

LISTA DE MEDICAMENTOS COMPLETA (Formulario) DE CIGNA PARA 2022

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

Planes de cobertura

Cigna Alliance Medicare (HMO)
Cigna Preferred GA Medicare (HMO)
Cigna Preferred Medicare (HMO)
Cigna Preferred Plus Medicare (HMO)
Cigna Preferred Savings Medicare (HMO)
Cigna Premier Medicare (HMO-POS)
Cigna Primary Medicare (HMO)
Cigna TotalCare Plus (HMO D-SNP)
Cigna True Choice Medicare (PPO)
Cigna True Choice Plus 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. El Formulario, la red de farmacias y/o la red de proveedores pueden cambiar en cualquier momento.

Diciembre 2022

22_F_01_MAPD_01_S_V12
INT_22_98644_C_Final_1oS

Nota para los clientes existentes: Este Formulario ha cambiado desde el año pasado. Revise este documento para asegurarse de que todavía contenga los medicamentos que usted toma.

Cuando esta Lista de medicamentos (Formulario) hace referencia a “nosotros”, “nos” o “nuestro”, significa Cigna. Cuando hace referencia al “plan” o a “nuestro plan”, significa Cigna Alliance Medicare (HMO), Cigna Preferred GA Medicare (HMO), Cigna Preferred Medicare (HMO), Cigna Preferred Plus Medicare (HMO), Cigna Preferred Savings Medicare (HMO), Cigna Premier Medicare (HMO-POS), Cigna Primary Medicare (HMO), Cigna TotalCare Plus (HMO D-SNP), Cigna True Choice Medicare (PPO) y Cigna True Choice Plus 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 33. 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 33. 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 89. 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 opiáceo dentro de los últimos 108 días (conocidos como “pacientes sin tratamiento previo con opiáceos”) tienen un límite de un suministro máximo de 7 días de analgésicos opiáceos. Los clientes que han despachado recientemente un analgésico opiáceo (pacientes con tratamiento previo con opiáceos) 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 33. También puede obtener más información sobre las restricciones que se aplican a medicamentos cubiertos específicos visitando nuestro sitio web. Hemos publicado en línea documentos que explican nuestras restricciones de autorización previa y tratamiento escalonado. También puede solicitarnos que le enviemos una copia. Nuestra información de contacto aparece en la portada y la contraportada, junto con la fecha de la última actualización de la lista de medicamentos.

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

Opciones para los medicamentos de mantenimiento

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

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

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

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

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

- Pregúntele a su médico (u otro proveedor) si hay alternativas genéricas de menor costo disponibles para alguno de sus medicamentos actuales.
- 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 33 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 89.

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

¿Qué es una farmacia de la red preferida?

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



Para obtener más información

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

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

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

Tabla de niveles de medicamentos y costos compartidos

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

Cigna no siempre puede mantener todos los medicamentos genéricos en los niveles de medicamentos Genéricos preferidos y Genéricos, y algunos medicamentos genéricos pueden estar en el Nivel 3, Nivel 4 o Nivel 5. Recuerde que el nombre

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

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: Alabama

H7849-012 – Cigna True Choice Medicare (PPO): Blount, Cherokee, Colbert, DeKalb, Etowah, Jackson, Lawrence, Limestone, Madison, Marshall, Morgan, St. Clair y Tuscaloosa, Alabama

H7849-013 – Cigna True Choice Medicare (PPO): Autauga, Bibb, Chilton, Coosa, Cullman, Dallas, Elmore, Jefferson, Lowndes, Mobile, Montgomery, Perry, Shelby, Talladega y Walker, Alabama

Nivel del Medicamentos	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
	30 / 60 / 90 días	30 / 60 / 90 días	30 / 60 / 90 días	30 / 60 / 90 días
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos	\$2 / \$4 / \$5	\$7 / \$14 / \$21	\$2 / \$4 / \$0	\$7 / \$14 / \$21
Nivel 2: Medicamentos genéricos	\$4 / \$8 / \$10	\$9 / \$18 / \$27	\$4 / \$8 / \$0	\$9 / \$18 / \$27
Nivel 3: Medicamentos de marca preferida	\$40 / \$80 / \$120	\$45 / \$90 / \$135	\$40 / \$80 / \$120	\$45 / \$90 / \$135
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: Arkansas

H4513-038 – Cigna Preferred Medicare (HMO): Clay, Craighead, Crittenden, Cross, Greene, Independence, Jackson, Lawrence, Lee, Mississippi, Poinsett, Randolph, St. Francis, White y Woodruff, Arkansas

Nivel del Medicamentos	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
	30 / 60 / 90 días	30 / 60 / 90 días	30 / 60 / 90 días	30 / 60 / 90 días
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos	\$0 / \$0 / \$0	\$10 / \$20 / \$30	\$0 / \$0 / \$0	\$10 / \$20 / \$30
Nivel 2: Medicamentos genéricos	\$15 / \$30 / \$30	\$20 / \$40 / \$60	\$15 / \$30 / \$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	47%	47%	47%	47%
Nivel 5: Nivel de especialidad	33% (30 días)	33% (30 días)	33% (30 días)	33% (30 días)

Área de servicio: Arkansas

H4513-050 – Cigna Preferred Medicare (HMO): Arkansas, Calhoun, Clark, Cleburne, Conway, Faulkner, Garland, Grant, Hot Spring, Lonoke, Perry, Pope, Prairie, Pulaski, Saline, Stone y Van Buren, Arkansas

H4513-051 – Cigna Preferred Medicare (HMO): Crawford, Franklin, Johnson, Logan, Montgomery, Scott, Sebastian y Yell, Arkansas

H4513-052 – Cigna Preferred Medicare (HMO): Benton, Carroll, Madison, Newton y Washington, Arkansas

Nivel del Medicamentos	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
	30 / 60 / 90 días	30 / 60 / 90 días	30 / 60 / 90 días	30 / 60 / 90 días
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos	\$0 / \$0 / \$0	\$10 / \$20 / \$30	\$0 / \$0 / \$0	\$10 / \$20 / \$30
Nivel 2: Medicamentos genéricos	\$15 / \$30 / \$30	\$20 / \$40 / \$60	\$15 / \$30 / \$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	50%	50%	50%	50%
Nivel 5: Nivel de especialidad	33% (30 días)	33% (30 días)	33% (30 días)	33% (30 días)

Área de servicio: Connecticut

H7849-052 – Cigna True Choice Medicare (PPO), H7849-054 – Cigna True Choice Plus Medicare (PPO):
New Haven, Connecticut

Nivel del Medicamentos	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
	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 / \$20	\$0 / \$0 / \$0	\$10 / \$20 / \$20
Nivel 2: Medicamentos genéricos	\$0 / \$0 / \$0	\$20 / \$40 / \$40	\$0 / \$0 / \$0	\$20 / \$40 / \$40
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: Florida

H5410-018 – Cigna Preferred Medicare (HMO): Bay, Escambia, Okaloosa, Santa Rosa y Walton, Florida

Nivel del Medicamentos	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
	30 / 60 / 90 días	30 / 60 / 90 días	30 / 60 / 90 días	30 / 60 / 90 días
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos	\$4 / \$8 / \$8	\$9 / \$18 / \$27	\$4 / \$8 / \$0	\$9 / \$18 / \$27
Nivel 2: Medicamentos genéricos	\$12 / \$24 / \$24	\$17 / \$34 / \$51	\$12 / \$24 / \$0	\$17 / \$34 / \$51
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: Florida

H5410-037 – Cigna Preferred Medicare (HMO): Indian River, Martin y St. Lucie, Florida

H5410-039 – Cigna Preferred Medicare (HMO): Collier y Lee, Florida

Nivel del Medicamentos	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
	30 / 60 / 90 días	30 / 60 / 90 días	30 / 60 / 90 días	30 / 60 / 90 días
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos (GC)	\$0 / \$0 / \$0	\$10 / \$20 / \$30	\$0 / \$0 / \$0	\$10 / \$20 / \$30
Nivel 2: Medicamentos genéricos (GC)	\$0 / \$0 / \$0	\$20 / \$40 / \$60	\$0 / \$0 / \$0	\$20 / \$40 / \$60
Nivel 3: Medicamentos de marca preferida	\$35 / \$70 / \$105	\$47 / \$94 / \$141	\$35 / \$70 / \$105	\$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)

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: Florida

H5410-040 – Cigna Preferred Savings Medicare (HMO): Indian River, Martin y St. Lucie, Florida

H5410-041 – Cigna Preferred Savings Medicare (HMO): Collier y Lee, Florida

Nivel del Medicamentos	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
	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	\$7 / \$14 / \$21	\$0 / \$0 / \$0	\$7 / \$14 / \$21
Nivel 2: Medicamentos genéricos (GC)	\$4 / \$8 / \$8	\$9 / \$18 / \$27	\$4 / \$8 / \$0	\$9 / \$18 / \$27
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: Florida

H5410-025 – Cigna TotalCare Plus (HMO D-SNP): Lake, Marion, Orange, Osceola, Polk y Seminole, Florida

Nivel del Medicamentos	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*
	30 / 60 / 90 días	30 / 60 / 90 días	30 / 60 / 90 días	30 / 60 / 90 días
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos**	\$2 / \$4 / \$4	\$18 / \$36 / \$54	\$0 / \$0 / \$0	\$18 / \$36 / \$54
Nivel 2: Medicamentos genéricos**	\$13 / \$26 / \$26	\$20 / \$40 / \$60	\$13 / \$26 / \$0	\$20 / \$40 / \$60
Nivel 3: Medicamentos de marca preferida**	18%	19%	18%	19%
Nivel 4: Medicamentos no preferidos**	44%	44%	44%	44%
Nivel 5: Nivel de especialidad**	25% (30 días)	25% (30 días)	25% (30 días)	25% (30 días)

Si recibe Ayuda Adicional, estos pueden ser sus costos:

Opción estándar de costo compartido minorista o de pedido por correo*

\$0 / \$1.35 / \$3.95 (genéricos)

\$0 / \$4.00 / \$9.85 (todos los demás medicamentos)

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.

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

**Es posible que algunos medicamentos adicionales que no están cubiertos por Medicare estén cubiertos a través de sus beneficios de Medicaid. Para averiguar por la cobertura de medicamentos de Medicaid, llame a Servicio al Cliente al 1-800-668-3813.

