | 57     |
| VIRACEPT, COMPRIMIDOS ORALES, 250 MG                                                  | 11     |                                                                                       |        |
| VIRACEPT, COMPRIMIDOS ORALES, 625 MG                                                  | 11     | <b>X</b>                                                                              |        |
| VIREAD, COMPRIMIDOS ORALES, 150 MG, 200 MG, 250 MG                                    | 12     | XALKORI                                                                               | 23     |
| VIREAD, POLVO ORAL                                                                    | 11     | XARELTO                                                                               | 39     |
| VIRT-NATE DHA                                                                         | 64     | XARELTO, TRATAMIENTO INICIAL PARA TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA/EMBOLIA PULMONAR, 30 DÍAS | 39     |
| VIRT-PN DHA                                                                           | 64     | XATMEP                                                                                | 23     |
| VITAMINAS PRENATALES, COMPRIMIDOS ORALES                                              | 64     | XCOPRI, COMPRIMIDOS ORALES, 50 MG                                                     | 26     |
| VITRAKVI, CÁPSULAS ORALES, 25 MG                                                      | 23     | XCOPRI, COMPRIMIDOS ORALES, 100 MG                                                    | 26     |

# Índice de medicamentos cubiertos

| MEDICAMENTO                                                                                                                                                                                                                                                               | PÁGINA | MEDICAMENTO                                                                                                                                                                                                                                                                         | PÁGINA |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|
| XCOPRI, COMPRIMIDOS ORALES, 150 MG, 200 MG ...                                                                                                                                                                                                                            | 26     | <b>Y</b>                                                                                                                                                                                                                                                                            |        |
| XCOPRI, PAQUETE DE AJUSTE DE DOSIS, COMPRIMIDOS ORALES, PAQUETE DOSIFICADO, 12.5 MG (14)-25 MG (14), 150 MG (14)-200 MG (14) .....                                                                                                                                        | 26     | YERVOY.....                                                                                                                                                                                                                                                                         | 23     |
| XCOPRI, PAQUETE DE AJUSTE DE DOSIS, COMPRIMIDOS ORALES, PAQUETE DOSIFICADO, 50 MG (14)-100 MG (14) .....                                                                                                                                                                  | 26     | YF-VAX (PF), SUSPENSIÓN SUBCUTÁNEA PARA RECONSTITUCIÓN, 10 EXP 4.74 UNIDADES/0.5 ML ...                                                                                                                                                                                             | 53     |
| XCOPRI, PAQUETE DE MANTENIMIENTO, COMPRIMIDOS ORALES, 250 MG/DÍA (150 MG X 1-100 MG X 1) .....                                                                                                                                                                            | 26     | YONDELIS.....                                                                                                                                                                                                                                                                       | 23     |
| XCOPRI, PAQUETE DE MANTENIMIENTO, COMPRIMIDOS ORALES, 350 MG/DÍA (200 MG X 1-150 MG X 1) .....                                                                                                                                                                            | 26     | YUPELRI .....                                                                                                                                                                                                                                                                       | 62     |
| XELJANZ, COMPRIMIDOS ORALES.....                                                                                                                                                                                                                                          | 55     | YUVAFEM .....                                                                                                                                                                                                                                                                       | 55     |
| XELJANZ, SOLUCIÓN ORAL .....                                                                                                                                                                                                                                              | 54     | <b>Z</b>                                                                                                                                                                                                                                                                            |        |
| XELJANZ XR .....                                                                                                                                                                                                                                                          | 55     | ZAFIRLUKAST .....                                                                                                                                                                                                                                                                   | 62     |
| XGEVA .....                                                                                                                                                                                                                                                               | 16     | ZALEPLON, CÁPSULAS ORALES, 5 MG.....                                                                                                                                                                                                                                                | 35     |
| XHANCE.....                                                                                                                                                                                                                                                               | 61     | ZALEPLON, CÁPSULAS ORALES, 10 MG.....                                                                                                                                                                                                                                               | 35     |
| XIAFLEX.....                                                                                                                                                                                                                                                              | 44     | ZALTRAP .....                                                                                                                                                                                                                                                                       | 23     |
| XIFAXAN, COMPRIMIDOS ORALES, 550 MG .....                                                                                                                                                                                                                                 | 15     | ZANOSAR .....                                                                                                                                                                                                                                                                       | 23     |
| XIIDRA .....                                                                                                                                                                                                                                                              | 58     | ZATEAN-PN DHA .....                                                                                                                                                                                                                                                                 | 64     |