Área de servicio: Florida

H5410-031 – Cigna TotalCare Plus (HMO D-SNP): Brevard, Flagler y Volusia, Florida

H5410-032 – Cigna TotalCare Plus (HMO D-SNP): Hernando, Hillsborough, Manatee, Pasco, Pinellas y Sarasota, Florida

Nivel del Medicamentos	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*
	30 / 60 / 90 días	30 / 60 / 90 días	30 / 60 / 90 días	30 / 60 / 90 días
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos**	\$1 / \$2 / \$2	\$18 / \$36 / \$54	\$0 / \$0 / \$0	\$18 / \$36 / \$54
Nivel 2: Medicamentos genéricos**	\$12 / \$24 / \$24	\$20 / \$40 / \$60	\$12 / \$24 / \$0	\$20 / \$40 / \$60
Nivel 3: Medicamentos de marca preferida**	18%	19%	18%	19%
Nivel 4: Medicamentos no preferidos**	41%	41%	41%	41%
Nivel 5: Nivel de especialidad**	25% (30 días)	25% (30 días)	25% (30 días)	25% (30 días)

Si recibe Ayuda Adicional, estos pueden ser sus costos:

Opción estándar de costo compartido minorista o de pedido por correo*

\$0 / \$1.35 / \$3.95 (genéricos)

\$0 / \$4.00 / \$9.85 (todos los demás medicamentos)

Área de servicio: Florida

H5410-033 – Cigna Primary Medicare (HMO): Lake, Marion, Orange, Osceola, Polk, Seminole y Sumter, Florida

H5410-035 – Cigna Primary Medicare (HMO): Hernando, Hillsborough, Manatee, Pasco, Pinellas y Sarasota, Florida

Nivel del Medicamentos	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
	30 / 60 / 90 días	30 / 60 / 90 días	30 / 60 / 90 días	30 / 60 / 90 días
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos	\$1 / \$2 / \$2	\$18 / \$36 / \$54	\$0 / \$0 / \$0	\$18 / \$36 / \$54
Nivel 2: Medicamentos genéricos	\$12 / \$24 / \$24	\$20 / \$40 / \$60	\$12 / \$24 / \$0	\$20 / \$40 / \$60
Nivel 3: Medicamentos de marca preferida	18%	19%	18%	19%
Nivel 4: Medicamentos no preferidos	41%	41%	41%	41%
Nivel 5: Nivel de especialidad	25% (30 días)	25% (30 días)	25% (30 días)	25% (30 días)

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

**Es posible que algunos medicamentos adicionales que no están cubiertos por Medicare estén cubiertos a través de sus beneficios de Medicaid. Para averiguar por la cobertura de medicamentos de Medicaid, llame a Servicio al Cliente al 1-800-668-3813.

Área de servicio: Florida

H5410-034 – Cigna Primary Medicare (HMO): Brevard, Flagler y Volusia, Florida

Nivel del Medicamentos	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
	30 / 60 / 90 días	30 / 60 / 90 días	30 / 60 / 90 días	30 / 60 / 90 días
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos	\$1 / \$2 / \$2	\$18 / \$36 / \$54	\$0 / \$0 / \$0	\$18 / \$36 / \$54
Nivel 2: Medicamentos genéricos	\$11 / \$22 / \$22	\$20 / \$40 / \$60	\$11 / \$22 / \$0	\$20 / \$40 / \$60
Nivel 3: Medicamentos de marca preferida	18%	19%	18%	19%
Nivel 4: Medicamentos no preferidos	41%	41%	41%	41%
Nivel 5: Nivel de especialidad	25% (30 días)	25% (30 días)	25% (30 días)	25% (30 días)

Área de servicio: Florida

H7849-017 – Cigna True Choice Medicare (PPO): Lake, Marion, Orange, Osceola, Polk, Seminole y Sumter, Florida

H7849-047 – Cigna True Choice Medicare (PPO): Brevard, Flagler y Volusia, Florida

H7849-048 – Cigna True Choice Medicare (PPO): Hernando, Hillsborough, Manatee, Pasco, Pinellas y Sarasota, Florida

Nivel del Medicamentos	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
	30 / 60 / 90 días	30 / 60 / 90 días	30 / 60 / 90 días	30 / 60 / 90 días
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos	\$2 / \$4 / \$4	\$7 / \$14 / \$21	\$2 / \$4 / \$0	\$7 / \$14 / \$21
Nivel 2: Medicamentos genéricos	\$4 / \$8 / \$8	\$9 / 18 / \$27	\$4 / \$8 / \$0	\$9 / 18 / \$27
Nivel 3: Medicamentos de marca preferida	\$40 / \$80 / \$120	\$45 / \$90 / \$135	\$40 / \$80 / \$120	\$45 / \$90 / \$135
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: Florida

H7849-044 – Cigna True Choice Medicare (PPO): Escambia y Santa Rosa, Florida

Nivel del Medicamentos	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
	30 / 60 / 90 días	30 / 60 / 90 días	30 / 60 / 90 días	30 / 60 / 90 días
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos	\$2 / \$4 / \$5	\$7 / \$14 / \$21	\$2 / \$4 / \$0	\$7 / \$14 / \$21
Nivel 2: Medicamentos genéricos	\$4 / \$8 / \$10	\$9 / \$18 / \$27	\$4 / \$8 / \$0	\$9 / \$18 / \$27
Nivel 3: Medicamentos de marca preferida	\$40 / \$80 / \$120	\$45 / \$90 / \$135	\$40 / \$80 / \$120	\$45 / \$90 / \$135
Nivel 4: Medicamentos no preferidos	\$95 / \$190 / \$285	\$100 / \$200 / \$300	\$95 / \$190 / \$285	\$100 / \$200 / \$300
Nivel 5: Nivel de especialidad	31% (30 días)	31% (30 días)	31% (30 días)	31% (30 días)

Área de servicio: Florida

H7849-056 – Cigna True Choice Medicare (PPO): Collier y Lee, Florida

Nivel del Medicamentos	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
	30 / 60 / 90 días	30 / 60 / 90 días	30 / 60 / 90 días	30 / 60 / 90 días
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos (GC)	\$0 / \$0 / \$0	\$10 / \$20 / \$30	\$0 / \$0 / \$0	\$10 / \$20 / \$30
Nivel 2: Medicamentos genéricos (GC)	\$10 / \$20 / \$30	\$20 / \$40 / \$60	\$10 / \$20 / \$0	\$20 / \$40 / \$60
Nivel 3: Medicamentos de marca preferida	\$45 / \$90 / \$135	\$47 / \$94 / \$141	\$45 / \$90 / \$135	\$47 / \$94 / \$141
Nivel 4: Medicamentos no preferidos	\$100 / \$200 / \$300	\$100 / \$200 / \$300	\$100 / \$200 / \$300	\$100 / \$200 / \$300
Nivel 5: Nivel de especialidad	30% (30 días)	30% (30 días)	30% (30 días)	30% (30 días)

Área de servicio: Georgia

H0439-003-001 – Cigna Preferred GA Medicare (HMO): Barrow, Butts, Clarke, Clayton, DeKalb, Douglas, Franklin, Fulton, Greene, Gwinnett, Henry, Madison, Morgan, Newton, Oconee, Oglethorpe, Rockdale, Spalding y Walton, Georgia

H0439-003-002 – Cigna Preferred GA Medicare (HMO): Banks, Bartow, Chattooga, Cherokee, Cobb, Coweta, Dawson, Fayette, Floyd, Forsyth, Gordon, Habersham, Hall, Jackson, Lumpkin, Paulding, Pickens, Polk, Stephens y White, Georgia

Nivel del Medicamentos	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
	30 / 60 / 90 días	30 / 60 / 90 días	30 / 60 / 90 días	30 / 60 / 90 días
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos	\$3 / \$6 / \$6	\$10 / \$20 / \$30	\$3 / \$6 / \$0	\$10 / \$20 / \$30
Nivel 2: Medicamentos genéricos	\$12 / \$24 / \$24	\$20 / \$40 / \$60	\$12 / \$24 / \$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	37%	37%	37%	37%
Nivel 5: Nivel de especialidad	28% (30 días)	28% (30 días)	28% (30 días)	28% (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: Georgia

H0439-006 – Cigna Preferred Plus Medicare (HMO): Banks, Barrow, Bartow, Butts, Chattooga, Cherokee, Clarke, Clayton, Cobb, Coweta, Dawson, DeKalb, Douglas, Fayette, Floyd, Franklin, Fulton, Gordon, Greene, Gwinnett, Habersham, Hall, Henry, Jackson, Lumpkin, Madison, Morgan, Newton, Oconee, Oglethorpe, Paulding, Pickens, Polk, Rockdale, Spalding, Stephens, Walton y White, Georgia

Nivel del Medicamentos	Opción 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
	30 / 60 / 90 días	30 / 60 / 90 días	30 / 60 / 90 días	30 / 60 / 90 días
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos	\$0 / \$0 / \$0	\$5 / \$10 / \$15	\$0 / \$0 / \$0	\$5 / \$10 / \$15
Nivel 2: Medicamentos genéricos	\$4 / \$8 / \$8	\$9 / \$18 / \$27	\$4 / \$8 / \$0	\$9 / \$18 / \$27
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: Georgia

H0439-007 – Cigna Preferred Medicare (HMO): Barrow, Butts, Cherokee, Clayton, Coweta, DeKalb, Fayette, Forsyth, Fulton, Gwinnett, Henry, Newton, Pickens, Rockdale y Spalding, Georgia

H0439-009 – Cigna Preferred Medicare (HMO): Clarke, Franklin, Greene, Madison, Morgan, Oconee, Oglethorpe y Walton, Georgia

Nivel del Medicamentos	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
	30 / 60 / 90 días	30 / 60 / 90 días	30 / 60 / 90 días	30 / 60 / 90 días
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos	\$0 / \$0 / \$0	\$10 / \$20 / \$30	\$0 / \$0 / \$0	\$10 / \$20 / \$30
Nivel 2: Medicamentos genéricos	\$12 / \$24 / \$24	\$20 / \$40 / \$60	\$12 / \$24 / \$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	33% (30 días)	33% (30 días)	33% (30 días)	33% (30 días)

Área de servicio: Georgia

H0439-008 – Cigna Preferred Medicare (HMO): Cobb, Douglas y Paulding, Georgia

Nivel del Medicamentos	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
	30 / 60 / 90 días	30 / 60 / 90 días	30 / 60 / 90 días	30 / 60 / 90 días
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos	\$3 / \$6 / \$6	\$8 / \$16 / \$24	\$3 / \$6 / \$0	\$8 / \$16 / \$24
Nivel 2: Medicamentos genéricos	\$12 / \$24 / \$24	\$17 / \$34 / \$51	\$12 / \$24 / \$0	\$17 / \$34 / \$51
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	31% (30 días)	31% (30 días)	31% (30 días)	31% (30 días)

Área de servicio: Georgia

H0439-010 – Cigna Preferred Medicare (HMO): Banks, Dawson, Habersham, Hall, Jackson, Lumpkin, Stephens y White, Georgia

Nivel del Medicamentos	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
	30 / 60 / 90 días	30 / 60 / 90 días	30 / 60 / 90 días	30 / 60 / 90 días
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos	\$0 / \$0 / \$0	\$7 / \$14 / \$21	\$0 / \$0 / \$0	\$7 / \$14 / \$21
Nivel 2: Medicamentos genéricos	\$4 / \$8 / \$8	\$9 / \$18 / \$27	\$4 / \$8 / \$0	\$9 / \$18 / \$27
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	31% (30 días)	31% (30 días)	31% (30 días)	31% (30 días)

Área de servicio: Georgia

H0439-011 – Cigna Preferred Medicare (HMO): Bartow, Chattooga, Floyd, Gordon y Polk, Georgia

Nivel del Medicamentos	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
	30 / 60 / 90 días	30 / 60 / 90 días	30 / 60 / 90 días	30 / 60 / 90 días
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos	\$0 / \$0 / \$0	\$8 / \$16 / \$24	\$0 / \$0 / \$0	\$8 / \$16 / \$24
Nivel 2: Medicamentos genéricos	\$12 / \$24 / \$24	\$17 / \$34 / \$51	\$12 / \$24 / \$0	\$17 / \$34 / \$51
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: Georgia

H7849-003 – Cigna True Choice Medicare (PPO): Barrow, Butts, Cherokee, Clayton, Coweta, DeKalb, Fayette, Forsyth, Fulton, Gwinnett, Henry, Newton, Pickens, Rockdale y Spalding, Georgia

Nivel del Medicamentos	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
	30 / 60 / 90 días	30 / 60 / 90 días	30 / 60 / 90 días	30 / 60 / 90 días
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos	\$0 / \$0 / \$0	\$10 / \$20 / \$30	\$0 / \$0 / \$0	\$10 / \$20 / \$30
Nivel 2: Medicamentos genéricos	\$12 / 24 / \$30	\$20 / \$40 / \$60	\$12 / 24 / \$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	33% (30 días)	33% (30 días)	33% (30 días)	33% (30 días)

Área de servicio: Georgia

H7849-020 – Cigna True Choice Medicare (PPO): Cobb, Douglas y Paulding, Georgia

H7849-022 – Cigna True Choice Medicare (PPO): Banks, Dawson, Habersham, Hall, Jackson, Lumpkin, Stephens y White, Georgia

Nivel del Medicamentos	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
	30 / 60 / 90 días	30 / 60 / 90 días	30 / 60 / 90 días	30 / 60 / 90 días
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos	\$3 / \$6 / \$7.50	\$8 / \$16 / \$24	\$3 / \$6 / \$0	\$8 / \$16 / \$24
Nivel 2: Medicamentos genéricos	\$12 / \$24 / \$30	\$17 / \$34 / \$51	\$12 / \$24 / \$0	\$17 / \$34 / \$51
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)

Área de servicio: Georgia

H7849-021 – Cigna True Choice Medicare (PPO): Franklin, Greene, Madison, Morgan, Oconee, Oglethorpe y Walton, Georgia

Nivel del Medicamentos	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
	30 / 60 / 90 días	30 / 60 / 90 días	30 / 60 / 90 días	30 / 60 / 90 días
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos	\$3 / \$6 / \$7.50	\$8 / \$16 / \$24	\$3 / \$6 / \$0	\$8 / \$16 / \$24
Nivel 2: Medicamentos genéricos	\$12 / \$24 / \$30	\$17 / \$34 / \$51	\$12 / \$24 / \$0	\$17 / \$34 / \$51
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: Georgia

H7849-023 – Cigna True Choice Medicare (PPO): Bartow, Chattooga, Floyd, Gordon y Polk, Georgia

Nivel del Medicamentos	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
	30 / 60 / 90 días	30 / 60 / 90 días	30 / 60 / 90 días	30 / 60 / 90 días
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos	\$0 / \$0 / \$0	\$8 / \$16 / \$24	\$0 / \$0 / \$0	\$8 / \$16 / \$24
Nivel 2: Medicamentos genéricos	\$12 / 24 / \$30	\$17 / \$34 / \$51	\$12 / 24 / \$0	\$17 / \$34 / \$51
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	31% (30 días)	31% (30 días)	31% (30 días)	31% (30 días)

Área de servicio: Georgia

H4513-030 – Cigna Preferred Medicare (HMO): Catoosa, Dade y Walker, Georgia

Nivel del Medicamentos	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
	30 / 60 / 90 días	30 / 60 / 90 días	30 / 60 / 90 días	30 / 60 / 90 días
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos (GC)	\$3 / \$6 / \$6	\$10 / \$20 / \$20	\$3 / \$6 / \$0	\$10 / \$20 / \$20
Nivel 2: Medicamentos genéricos (GC)	\$12 / \$24 / \$24	\$20 / \$40 / \$40	\$12 / \$24 / \$0	\$20 / \$40 / \$40
Nivel 3: Medicamentos de marca preferida	\$42 / \$84 / \$126	\$47 / \$94 / \$141	\$42 / \$84 / \$126	\$47 / \$94 / \$141
Nivel 4: Medicamentos no preferidos	38%	38%	38%	38%
Nivel 5: Nivel de especialidad	29% (30 días)	29% (30 días)	29% (30 días)	29% (30 días)

Área de servicio: Georgia

H7849-035 – Cigna True Choice Medicare (PPO): Catoosa, Dade y Walker, Georgia

Nivel del Medicamentos	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
	30 / 60 / 90 días	30 / 60 / 90 días	30 / 60 / 90 días	30 / 60 / 90 días
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos	\$0 / \$0 / \$0	\$5 / \$10 / \$12.50	\$0 / \$0 / \$0	\$5 / \$10 / \$12.50
Nivel 2: Medicamentos genéricos	\$4 / \$8 / \$10	\$9 / \$18 / \$22.50	\$0 / \$0 / \$0	\$9 / \$18 / \$22.50
Nivel 3: Medicamentos de marca preferida	\$40 / \$80 / \$120	\$45 / \$90 / \$135	\$40 / \$80 / \$120	\$45 / \$90 / \$135
Nivel 4: Medicamentos no preferidos	\$80 / \$160 / \$240	\$85 / \$170 / \$255	\$80 / \$160 / \$240	\$85 / \$170 / \$255
Nivel 5: Nivel de especialidad	33% (30 días)	33% (30 días)	33% (30 días)	33% (30 días)

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

Área de servicio: Illinois

H1415-021 – Cigna Premier Medicare (HMO-POS), H1415-024 – Cigna Preferred Medicare (HMO): Cook, DuPage, Kane, Kankakee, Lake y Will, Illinois

H7389-004 – Cigna Preferred Medicare (HMO), H7849-058 – Cigna True Choice Medicare (PPO): Bond, Clinton, Jersey, Macoupin y Washington, Illinois

H7849-059 – Cigna True Choice Medicare (PPO): Christian, Jackson, Logan, Mason, Menard, Montgomery, Morgan, Moultrie, Perry, Sangamon, Shelby y Williamson, Illinois

Nivel del Medicamentos	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
	30 / 60 / 90 días	30 / 60 / 90 días	30 / 60 / 90 días	30 / 60 / 90 días
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos	\$0 / \$0 / \$0	\$9 / \$18 / \$18	\$0 / \$0 / \$0	\$9 / \$18 / \$18
Nivel 2: Medicamentos genéricos	\$4 / \$8 / \$8	\$12 / \$24 / \$24	\$4 / \$8 / \$0	\$12 / \$24 / \$24
Nivel 3: Medicamentos de marca preferida	\$42 / \$84 / \$126	\$47 / \$94 / \$141	\$42 / \$84 / \$126	\$47 / \$94 / \$141
Nivel 4: Medicamentos no preferidos	50%	50%	50%	50%
Nivel 5: Nivel de especialidad	33% (30 días)	33% (30 días)	33% (30 días)	33% (30 días)

Área de servicio: Illinois

H7849-002 – Cigna True Choice Medicare (PPO): Cook, DuPage, Kane, Kankakee, Lake y Will, Illinois

Nivel del Medicamentos	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
	30 / 60 / 90 días	30 / 60 / 90 días	30 / 60 / 90 días	30 / 60 / 90 días
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos	\$0 / \$0 / \$0	\$9 / \$18 / \$18	\$0 / \$0 / \$0	\$9 / \$18 / \$18
Nivel 2: Medicamentos genéricos	\$4 / \$8 / \$8	\$12 / \$24 / \$24	\$4 / \$8 / \$0	\$12 / \$24 / \$24
Nivel 3: Medicamentos de marca preferida	\$42 / \$84 / \$126	\$47 / \$94 / \$141	\$42 / \$84 / \$126	\$47 / \$94 / \$141
Nivel 4: Medicamentos no preferidos	45%	45%	45%	45%
Nivel 5: Nivel de especialidad	33% (30 días)	33% (30 días)	33% (30 días)	33% (30 días)

La red de farmacias de Cigna incluye una cantidad limitada de farmacias preferidas de menor costo en el condado de Clinton, en Illinois. Los costos menores que se publicitan en los materiales de nuestro plan para estas farmacias pueden no estar disponibles en la farmacia que usted usa. Para obtener información actualizada sobre las farmacias de nuestra red, incluso para saber si hay alguna farmacia preferida de menor costo en su área, llame al 1-800-668-3813 (TTY 711) o consulte el directorio de farmacias en línea en [CignaMedicare.com](https://www.CignaMedicare.com).

Área de servicio: Illinois

H7389-005 – Cigna Preferred Plus Medicare (HMO): Christian, Jackson, Logan, Mason, Menard, Montgomery, Morgan, Moultrie, Perry, Sangamon, Shelby y Williamson, Illinois

Nivel del Medicamentos	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
	30 / 60 / 90 días	30 / 60 / 90 días	30 / 60 / 90 días	30 / 60 / 90 días
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos	\$0 / \$0 / \$0	\$9 / \$18 / \$18	\$0 / \$0 / \$0	\$9 / \$18 / \$18
Nivel 2: Medicamentos genéricos	\$4 / \$8 / \$8	\$12 / \$24 / \$24	\$4 / \$8 / \$0	\$12 / \$24 / \$24
Nivel 3: Medicamentos de marca preferida	\$42 / \$84 / \$126	\$47 / \$94 / \$141	\$42 / \$84 / \$126	\$47 / \$94 / \$141
Nivel 4: Medicamentos no preferidos	48%	48%	48%	48%
Nivel 5: Nivel de especialidad	33% (30 días)	33% (30 días)	33% (30 días)	33% (30 días)

Área de servicio: Kansas / Missouri

H9460-001 – Cigna Preferred Medicare (HMO): Franklin Jefferson, Johnson, Leavenworth, Miami y Wyandotte, Kansas; Andrew, Bates, Caldwell, Carroll, Cass, Clay, Clinton, DeKalb, Henry, Holt, Jackson, Johnson, Lafayette, Platte y Ray, Missouri

Nivel del Medicamentos	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
	30 / 60 / 90 días	30 / 60 / 90 días	30 / 60 / 90 días	30 / 60 / 90 días
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos	\$0 / \$0 / \$0	\$9 / \$18 / \$18	\$0 / \$0 / \$0	\$9 / \$18 / \$18
Nivel 2: Medicamentos genéricos	\$10 / \$20 / \$20	\$20 / \$40 / \$40	\$10 / \$20 / \$0	\$20 / \$40 / \$40
Nivel 3: Medicamentos de marca preferida	\$42 / \$84 / \$126	\$47 / \$94 / \$141	\$42 / \$84 / \$126	\$47 / \$94 / \$141
Nivel 4: Medicamentos no preferidos	48%	48%	48%	48%
Nivel 5: Nivel de especialidad	33% (30 días)	33% (30 días)	33% (30 días)	33% (30 días)

Área de servicio: Kansas / Missouri

H7849-024 – Cigna True Choice Medicare (PPO): Franklin, Jefferson, Johnson, Leavenworth, Miami y Wyandotte, Kansas; Andrew, Bates, Caldwell, Carroll, Cass, Clay, Clinton, DeKalb, Henry, Holt, Jackson, Johnson, Lafayette, Platte y Ray, Missouri

Nivel del Medicamentos	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
	30 / 60 / 90 días	30 / 60 / 90 días	30 / 60 / 90 días	30 / 60 / 90 días
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos	\$0 / \$0 / \$0	\$9 / \$18 / \$18	\$0 / \$0 / \$0	\$9 / \$18 / \$18
Nivel 2: Medicamentos genéricos	\$10 / \$20 / \$20	\$20 / \$40 / \$40	\$10 / \$20 / \$0	\$20 / \$40 / \$40
Nivel 3: Medicamentos de marca preferida	\$42 / \$84 / \$126	\$47 / \$94 / \$141	\$42 / \$84 / \$126	\$47 / \$94 / \$141
Nivel 4: Medicamentos no preferidos	50%	50%	50%	50%
Nivel 5: Nivel de especialidad	33% (30 días)	33% (30 días)	33% (30 días)	33% (30 días)