| XOFLUZA.....                                                                                                                                                                                                                                                              | 12     | ZATEAN-PN PLUS .....                                                                                                                                                                                                                                                                | 64     |
| XOLAIR, JERINGA SUBCUTÁNEA, 75 MG/0.5 ML .....                                                                                                                                                                                                                            | 61     | ZEJULA .....                                                                                                                                                                                                                                                                        | 23     |
| XOLAIR, JERINGA SUBCUTÁNEA, 150 MG/ML .....                                                                                                                                                                                                                               | 61     | ZELBORAF .....                                                                                                                                                                                                                                                                      | 23     |
| XOLAIR, SOL. PARA RECONST. SUBCUTÁNEA .....                                                                                                                                                                                                                               | 61     | ZEMAIRA .....                                                                                                                                                                                                                                                                       | 44     |
| XOPENEX .....                                                                                                                                                                                                                                                             | 62     | ZENATANE .....                                                                                                                                                                                                                                                                      | 41     |
| XOPENEX CONCENTRADO.....                                                                                                                                                                                                                                                  | 62     | ZENPEP, CÁPSULAS ORALES, LIBERACIÓN RETARDADA (DR/EC) 10,000-32,000-42,000 UNIDADES, 15,000-47,000-63,000 UNIDADES, 20,000-63,000-84,000 UNIDADES, 25,000-79,000-105,000 UNIDADES, 3,000-10,000-14,000-UNIDADES, 40,000-126,000-168,000 UNIDADES, 5,000-17,000-24,000 UNIDADES..... | 52     |
| XOSPATA.....                                                                                                                                                                                                                                                              | 23     | ZEPZELCA .....                                                                                                                                                                                                                                                                      | 23     |
| XPOVIO, COMPRIMIDOS ORALES, 100 MG/SEMANA (50 MG X 2), 40 MG/SEMANA (40 MG X 1), 40 MG DOS VECES POR SEMANA (40 MG X 2), 60 MG/SEMANA (60 MG X 1), 60 MG DOS VECES POR SEMANA (120 MG/SEMANA), 80 MG/SEMANA (40 MG X 2), 80 MG DOS VECES POR SEMANA (160 MG/SEMANA) ..... | 23     | ZIDOVUDINA, CÁPSULAS ORALES .....                                                                                                                                                                                                                                                   | 12     |
| XTAMPZA ER .....                                                                                                                                                                                                                                                          | 29     | ZIDOVUDINA, COMPRIMIDOS ORALES .....                                                                                                                                                                                                                                                | 12     |
| XTANDI, CÁPSULAS ORALES.....                                                                                                                                                                                                                                              | 23     | ZIDOVUDINA, JARABE ORAL .....                                                                                                                                                                                                                                                       | 12     |
| XTANDI, COMPRIMIDOS ORALES, 40 MG.....                                                                                                                                                                                                                                    | 23     | ZIRABEV .....                                                                                                                                                                                                                                                                       | 23     |
| XTANDI, COMPRIMIDOS ORALES, 80 MG.....                                                                                                                                                                                                                                    | 23     | ZIRGAN .....                                                                                                                                                                                                                                                                        | 58     |
| XULTOPHY 100/3.6 .....                                                                                                                                                                                                                                                    | 49     | ZOLADEX .....                                                                                                                                                                                                                                                                       | 23     |
| XYREM.....                                                                                                                                                                                                                                                                | 35     | ZOLEDRONIC ACID-MANNITOL-WATER, INFUSIÓN SECUNDARIA INTRAVENOSA, 5 MG/100 ML .....                                                                                                                                                                                                  | 44     |
|                                                                                                                                                                                                                                                                           |        | ZOLINZA .....                                                                                                                                                                                                                                                                       | 23     |
|                                                                                                                                                                                                                                                                           |        | ZOLPIDEM, COMPRIMIDOS ORALES .....                                                                                                                                                                                                                                                  | 35     |
|                                                                                                                                                                                                                                                                           |        | ZONISADE .....                                                                                                                                                                                                                                                                      | 26     |
|                                                                                                                                                                                                                                                                           |        | ZONISAMIDA .....                                                                                                                                                                                                                                                                    | 26     |