Área de servicio: Atlántico central

H7849-008 – Cigna True Choice Medicare (PPO), H7849-009 – Cigna True Choice Plus Medicare (PPO):

District of Columbia; New Castle, Delaware

H2108-028 – Cigna Preferred Medicare (HMO): District of Columbia; Kent, New Castle y Sussex, Delaware

Nivel del Medicamentos	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
	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	\$9 / \$18 / \$18	\$0 / \$0 / \$0	\$9 / \$18 / \$18
Nivel 2: Medicamentos genéricos	\$5 / \$10 / \$10	\$20 / \$40 / \$40	\$5 / \$10 / \$0	\$20 / \$40 / \$40
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: Atlántico central

H2108-022 – Cigna Preferred Plus Medicare (HMO): Anne Arundel, Baltimore, Baltimore City y Harford, Maryland

H2108-036 – Cigna Alliance Medicare (HMO): Anne Arundel, Baltimore y Baltimore City, Maryland

Nivel del Medicamentos	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
	30 / 60 / 90 días	30 / 60 / 90 días	30 / 60 / 90 días	30 / 60 / 90 días
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos	\$0 / \$0 / \$0	\$9 / \$18 / \$18	\$0 / \$0 / \$0	\$9 / \$18 / \$18
Nivel 2: Medicamentos genéricos	\$5 / \$10 / \$10	\$20 / \$40 / \$40	\$5 / \$10 / \$0	\$20 / \$40 / \$40
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)

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: Atlántico central

H2108-034 – Cigna Preferred Medicare (HMO): Montgomery y Prince George's, Maryland

Nivel del Medicamentos	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
	30 / 60 / 90 días	30 / 60 / 90 días	30 / 60 / 90 días	30 / 60 / 90 días
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos	\$0 / \$0 / \$0	\$9 / \$18 / \$18	\$0 / \$0 / \$0	\$9 / \$18 / \$18
Nivel 2: Medicamentos genéricos	\$5 / \$10 / \$5	\$20 / \$40 / \$40	\$0 / \$0 / \$0	\$20 / \$40 / \$40
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	28% (30 días)	28% (30 días)	28% (30 días)	28% (30 días)

Área de servicio: Mississippi

H7849-016 – Cigna True Choice Medicare (PPO): Hancock, Harrison, Hinds, Jackson, Jones, Madison y Rankin, Mississippi

Nivel del Medicamentos	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
	30 / 60 / 90 días	30 / 60 / 90 días	30 / 60 / 90 días	30 / 60 / 90 días
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos	\$2 / \$4 / \$4	\$7 / \$14 / \$21	\$2 / \$4 / \$0	\$7 / \$14 / \$21
Nivel 2: Medicamentos genéricos	\$10 / \$20 / \$20	\$15 / \$30 / \$45	\$10 / \$20 / \$0	\$15 / \$30 / \$45
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	30% (30 días)	30% (30 días)	30% (30 días)	30% (30 días)

Área de servicio: Mississippi

H4407-026 – Cigna Preferred Medicare (HMO): Covington, Forrest, George, Hancock, Harrison, Hinds, Jackson, Jones, Lamar, Madison, Marion, Pearl River, Perry, Rankin y Stone, Mississippi

Nivel del Medicamentos	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
	30 / 60 / 90 días	30 / 60 / 90 días	30 / 60 / 90 días	30 / 60 / 90 días
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos	\$2 / \$4 / \$4	\$7 / \$14 / \$21	\$2 / \$4 / \$0	\$7 / \$14 / \$21
Nivel 2: Medicamentos genéricos	\$10 / \$20 / \$20	\$15 / \$30 / \$45	\$10 / \$20 / \$0	\$15 / \$30 / \$45
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: Mississippi

H4407-027 – Cigna Preferred Plus Medicare (HMO): Covington, Forrest, George, Hancock, Harrison, Hinds, Jackson, Jones, Lamar, Madison, Marion, Pearl River, Perry, Rankin y Stone, Mississippi

Nivel del Medicamentos	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
	30 / 60 / 90 días	30 / 60 / 90 días	30 / 60 / 90 días	30 / 60 / 90 días
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos	\$0 / \$0 / \$0	\$5 / \$10 / \$15	\$0 / \$0 / \$0	\$5 / \$10 / \$15
Nivel 2: Medicamentos genéricos	\$4 / \$8 / \$8	\$9 / \$18 / \$27	\$4 / \$8 / \$0	\$9 / \$18 / \$27
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: Mississippi

H4407-028 – Cigna Preferred Medicare (HMO): Desoto, Marshall, Tate y Tunica, Mississippi

Nivel del Medicamentos	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
	30 / 60 / 90 días	30 / 60 / 90 días	30 / 60 / 90 días	30 / 60 / 90 días
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos	\$0 / \$0 / \$0	\$10 / \$20 / \$30	\$0 / \$0 / \$0	\$10 / \$20 / \$30
Nivel 2: Medicamentos genéricos	\$10 / \$20 / \$20	\$20 / \$40 / \$60	\$10 / \$20 / \$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	\$100 / \$200 / \$250	\$100 / \$200 / \$250	\$100 / \$200 / \$250	\$100 / \$200 / \$250
Nivel 5: Nivel de especialidad	33% (30 días)	33% (30 días)	33% (30 días)	33% (30 días)

Área de servicio: Mississippi

H7849-060 – Cigna True Choice Medicare (PPO): Desoto, Marshall, Tate y Tunica, Mississippi

Nivel del Medicamentos	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
	30 / 60 / 90 días	30 / 60 / 90 días	30 / 60 / 90 días	30 / 60 / 90 días
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos	\$0 / \$0 / \$0	\$5 / \$10 / \$12.50	\$0 / \$0 / \$0	\$5 / \$10 / \$12.50
Nivel 2: Medicamentos genéricos	\$4 / \$8 / \$10	\$9 / \$18 / \$22.50	\$4 / \$8 / \$0	\$9 / \$18 / \$22.50
Nivel 3: Medicamentos de marca preferida	\$40 / \$80 / \$120	\$45 / \$90 / \$135	\$40 / \$80 / \$120	\$45 / \$90 / \$135
Nivel 4: Medicamentos no preferidos	\$80 / \$160 / \$240	\$85 / \$170 / \$255	\$80 / \$160 / \$240	\$85 / \$170 / \$255
Nivel 5: Nivel de especialidad	33% (30 días)	33% (30 días)	33% (30 días)	33% (30 días)

Área de servicio: Missouri / Illinois

H7389-003 – Cigna Preferred Medicare (HMO): Crawford, Franklin, Jefferson, St. Charles, St. Francois, St. Louis, St. Louis City, Warren y Washington, Missouri; Madison, Monroe y St. Clair, Illinois

Nivel del Medicamentos	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
	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	\$9 / \$18 / \$18	\$0 / \$0 / \$0	\$9 / \$18 / \$18
Nivel 2: Medicamentos genéricos	\$4 / \$8 / \$8	\$12 / \$24 / \$24	\$4 / \$8 / \$0	\$12 / \$24 / \$24
Nivel 3: Medicamentos de marca preferida	\$42 / \$84 / \$126	\$47 / \$94 / \$141	\$42 / \$84 / \$126	\$47 / \$94 / \$141
Nivel 4: Medicamentos no preferidos	50%	50%	50%	50%
Nivel 5: Nivel de especialidad	33% (30 días)	33% (30 días)	33% (30 días)	33% (30 días)

Área de servicio: Missouri / Illinois

H7849-057 – Cigna True Choice Medicare (PPO): Crawford, Franklin, Jefferson, St. Charles, St. Francois, St. Louis, St. Louis City, Warren y Washington, Missouri; Madison, Monroe y St. Clair, Illinois

Nivel del Medicamentos	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
	30 / 60 / 90 días	30 / 60 / 90 días	30 / 60 / 90 días	30 / 60 / 90 días
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos	\$0 / \$0 / \$0	\$9 / \$18 / \$18	\$0 / \$0 / \$0	\$9 / \$18 / \$18
Nivel 2: Medicamentos genéricos	\$4 / \$8 / \$8	\$12 / \$24 / \$24	\$4 / \$8 / \$0	\$12 / \$24 / \$24
Nivel 3: Medicamentos de marca preferida	\$42 / \$84 / \$126	\$47 / \$94 / \$141	\$42 / \$84 / \$126	\$47 / \$94 / \$141
Nivel 4: Medicamentos no preferidos	50%	50%	50%	50%
Nivel 5: Nivel de especialidad	33% (30 días)	33% (30 días)	33% (30 días)	33% (30 días)

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

Área de servicio: New Jersey

H3949-032 – Cigna Preferred Medicare (HMO), H3949-033 – Cigna Preferred Plus Medicare (HMO), H7849-033 – Cigna True Choice Plus Medicare (PPO): Atlantic, Burlington, Camden, Cumberland, Gloucester, Mercer y Salem, New Jersey

H3949-034 – Cigna Preferred Medicare (HMO), H7849-030 – Cigna True Choice Plus Medicare (PPO): Monmouth y Ocean, New Jersey

Nivel del Medicamentos	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
	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	\$9 / \$18 / \$18	\$0 / \$0 / \$0	\$9 / \$18 / \$18
Nivel 2: Medicamentos genéricos	\$5 / \$10 / \$10	\$15 / \$30 / \$30	\$5 / \$10 / \$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: New Mexico

H0672-005 – Cigna Preferred Medicare (HMO), H7849-028 – Cigna True Choice Medicare (PPO): Bernalillo, Rio Arriba, Sandoval, San Juan, San Miguel, Sante Fe, Taos, Tarrant y Valencia, New Mexico

Nivel del Medicamentos	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
	30 / 60 / 90 días	30 / 60 / 90 días	30 / 60 / 90 días	30 / 60 / 90 días
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos	\$0 / \$0 / \$0	\$10 / \$20 / \$30	\$0 / \$0 / \$0	\$10 / \$20 / \$30
Nivel 2: Medicamentos genéricos	\$5 / \$10 / \$10	\$20 / \$40 / \$60	\$0 / \$0 / \$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	33% (30 días)	33% (30 días)	33% (30 días)	33% (30 días)

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

Área de servicio: North Carolina

H7849-019 – Cigna True Choice Medicare (PPO): Alexander, Anson, Cabarrus, Catawba, Cleveland, Gaston, Iredell, Lincoln, Mecklenburg, Polk, Rowan, Stokes, Union y Yadkin, North Carolina

H7849-046 – Cigna True Choice Medicare (PPO): Chatham, Durham y Orange, North Carolina

Nivel del Medicamentos	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
	30 / 60 / 90 días	30 / 60 / 90 días	30 / 60 / 90 días	30 / 60 / 90 días
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos	\$0 / \$0 / \$0	\$5 / \$10 / \$15	\$0 / \$0 / \$0	\$5 / \$10 / \$15
Nivel 2: Medicamentos genéricos	\$10 / \$20 / \$20	\$20 / \$40 / \$60	\$10 / \$20 / \$0	\$20 / \$40 / \$60
Nivel 3: Medicamentos de marca preferida	\$47 / \$94 / \$141	\$47 / \$94 / \$141	\$47 / \$94 / \$141	\$47 / \$94 / \$141
Nivel 4: Medicamentos no preferidos	\$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: North Carolina

H7849-011 – Cigna True Choice Medicare (PPO): Davidson, Davie, Forsyth y Guilford, North Carolina

Nivel del Medicamentos	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
	30 / 60 / 90 días	30 / 60 / 90 días	30 / 60 / 90 días	30 / 60 / 90 días
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos	\$0 / \$0 / \$0	\$5 / \$10 / \$15	\$0 / \$0 / \$0	\$5 / \$10 / \$15
Nivel 2: Medicamentos genéricos	\$10 / \$20 / \$25	\$20 / \$40 / \$60	\$10 / \$20 / \$0	\$20 / \$40 / \$60
Nivel 3: Medicamentos de marca preferida	\$47 / \$94 / \$141	\$47 / \$94 / \$141	\$47 / \$94 / \$141	\$47 / \$94 / \$141
Nivel 4: Medicamentos no preferidos	\$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: Ohio

H0672-006 – Cigna Preferred Medicare (HMO), H7849-015 – Cigna True Choice Medicare (PPO): Cuyahoga, Geauga, Lake, Lorain, Medina y Summit, Ohio

Nivel del Medicamentos	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
	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	\$9 / \$18 / \$18	\$0 / \$0 / \$0	\$9 / \$18 / \$18
Nivel 2: Medicamentos genéricos	\$5 / \$10 / \$10	\$20 / \$40 / \$40	\$5 / \$10 / \$0	\$20 / \$40 / \$40
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: Oregon / Washington

H7389-002 – Cigna Preferred Medicare (HMO): Clackamas, Multnomah y Washington, Oregon; Clark, Washington

Nivel del Medicamentos	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
	30 / 60 / 90 días	30 / 60 / 90 días	30 / 60 / 90 días	30 / 60 / 90 días
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos (GC)	\$0 / \$0 / \$0	\$10 / \$20 / \$30	\$0 / \$0 / \$0	\$10 / \$20 / \$30
Nivel 2: Medicamentos genéricos (GC)	\$0 / \$0 / \$0	\$20 / \$40 / \$60	\$0 / \$0 / \$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	33% (30 días)	33% (30 días)	33% (30 días)	33% (30 días)

Área de servicio: Oregon / Washington

H7849-055 – Cigna True Choice Medicare (PPO): Clackamas, Multnomah y Washington, Oregon; Clark, Washington

Nivel del Medicamentos	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
	30 / 60 / 90 días	30 / 60 / 90 días	30 / 60 / 90 días	30 / 60 / 90 días
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos	\$0 / \$0 / \$0	\$10 / \$20 / \$30	\$0 / \$0 / \$0	\$10 / \$20 / \$30
Nivel 2: Medicamentos genéricos	\$10 / \$20 / \$20	\$20 / \$40 / \$60	\$10 / \$20 / \$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: Pennsylvania

H3949-013 – Cigna Preferred Plus Medicare (HMO), H3949-030 – Cigna Preferred Medicare (HMO),
H3949-031 – Cigna Alliance Medicare (HMO), H7849-006 – Cigna True Choice Medicare (PPO),
H7849-007 – Cigna True Choice Plus Medicare (PPO): Bucks, Chester, Delaware, Montgomery y Philadelphia, Pennsylvania
H3949-035 – Cigna Preferred Medicare (HMO), H7849-031 – Cigna True Choice Medicare (PPO),
H7849-032 – Cigna True Choice Plus Medicare (PPO): Adams, Berks, Cumberland, Dauphin, Lancaster, Lebanon
y York, Pennsylvania

Nivel del Medicamentos	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
	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	\$9 / \$18 / \$18	\$0 / \$0 / \$0	\$9 / \$18 / \$18
Nivel 2: Medicamentos genéricos	\$5 / \$10 / \$10	\$15 / \$30 / \$30	\$5 / \$10 / \$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: South Carolina

H7020-004 – Cigna Preferred Medicare (HMO): Anderson, Cherokee, Chester, Greenville, Lancaster, Pickens, Spartanburg,
Union y York, South Carolina
H7020-008 – Cigna Preferred Medicare (HMO): Berkeley, Charleston y Dorchester, South Carolina

Nivel del Medicamentos	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
	30 / 60 / 90 días	30 / 60 / 90 días	30 / 60 / 90 días	30 / 60 / 90 días
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos	\$0 / \$0 / \$0	\$5 / \$10 / \$15	\$0 / \$0 / \$0	\$5 / \$10 / \$15
Nivel 2: Medicamentos genéricos	\$8 / \$16 / \$16	\$15 / \$30 / \$45	\$8 / \$16 / \$0	\$15 / \$30 / \$45
Nivel 3: Medicamentos de marca preferida	\$47 / \$94 / \$141	\$47 / \$94 / \$141	\$47 / \$94 / \$141	\$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)

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: South Carolina

H7020-006 – Cigna Preferred Plus Medicare (HMO): Anderson, Cherokee, Chester, Greenville, Lancaster, Pickens, Spartanburg, Union y York, South Carolina

Nivel del Medicamentos	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
	30 / 60 / 90 días	30 / 60 / 90 días	30 / 60 / 90 días	30 / 60 / 90 días
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos	\$0 / \$0 / \$0	\$5 / \$10 / \$15	\$0 / \$0 / \$0	\$5 / \$10 / \$15
Nivel 2: Medicamentos genéricos	\$4 / \$8 / \$8	\$15 / \$30 / \$45	\$4 / \$8 / \$0	\$15 / \$30 / \$45
Nivel 3: Medicamentos de marca preferida	\$47 / \$94 / \$141	\$47 / \$94 / \$141	\$47 / \$94 / \$141	\$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: South Carolina

H7849-018 – Cigna True Choice Medicare (PPO): Anderson, Cherokee, Chester, Greenville, Lancaster, Pickens, Spartanburg, Union y York, South Carolina

Nivel del Medicamentos	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
	30 / 60 / 90 días	30 / 60 / 90 días	30 / 60 / 90 días	30 / 60 / 90 días
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos	\$0 / \$0 / \$0	\$5 / \$10 / \$15	\$0 / \$0 / \$0	\$5 / \$10 / \$15
Nivel 2: Medicamentos genéricos	\$12 / \$24 / \$24	\$20 / \$40 / \$60	\$12 / \$24 / \$0	\$20 / \$40 / \$60
Nivel 3: Medicamentos de marca preferida	\$47 / \$94 / \$141	\$47 / \$94 / \$141	\$47 / \$94 / \$141	\$47 / \$94 / \$141
Nivel 4: Medicamentos no preferidos	\$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: South Carolina

H7849-045 – Cigna True Choice Medicare (PPO): Charleston, Berkeley y Dorchester, South Carolina

Nivel del Medicamentos	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
	30 / 60 / 90 días	30 / 60 / 90 días	30 / 60 / 90 días	30 / 60 / 90 días
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos	\$0 / \$0 / \$0	\$5 / \$10 / \$15	\$0 / \$0 / \$0	\$5 / \$10 / \$15
Nivel 2: Medicamentos genéricos	\$10 / \$20 / \$20	\$20 / \$40 / \$60	\$10 / \$20 / \$0	\$20 / \$40 / \$60
Nivel 3: Medicamentos de marca preferida	\$47 / \$94 / \$141	\$47 / \$94 / \$141	\$47 / \$94 / \$141	\$47 / \$94 / \$141
Nivel 4: Medicamentos no preferidos	\$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: Tennessee

H4513-049-001 – Cigna Preferred Medicare (HMO): Bedford, Benton, Bledsoe, Bradley, Cannon, Carroll, Chester, Clay, Coffee, Crockett, Cumberland, Davidson, Decatur, DeKalb, Fayette, Fentress, Franklin, Gibson, Giles, Grundy, Hamilton, Hardeman, Hardin, Haywood, Henderson, Henry, Houston, Humphreys, Jackson, Lake, Lauderdale, Lawrence, Lewis, Lincoln, Macon, Madison, Marion, Marshall, Maury, McNairy, Moore, Obion, Overton, Perry, Pickett, Polk, Putnam, Rutherford, Sequatchie, Shelby, Smith, Stewart, Sumner, Tipton, Trousdale, Van Buren, Warren, Wayne, Weakley, White, Williamson y Wilson, Tennessee

H4513-049-002 – Cigna Preferred Medicare (HMO): Cheatham, Dickson, Hickman, Montgomery y Robertson, Tennessee

Nivel del Medicamentos	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
	30 / 60 / 90 días	30 / 60 / 90 días	30 / 60 / 90 días	30 / 60 / 90 días
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos	\$0 / \$0 / \$0	\$10 / \$20 / \$30	\$0 / \$0 / \$0	\$10 / \$20 / \$30
Nivel 2: Medicamentos genéricos	\$5 / \$10 / \$10	\$20 / \$40 / \$60	\$5 / \$10 / \$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	50%	50%	50%	50%
Nivel 5: Nivel de especialidad	33% (30 días)	33% (30 días)	33% (30 días)	33% (30 días)

Área de servicio: Tennessee

H4513-036 – Cigna Premier Medicare (HMO-POS): Bedford, Benton, Bledsoe, Bradley, Cannon, Carroll, Cheatham, Chester, Clay, Coffee, Crockett, Cumberland, Davidson, Decatur, DeKalb, Dickson, Fayette, Fentress, Gibson, Giles, Grundy, Hamilton, Hardeman, Hardin, Haywood, Henderson, Hickman, Houston, Humphreys, Jackson, Lauderdale, Lawrence, Lewis, Lincoln, Macon, Madison, Marion, Marshall, Maury, McNairy, Montgomery, Moore, Overton, Perry, Pickett, Polk, Putnam, Robertson, Rutherford, Sequatchie, Shelby, Smith, Stewart, Sumner, Tipton, Trousdale, Van Buren, Warren, Wayne, White, Williamson y Wilson, Tennessee

Nivel del Medicamentos	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
	30 / 60 / 90 días	30 / 60 / 90 días	30 / 60 / 90 días	30 / 60 / 90 días
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos	\$3 / \$6 / \$6	\$10 / \$20 / \$30	\$3 / \$6 / \$0	\$10 / \$20 / \$30
Nivel 2: Medicamentos genéricos	\$12 / \$24 / \$24	\$20 / \$40 / \$60	\$12 / \$24 / \$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	40%	40%	40%	40%
Nivel 5: Nivel de especialidad	29% (30 días)	29% (30 días)	29% (30 días)	29% (30 días)

Área de servicio: Tennessee

H4513-037 – Cigna Preferred Medicare (HMO): Anderson, Blount, Campbell, Claiborne, Cocke, Grainger, Hamblen, Hancock, Jefferson, Knox, Loudon, Meigs, Monroe, Morgan, Rhea, Scott, Sevier y Union, Tennessee