# Índice de medicamentos cubiertos

| MEDICAMENTO                                                                                                   | PÁGINA | MEDICAMENTO | PÁGINA |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|-------------|--------|
| ZORTRESS, COMPRIMIDOS ORALES, 1 MG .....                                                                      | 24     |             |        |
| ZOSYN EN DEXTROSA (ISO-OSM.) .....                                                                            | 15     |             |        |
| ZOVIA 1-35 (28) .....                                                                                         | 58     |             |        |
| ZTALMY .....                                                                                                  | 26     |             |        |
| ZTLIDO .....                                                                                                  | 41     |             |        |
| ZUBSOLV, COMPRIMIDOS SUBLINGUALES,<br>0.7-0.18 MG, 1.4-0.36 MG, 11.4-2.9 MG,<br>2.9-0.71 MG, 5.7-1.4 MG ..... | 30     |             |        |
| ZUBSOLV, COMPRIMIDOS SUBLINGUALES,<br>8.6-2.1 MG .....                                                        | 30     |             |        |
| ZUMANDIMINE (28) .....                                                                                        | 58     |             |        |
| ZYDELIG .....                                                                                                 | 24     |             |        |
| ZYKADIA .....                                                                                                 | 24     |             |        |
| ZYLET .....                                                                                                   | 59     |             |        |
| ZYNLONTA .....                                                                                                | 24     |             |        |
| ZYPREXA RELPREVV, SUSPENSIÓN<br>INTRAMUSCULAR PARA RECONSTITUCIÓN, 210 MG ..                                  | 35     |             |        |
| ZYPREXA RELPREVV, SUSPENSIÓN<br>INTRAMUSCULAR PARA RECONSTITUCIÓN, 300 MG ..                                  | 35     |             |        |
| ZYPREXA RELPREVV, SUSPENSIÓN<br>INTRAMUSCULAR PARA RECONSTITUCIÓN, 405 MG ..                                  | 35     |             |        |

## Notas

[illegible]

## Notas

[illegible]





## **Notificación Contra la Discriminación: La Discriminación es Contra la Ley**

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

Cigna:

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

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

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

Cigna  
Attn: Grievance Department  
PO Box 188080, Chattanooga, TN 37422  
Phone: 1-800-668-3813 (TTY 711) Fax: 1-888-586-9946.

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

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

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

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

Todos los productos y servicios de Cigna se brindan exclusivamente por o a través de subsidiarias operativas de Cigna Corporation. El nombre de Cigna, los logotipos, y otras marcas de Cigna son propiedad de Cigna Intellectual Property, Inc. ATTENTION: If you speak languages other than English, language assistance services, free of charge are available to you. Call 1-800-668-3813 (TTY 711), 8 a.m. to 8 p.m., 7 days a week. ATENCIÓN: si usted habla un idioma que no sea inglés, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-800-668-3813 (TTY 711), 8 a.m. a 8 p.m., 7 días de la semana. Cigna tiene contrato con Medicare para planes PDP, planes HMO y PPO en ciertos estados, y con ciertos programas estatales de Medicaid. La inscripción en Cigna depende de la renovación de contrato. © 2017 Cigna



## **Notificación Contra la Discriminación: La Discriminación es Contra la Ley**

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

Cigna:

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

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

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

Cigna  
Attn: Grievance Department  
PO Box 188080, Chattanooga, TN 37422  
Phone: 1-800-668-3813 (TTY 711) Fax: 1-888-586-9946.

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

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

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

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

Todos los productos y servicios de Cigna se brindan exclusivamente por o a través de subsidiarias operativas de Cigna Corporation. El nombre de Cigna, los logotipos, y otras marcas de Cigna son propiedad de Cigna Intellectual Property, Inc. ATTENTION: If you speak languages other than English, language assistance services, free of charge are available to you. Call 1-800-668-3813 (TTY 711), 8 a.m. to 8 p.m., 7 days a week. ATENCIÓN: si usted habla un idioma que no sea inglés, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-800-668-3813 (TTY 711), 8 a.m. a 8 p.m., 7 días de la semana. Cigna tiene contrato con Medicare para planes PDP, planes HMO y PPO en ciertos estados, y con ciertos programas estatales de Medicaid. La inscripción en Cigna depende de la renovación de contrato. © 2017 Cigna





**1-800-668-3813 (TTY 711)**



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



**CignaMedicare.com**

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

952848SP o