Nivel del Medicamentos	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
	30 / 60 / 90 días	30 / 60 / 90 días	30 / 60 / 90 días	30 / 60 / 90 días
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos	\$0 / \$0 / \$0	\$10 / \$20 / \$20	\$0 / \$0 / \$0	\$10 / \$20 / \$20
Nivel 2: Medicamentos genéricos	\$10 / \$20 / \$20	\$20 / \$40 / \$40	\$10 / \$20 / \$0	\$20 / \$40 / \$40
Nivel 3: Medicamentos de marca preferida	\$42 / \$84 / \$126	\$47 / \$94 / \$141	\$42 / \$84 / \$126	\$47 / \$94 / \$141
Nivel 4: Medicamentos no preferidos	43%	43%	43%	43%
Nivel 5: Nivel de especialidad	33% (30 días)	33% (30 días)	33% (30 días)	33% (30 días)

Área de servicio: Tennessee

H4513-059 – Cigna Preferred Medicare (HMO): Carter, Greene, Hawkins, Johnson, Sullivan, Unicoi y Washington, Tennessee

Nivel del Medicamentos	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
	30 / 60 / 90 días	30 / 60 / 90 días	30 / 60 / 90 días	30 / 60 / 90 días
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos	\$0 / \$0 / \$0	\$10 / \$20 / \$20	\$0 / \$0 / \$0	\$10 / \$20 / \$20
Nivel 2: Medicamentos genéricos	\$10 / \$20 / \$20	\$20 / \$40 / \$40	\$10 / \$20 / \$0	\$20 / \$40 / \$40
Nivel 3: Medicamentos de marca preferida	\$42 / \$84 / \$126	\$47 / \$94 / \$141	\$42 / \$84 / \$126	\$47 / \$94 / \$141
Nivel 4: Medicamentos no preferidos	49%	49%	49%	49%
Nivel 5: Nivel de especialidad	33% (30 días)	33% (30 días)	33% (30 días)	33% (30 días)

Área de servicio: Tennessee

H7849-010 – Cigna True Choice Medicare (PPO): Bedford, Cannon, Cheatham, Clay, Coffee, Davidson, DeKalb, Dickson, Giles, Hickman, Houston, Humphreys, Lawrence, Lewis, Lincoln, Macon, Marshall, Maury, Moore, Overton, Perry, Pickett, Putnam, Robertson, Rutherford, Smith, Stewart, Sumner, Trousdale, Warren, Wayne, Williamson y Wilson, Tennessee

H7849-036 – Cigna True Choice Medicare (PPO): Bledsoe, Bradley, Cumberland, Grundy, Hamilton, Marion, Polk, Sequatchie, Van Buren y White, Tennessee

H7849-037 – Cigna True Choice Medicare (PPO): Benton, Carroll, Decatur, Fayette, Hardeman, Hardin, Haywood, Henderson, Henry, Lake, Lauderdale, McNairy, Madison, Obion, Shelby, Tipton y Weakley, Tennessee

H7849-043 – Cigna True Choice Medicare (PPO): Anderson, Blount, Campbell, Claiborne, Cocke, Fentress, Grainger, Hamblen, Hancock, Jackson, Jefferson, Knox, Loudon, Meigs, Monroe, Morgan, Rhea, Scott, Sevier y Union, Tennessee

Área de servicio: Tennessee (Tri-cities)

H7849-034 – Cigna True Choice Medicare (PPO): Carter, Greene, Hawkins, Johnson, Sullivan, Unicoi y Washington, Tennessee; Russell, Scott, Washington y Wise, Virginia

Nivel del Medicamentos	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
	30 / 60 / 90 días	30 / 60 / 90 días	30 / 60 / 90 días	30 / 60 / 90 días
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos	\$0 / \$0 / \$0	\$5 / \$10 / \$12.50	\$0 / \$0 / \$0	\$5 / \$10 / \$12.50
Nivel 2: Medicamentos genéricos	\$4 / \$8 / \$10	\$9 / \$18 / \$22.50	\$0 / \$0 / \$0	\$9 / \$18 / \$22.50
Nivel 3: Medicamentos de marca preferida	\$40 / \$80 / \$120	\$45 / \$90 / \$135	\$40 / \$80 / \$120	\$45 / \$90 / \$135
Nivel 4: Medicamentos no preferidos	\$80 / \$160 / \$240	\$85 / \$170 / \$255	\$80 / \$160 / \$240	\$85 / \$170 / \$255
Nivel 5: Nivel de especialidad	33% (30 días)	33% (30 días)	33% (30 días)	33% (30 días)

Área de servicio: Texas

H4513-026 – Cigna Preferred Medicare (HMO): Henderson, Rusk, Smith, Upshur y Van Zandt, Texas

H4513-028 – Cigna Preferred Medicare (HMO): Bexar, Collin, Dallas, Denton, Hood, Johnson, Parker, Tarrant y Wise, Texas

H4513-061-001 – Cigna Preferred Medicare (HMO), H4513-066 – Cigna Preferred Savings Medicare (HMO): Angelina, Atascosa, Bandera, Bexar, Brazoria, Chambers, Comal, Fort Bend, Galveston, Guadalupe, Hardin, Harris, Jasper, Jefferson, Kendall, Liberty, Medina, Montgomery, Nacogdoches, Newton, Orange, Polk, San Jacinto, Tyler, Walker, Waller y Wilson, Texas

H4513-061-002 – Cigna Preferred Medicare (HMO): Cameron, Hidalgo, Webb y Willacy, Texas

H4513-061-003 – Cigna Preferred Medicare (HMO): El Paso,Texas

H4513-064 – Cigna Alliance Medicare (HMO): Brazoria, Chambers, Fort Bend, Galveston, Hardin, Harris, Jefferson, Liberty, Montgomery, Orange, Walker y Waller, Texas

H7849-062 – Cigna True Choice Plus Medicare (PPO): Angelina, Atascosa, Bandera, Brazoria, Fort Bend, Galveston, Harris, Jasper, Kendall, Medina, Liberty, Montgomery, Nacogdoches, Polk, San Jacinto, Walker, Waller y Wilson, 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)

Área de servicio: Utah

H7389-001 – Cigna Preferred Medicare (HMO), H7849-029 – Cigna True Choice Medicare (PPO): Box Elder, Davis, Salt Lake, Tooele, Utah y Weber, Utah

	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	\$0 / \$0 / \$0	\$10 / \$20 / \$30	\$0 / \$0 / \$0	\$10 / \$20 / \$30
Nivel 2: Medicamentos genéricos	\$5 / \$10 / \$10	\$20 / \$40 / \$60	\$0 / \$0 / \$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	33% (30 días)	33% (30 días)	33% (30 días)	33% (30 días)

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

H9725-008 – Cigna Preferred Medicare (HMO): Russell, Scott, Washington y Wise, Virginia

Nivel del Medicamentos	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
	30 / 60 / 90 días	30 / 60 / 90 días	30 / 60 / 90 días	30 / 60 / 90 días
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos	\$0 / \$0 / \$0	\$10 / \$20 / \$20	\$0 / \$0 / \$0	\$10 / \$20 / \$20
Nivel 2: Medicamentos genéricos	\$10 / \$20 / \$20	\$20 / \$40 / \$40	\$10 / \$20 / \$0	\$20 / \$40 / \$40
Nivel 3: Medicamentos de marca preferida	\$42 / \$84 / \$126	\$47 / \$94 / \$141	\$42 / \$84 / \$126	\$47 / \$94 / \$141
Nivel 4: Medicamentos no preferidos	50%	50%	50%	50%
Nivel 5: Nivel de especialidad	33% (30 días)	33% (30 días)	33% (30 días)	33% (30 días)

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

[illegible]

Índice de la lista de medicamentos:

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

	Página
ANTIINFECCIOSOS	33
MEDICAMENTOS ANTINEOPLÁSICOS/INMUNODEPRESORES	40
MEDICAMENTOS PARA EL SISTEMA NERVIOSO AUTÓNOMO/CENTRAL, NEUROLOGÍA/PSIC.....	48
CARDIOVASCULARES, HIPERTENSIÓN/LÍPIDOS	59
PRODUCTOS DERMATOLÓGICOS/TRATAMIENTO TÓPICO.....	64
PRODUCTOS DE DIAGNÓSTICO/AGENTES VARIOS	67
MEDICAMENTOS PARA NARIZ, GARGANTA Y OÍDO	68
SISTEMA ENDOCRINO/DIABETES.....	69
GASTROENTEROLOGÍA.....	74
INMUNOLOGÍA, VACUNAS/BIOTECNOLOGÍA.....	76
SISTEMA LOCOMOTOR/REUMATOLOGÍA.....	77
OBSTETRICIA/GINECOLOGÍA.....	79
OFTALMOLOGÍA.....	82
SISTEMA RESPIRATORIO Y ALERGIA	83
UROLÓGICOS	86
VITAMINAS, HEMATÍNICOS/ELECTROLITOS	86

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.

ST: Este medicamento tiene requisitos de tratamiento escalonado.

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

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
ANTIINFECCIOSOS		
AGENTES ANTIMICÓTICOS		
ABELCET	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	
ANTIVÍRICOS		
<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 32.

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

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 32.

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
SYM TUZA	5	NDS
TEMIXYS	5	NDS
<i>fumarato de disoproxilo de tenofovir</i>	4	QL (30/30)
TIVICAY, COMPRIMIDOS ORALES, 10 MG	4	QL (60/30)
TIVICAY, COMPRIMIDOS ORALES, 25 MG, 50 MG	5	QL (60/30); NDS
TIVICAY PD	5	QL (180/30); NDS
TRIUMEQ	5	QL (30/30); NDS
TRIUMEQ PD	5	QL (300/30); NDS
TRIZIVIR	5	QL (60/30); NDS
TROGARZO	5	NDS
TYBOST	3	
<i>valaciclovir, comprimidos orales, 1 gramo</i>	2	QL (120/30)
<i>valaciclovir, comprimidos orales, 500 mg</i>	2	QL (60/30)
<i>valganciclovir, sol. para reconst. oral</i>	5	NDS
<i>valganciclovir, comprimidos orales</i>	3	
VEKLURY	5	QL (4/180); NDS
VEMLIDY	5	NDS
VIRACEPT, COMPRIMIDOS ORALES, 250 MG	5	QL (270/30); NDS
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 32.

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)
CEFALOSPORINAS		
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
cefpodoxima	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
ERITROMICINAS/OTROS MACRÓLIDOS		
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 32.

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	
ANTIINFECCIOSOS VARIOS		
<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
<i>atovacuna</i>	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>dapsona 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 32.

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>gentamicina en nacl (iso-osm.), infusión secundaria intravenosa, 100 mg/100 ml, 100 mg/50 ml, 120 mg/100 ml, 60 mg/50 ml, 80 mg/100 ml, 80 mg/50 ml</i>	4	PA
<i>gentamicina, solución inyectable, 40 mg/ml</i>	4	PA
<i>sulfato de gentamicina (pediátrico) (pf)</i>	4	PA
<i>hidroxicloroquina</i>	2	
<i>imipenem-cilastatina</i>	4	
<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
<i>praziquantel</i>	4	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
PRIFTIN	4	
PRIMAQUINE	3	
<i>pirazinamida</i>	4	
<i>pirimetamina</i>	5	PA; NDS
<i>sulfato de quinina</i>	4	PA; QL (42/7)
<i>rifabutina</i>	4	
<i>rifampina intravenosa</i>	4	
<i>rifampina oral</i>	2	
SIRTURO	4	PA; LA
SIVEXTRO INTRAVENOSO	5	PA; QL (6/28); NDS
SIVEXTRO ORAL	5	QL (6/28); NDS
<i>estreptomicina</i>	5	PA; NDS
<i>tigeciclina</i>	5	PA; 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 32.

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
PENICILINAS		
<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	
QUINOLONAS		
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
SULFAMIDAS/AGENTES RELACIONADOS		
<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 32.

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

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

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

Cursiva minúscula = Medicamento genérico

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 32.

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
ALUNBRIG, COMPRIMIDOS ORALES, 30 MG	5	PA; QL (60/30); NDS
ALUNBRIG, COMPRIMIDOS ORALES, PAQUETE DOSIFICADO	5	PA; QL (60/365); NDS
<i>anastrozol</i>	2	
ARRANON	4	B/D PA
<i>tríóxido de arsénico</i>	5	B/D PA; NDS
ARZERRA	5	B/D PA; NDS
AYVAKIT	5	PA; LA; QL (30/30); NDS
<i>azacitidina</i>	5	B/D PA; NDS
AZASAN	3	B/D PA
<i>azatioprina, comprimidos orales, 100 mg, 75 mg</i>	3	B/D PA
<i>azatioprina, comprimidos orales, 50 mg</i>	2	B/D PA
<i>azatioprina sódica</i>	4	B/D PA
BALVERSA	5	PA; LA; NDS
BAVENCIO	5	PA; NDS
BELEODAQ	5	B/D PA; NDS
BENDEKA	5	B/D PA; NDS
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

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

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

Cursiva minúscula = Medicamento genérico

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 32.

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>citarabina</i>	4	B/D PA
<i>citarabina (pf)</i>	4	B/D PA
<i>dacarbazina</i>	4	B/D PA
<i>dactinomicina</i>	4	B/D PA
DANYELZA	5	PA; NDS
DARZALEX	5	PA; NDS
DARZALEX FASPRO	5	PA; NDS
<i>daunorrubicina, solución intravenosa</i>	4	B/D PA
DAURISMO, COMPRIMIDOS ORALES, 100 MG	5	PA; QL (30/30); NDS
DAURISMO, COMPRIMIDOS ORALES, 25 MG	5	PA; QL (60/30); NDS
<i>decitabina</i>	5	B/D PA; NDS
<i>docetaxel, solución intravenosa, 160 mg/16 ml (10 mg/ml), 160 mg/8 ml (20 mg/ml), 20 mg/2 ml (10 mg/ml), 20 mg/ml (1 ml), 80 mg/4 ml (20 mg/ml), 80 mg/8 ml (10 mg/ml)</i>	4	B/D PA
<i>doxorrubicina, sol. para reconst. intravenosa, 50 mg</i>	4	B/D PA
<i>doxorrubicina, solución intravenosa</i>	4	B/D PA
<i>doxorrubicina, 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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
ERIVEDGE	5	PA; QL (30/30); NDS
ERLEADA	5	PA; QL (120/30); NDS
<i>erlotinib, comprimidos orales, 100 mg, 150 mg</i>	5	PA; QL (30/30); NDS
<i>erlotinib, comprimidos orales, 25 mg</i>	5	PA; QL (60/30); NDS
ETOPOPHOS	4	B/D PA
<i>etopósido intravenoso</i>	3	B/D PA
EVEROLIMUS (ANTINEOPLÁSICO), COMPRIMIDOS ORALES, 10 MG	5	PA; QL (30/30); NDS
<i>everolimus (antineoplásico), comprimidos orales, 2.5 mg, 5 mg, 7.5 mg</i>	5	PA; QL (30/30); NDS
<i>everolimus (antineoplásico), comprimidos orales para suspensión, 2 mg</i>	5	PA; QL (150/30); NDS
<i>everolimus (antineoplásico), comprimidos orales para suspensión, 3 mg, 5 mg</i>	5	PA; QL (56/28); NDS
<i>everolimus (inmunodepresor)</i>	5	B/D PA; NDS
EVOMELA	5	PA; NDS
<i>exemestano</i>	2	
EXKIVITY	5	PA; LA; NDS
FARYDAK	5	PA; QL (6/21); NDS
FIRMAGON, KIT CON JERINGA DILUYENTE, SOL. PARA RECONST. SUBCUTÁNEA, 120 MG	5	B/D PA; NDS
FIRMAGON, KIT CON JERINGA DILUYENTE, SOL. PARA RECONST. SUBCUTÁNEA, 80 MG	4	B/D PA
<i>floxuridina</i>	4	B/D PA
<i>fludarabina</i>	4	B/D PA
<i>fluorouracilo intravenoso</i>	4	B/D PA
<i>flutamida</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 32.

Medicamentos cubiertos por categoría

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

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

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

Cursiva minúscula = Medicamento genérico

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 32.

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>lenalidomida, cápsulas orales, 2.5 mg</i>	5	PA; QL (28/28); NDS
<i>lenalidomida, cápsulas orales, 20 mg</i>	5	PA; QL (28/28); NDS
LENVIMA, CÁPSULAS ORALES, 10 MG/DÍA (10 MG X 1), 4 MG	5	PA; QL (30/30); NDS
LENVIMA, CÁPSULAS ORALES, 12 MG/DÍA (4 MG X 3), 18 MG/DÍA (10 MG X 1-4 MG X 2), 24 MG/DÍA (10 MG X 2-4 MG X 1)	5	PA; QL (90/30); NDS
LENVIMA, CÁPSULAS ORALES, 14 MG/DÍA (10 MG X 1-4 MG X 1), 20 MG/DÍA (10 MG X 2), 8 MG/DÍA (4 MG X 2)	5	PA; QL (60/30); NDS
<i>letrozol</i>	2	
LEUKERAN	4	
<i>leuprolida subcutánea, kit</i>	5	PA; NDS
LIBTAYO	5	PA; NDS
LONSURF, COMPRIMIDOS ORALES, 15-6.14 MG	5	PA; QL (100/28); NDS
LONSURF, COMPRIMIDOS ORALES, 20-8.19 MG	5	PA; QL (80/28); NDS
LORBRENA, COMPRIMIDOS ORALES, 100 MG	5	PA; QL (30/30); NDS
LORBRENA, COMPRIMIDOS ORALES, 25 MG	5	PA; QL (90/30); NDS
LUMAKRAS	5	PA; QL (240/30); NDS
LUMOXITI	5	PA; NDS
LUPRON DEPOT	5	PA; NDS
LUPRON DEPOT (3 MESES)	4	PA
LUPRON DEPOT (4 MESES)	4	PA
LUPRON DEPOT (6 MESES)	4	PA
LUPRON DEPOT-PED	5	PA; NDS
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 32.

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
SCSEMBLIX, 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 32.

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 32.

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 32.

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 32.

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 32.

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
ZTALMY	5	PA; QL (90/30); NDS
AGENTES ANTIPARKINSONIANOS		
<i>benzatropina inyectable</i>	4	
<i>benzatropina oral</i>	2	PA
<i>bromocriptina</i>	4	
<i>carbidopa</i>	4	
<i>carbidopa-levodopa, comprimidos orales</i>	2	
<i>carbidopa-levodopa, comprimidos orales, liberación prolongada</i>	3	
<i>carbidopa-levodopa, comprimidos de desintegración oral</i>	2	
<i>carbidopa-levodopa-entacapona</i>	3	
DHIVY	4	ST
<i>entacapona</i>	4	
KYNMOBI, PELÍCULA SUBLINGUAL, 10 MG, 15 MG, 20 MG, 25 MG, 30 MG	5	PA; QL (150/30); NDS
NEUPRO	4	
<i>pramipexol, comprimidos orales</i>	2	
<i>pramipexol, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas</i>	4	
<i>rasagilina</i>	3	
<i>ropinirol, comprimidos orales</i>	2	
RYTARY	4	ST
<i>clorhidrato de selegilina</i>	3	
<i>tolcapona</i>	5	NDS
<i>trihexifenidilo</i>	2	PA
TRATAMIENTO DE LA MIGRAÑA/CEFALEA EN RACIMOS		
AIMOVIG, AUTOINYECTOR	3	PA; QL (1/28)
AJOVY, AUTOINYECTOR	3	PA; QL (1.5/30)
AJOVY, JERINGA	3	PA; QL (1.5/30)
<i>dihidroergotamina nasal</i>	5	PA; QL (8/28); NDS

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

Cursiva minúscula = Medicamento genérico

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 32.

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>ergotamina-cafeína</i>	3	
<i>migergot</i>	5	NDS
<i>naratriptán</i>	3	QL (18/28)
NURTEC ODT	3	PA; QL (16/30)
<i>rizatriptán</i>	3	QL (36/28)
<i>sumatriptán, rociador nasal no aerosol, 20 mg/activación</i>	4	QL (18/28)
<i>sumatriptán, rociador nasal no aerosol, 5 mg/activación</i>	4	QL (36/28)
<i>succinato de sumatriptán oral</i>	2	QL (18/28)
<i>succinato de sumatriptán, subcutáneo en cartucho</i>	4	QL (8/28)
<i>succinato de sumatriptán, subcutáneo en lapicera</i>	4	QL (8/28)
<i>succinato de sumatriptán, solución subcutánea</i>	4	QL (8/28)

TRATAMIENTOS NEUROLÓGICOS VARIOS

ADLARITY	4	ST; QL (4/28)
AUSTEDO, COMPRIMIDOS ORALES, 12 MG, 9 MG	5	PA; LA; QL (120/30); NDS
AUSTEDO, COMPRIMIDOS ORALES, 6 MG	5	PA; LA; QL (60/30); NDS
COPAXONE, JERINGA SUBCUTÁNEA, 20 MG/ML	5	PA; QL (30/30); NDS
COPAXONE, JERINGA SUBCUTÁNEA, 40 MG/ML	5	PA; QL (12/28); NDS
<i>dalfampridina</i>	3	PA; QL (60/30)
<i>dimetilfumarato, cápsulas orales, liberación retardada (dr/ec), 120 mg (14)-240 mg (46)</i>	5	PA; QL (120/365); NDS
<i>dimetilfumarato, cápsulas orales, liberación retardada (dr/ec), 120 mg, 240 mg</i>	5	PA; QL (60/30); NDS
<i>donepezilo, comprimidos orales, 10 mg</i>	2	QL (60/30)
<i>donepezilo, comprimidos orales, 5 mg</i>	2	QL (30/30)
<i>donepezilo, comprimidos de desintegración oral, 10 mg</i>	2	QL (60/30)

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

RELAJANTES MUSCULARES/TERAPIA ANTIESPASMÓDICA

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

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

Cursiva minúscula = Medicamento genérico

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 32.

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>baclofeno, comprimidos orales, 20 mg</i>	2	
<i>ciclobenzaprina, comprimidos orales, 10 mg, 5 mg</i>	3	PA
<i>dantroleno oral</i>	4	
<i>metocarbamol, comprimidos orales, 500 mg, 750 mg</i>	2	PA
<i>bromuro de piridostigmina, jarabe oral</i>	5	NDS
<i>bromuro de piridostigmina, comprimidos orales, 60 mg</i>	3	
<i>bromuro de piridostigmina, comprimidos orales, liberación prolongada</i>	4	
<i>regonol</i>	4	
<i>tizanidina, cápsulas orales</i>	4	
<i>tizanidina, comprimidos orales</i>	2	

ANALGÉSICOS NARCÓTICOS

<i>acetaminofeno-codeína, solución oral</i>	2	QL (4500/30); NDS
<i>acetaminofeno-codeína, comprimidos orales, 300-15 mg, 300-30 mg</i>	2	QL (360/30); NDS
<i>acetaminofeno-codeína, comprimidos orales, 300-60 mg</i>	2	QL (180/30); NDS
<i>clorhidrato de buprenorfina, inyectable</i>	4	NDS
<i>clorhidrato de buprenorfina sublingual</i>	4	PA
<i>BUPRENORPHINE, PARCHE TRANSDÉRMICO SEMANAL, 10 MCG/HORA, 15 MCG/HORA, 20 MCG/HORA, 5 MCG/HORA</i>	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
<i>FENTANYL CITRATE (PF), JERINGA INYECTABLE, 50 MCG/ML</i>	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
<i>HYDROCODONE-ACETAMINOPHEN, COMPRIMIDOS ORALES, 10-300 MG, 7.5-300 MG</i>	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
<i>INFUMORPH P/F</i>	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

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

Cursiva minúscula = Medicamento genérico

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 32.

Medicamentos cubiertos por categoría

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

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

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

Cursiva minúscula = Medicamento genérico

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 32.

Medicamentos cubiertos por categoría

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>aripiprazol, comprimidos orales, 20 mg, 30 mg</i>	3	QL (30/30)
<i>aripiprazol, comprimidos de desintegración oral</i>	4	QL (60/30)
ARISTADA INITIO	5	QL (4.8/365); NDS
ARISTADA, SUSPENSIÓN INTRAMUSCULAR, LIBERACIÓN PROLONGADA, JERINGA, 1,064 MG/3.9 ML	5	QL (3.9/56); NDS
ARISTADA, SUSPENSIÓN INTRAMUSCULAR, LIBERACIÓN PROLONGADA, JERINGA, 441 MG/1.6 ML	5	QL (1.6/28); NDS
ARISTADA, SUSPENSIÓN INTRAMUSCULAR, LIBERACIÓN PROLONGADA, JERINGA, 662 MG/2.4 ML	5	QL (2.4/28); NDS
ARISTADA, SUSPENSIÓN INTRAMUSCULAR, LIBERACIÓN PROLONGADA, JERINGA, 882 MG/3.2 ML	5	QL (3.2/28); NDS
<i>armodafinil</i>	3	PA; QL (30/30)
<i>maleato de asenapina, comprimidos sublinguales, 10 mg, 2.5 mg</i>	4	QL (60/30)
<i>maleato de asenapina, comprimidos sublinguales, 5 mg</i>	4	QL (90/30)
<i>atomoxetina, cápsulas orales, 10 mg, 18 mg, 25 mg, 40 mg</i>	4	QL (60/30)
<i>atomoxetina, cápsulas orales, 100 mg, 60 mg, 80 mg</i>	4	QL (30/30)
BELSOMRA	3	QL (30/30)
<i>clorhidrato de bupropión, comprimidos orales, 100 mg</i>	3	QL (120/30)
<i>clorhidrato de bupropión, comprimidos orales, 75 mg</i>	3	QL (180/30)
<i>clorhidrato de bupropión, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas, 150 mg</i>	3	QL (90/30)

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

Cursiva minúscula = Medicamento genérico

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 32.

Medicamentos cubiertos por categoría

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>dexmetilfenidato, comprimidos orales</i>	3	
<i>sulfato de dextroanfetamina, cápsulas orales, liberación prolongada</i>	4	
<i>sulfato de dextroanfetamina, solución oral</i>	4	QL (1800/30)
<i>sulfato de dextroanfetamina, comprimidos orales</i>	4	
<i>dextroanfetamina-anfetamina, cápsulas orales, liberación prolongada, 24 horas</i>	4	QL (60/30)
<i>dextroanfetamina-anfetamina, comprimidos orales, 10 mg</i>	3	QL (180/30)
<i>dextroanfetamina-anfetamina, comprimidos orales, 12.5 mg, 30 mg, 7.5 mg</i>	3	QL (60/30)
<i>dextroanfetamina-anfetamina, comprimidos orales, 15 mg</i>	3	QL (120/30)
<i>dextroanfetamina-anfetamina, comprimidos orales, 20 mg</i>	3	QL (90/30)
<i>dextroanfetamina-anfetamina, comprimidos orales, 5 mg</i>	3	QL (360/30)
<i>diazepam inyectable</i>	2	
<i>diazepam, intensol</i>	2	QL (360/30)
<i>diazepam, concentrado oral</i>	2	QL (360/30)
<i>diazepam, solución oral</i>	2	QL (1800/30)
<i>diazepam, comprimidos orales</i>	2	QL (180/30)
<i>doxepina, cápsulas orales</i>	3	
<i>doxepina, concentrado oral</i>	3	
DRIZALMA, CÁPSULAS ORALES CON GRÁNULOS, LIB. RETARDADA, 20 MG, 60 MG	4	QL (60/30)
DRIZALMA, CÁPSULAS ORALES CON GRÁNULOS, LIB. RETARDADA, 30 MG	4	QL (120/30)
DRIZALMA, CÁPSULAS ORALES CON GRÁNULOS, LIB. RETARDADA, 40 MG	4	QL (90/30)

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

Cursiva minúscula = Medicamento genérico

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 32.

Medicamentos cubiertos por categoría

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>fluoxetina, cápsulas orales, 40 mg</i>	2	QL (90/30)
<i>fluoxetina, cápsulas orales, liberación retardada (dr/ec)</i>	3	QL (4/28)
<i>fluoxetina, solución oral</i>	2	
<i>fluoxetina, comprimidos orales, 10 mg</i>	3	QL (120/30)
<i>fluoxetina, comprimidos orales, 20 mg</i>	3	
<i>decanoato de flufenazina</i>	4	
<i>clorhidrato de flufenazina inyectable</i>	4	
<i>clorhidrato de flufenazina, concentrado oral</i>	4	
<i>clorhidrato de flufenazina, elixir oral</i>	4	
<i>clorhidrato de flufenazina, comprimidos orales</i>	2	
<i>fluvoxamina, comprimidos orales, 100 mg, 25 mg</i>	2	QL (90/30)
<i>fluvoxamina, comprimidos orales, 50 mg</i>	2	QL (120/30)
<i>guanfacina, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas</i>	4	QL (30/30)
<i>decanoato de haloperidol</i>	4	
<i>lactato de haloperidol inyectable</i>	4	
<i>lactato de haloperidol oral</i>	2	
<i>haloperidol, comprimidos orales, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 5 mg</i>	1	
<i>haloperidol, comprimidos orales, 10 mg, 20 mg</i>	2	
HETLIOZ	5	PA; QL (30/30); NDS
<i>clorhidrato de imipramina</i>	3	
INVEGA HAFYERA, JERINGA INTRAMUSCULAR, 1,092 MG/3.5 ML	5	QL (3.5/180); NDS

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

Cursiva minúscula = Medicamento genérico

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 32.

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
INVEGA HAFYERA, JERINGA INTRAMUSCULAR, 1,560 MG/5 ML	5	QL (5/180); NDS
INVEGA SUSTENNA, JERINGA INTRAMUSCULAR, 117 MG/0.75 ML	5	QL (0.75/28); NDS
INVEGA SUSTENNA, JERINGA INTRAMUSCULAR, 156 MG/ML	5	QL (1/28); NDS
INVEGA SUSTENNA, JERINGA INTRAMUSCULAR, 234 MG/1.5 ML	5	QL (1.5/28); NDS
INVEGA SUSTENNA, JERINGA INTRAMUSCULAR, 39 MG/0.25 ML	4	QL (0.25/28)
INVEGA SUSTENNA, JERINGA INTRAMUSCULAR, 78 MG/0.5 ML	5	QL (0.5/28); NDS
INVEGA TRINZA, JERINGA INTRAMUSCULAR, 273 MG/0.88 ML	4	QL (0.88/90)
INVEGA TRINZA, JERINGA INTRAMUSCULAR, 410 MG/1.32 ML	4	QL (1.32/90)
INVEGA TRINZA, JERINGA INTRAMUSCULAR, 546 MG/1.75 ML	4	QL (1.75/90)
INVEGA TRINZA, JERINGA INTRAMUSCULAR, 819 MG/2.63 ML	4	QL (2.63/90)
LATUDA, COMPRIMIDOS ORALES, 120 MG, 20 MG, 40 MG, 60 MG	5	QL (30/30); NDS
LATUDA, COMPRIMIDOS ORALES, 80 MG	5	QL (60/30); NDS
<i>carbonato de litio</i>	2	
<i>lorazepam, solución inyectable</i>	4	
<i>lorazepam, jeringa inyectable, 2 mg/ml</i>	4	
<i>lorazepam, intensol</i>	3	QL (150/30)
<i>lorazepam, concentrado oral</i>	3	QL (150/30)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>lorazepam, jeringa oral</i>	3	QL (150/30)
<i>lorazepam, comprimidos orales, 0.5 mg, 1 mg</i>	2	QL (90/30)
<i>lorazepam, comprimidos orales, 2 mg</i>	2	QL (150/30)
<i>succinato de loxapina</i>	2	
LYBALVI	5	PA; QL (30/30); NDS
MARPLAN	4	QL (180/30)
<i>metadate, liberación prolongada</i>	3	
<i>clorhidrato de metilfenidato, comprimidos orales</i>	3	QL (90/30)
<i>clorhidrato de metilfenidato, comprimidos orales, liberación prolongada</i>	3	
<i>clorhidrato de metilfenidato, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas, 18 mg, 18 mg (calificación bx), 27 mg, 27 mg (calificación bx), 36 mg, 36 mg (calificación bx), 54 mg, 54 mg (calificación bx)</i>	3	
<i>mirtazapina, comprimidos orales</i>	2	
<i>mirtazapina, comprimidos de desintegración oral</i>	3	QL (30/30)
<i>modafinil, comprimidos orales, 100 mg</i>	4	PA; QL (30/30)
<i>modafinil, comprimidos orales, 200 mg</i>	4	PA; QL (60/30)
<i>molindona</i>	2	
<i>nefazodona</i>	4	
<i>nortriptilina, cápsulas orales</i>	2	
<i>nortriptilina, solución oral</i>	3	
NUPLAZID	5	PA; QL (30/30); NDS
<i>olanzapina intramuscular</i>	4	QL (30/30)
<i>olanzapina, comprimidos orales, 10 mg, 2.5 mg, 5 mg, 7.5 mg</i>	2	QL (60/30)

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

Cursiva minúscula = Medicamento genérico

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 32.

Medicamentos cubiertos por categoría

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

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

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

Cursiva minúscula = Medicamento genérico

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 32.

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>risperidona, comprimidos de desintegración oral, 3 mg</i>	4	QL (60/30)
SECUADO	5	QL (30/30); NDS
<i>sertralina, concentrado oral</i>	4	
<i>sertralina, comprimidos orales</i>	1	QL (60/30)
<i>temazepam, cápsulas orales, 15 mg, 30 mg</i>	4	QL (60/365)
<i>tioridazina</i>	3	
<i>tiotixeno</i>	4	
<i>tranilcipromina</i>	4	
<i>trazodona</i>	2	
<i>trifluoperazina</i>	3	
<i>trimipramina</i>	4	
TRINTELLIX	4	ST; QL (30/30)
<i>venlafaxina, cápsulas orales, liberación prolongada, 24 horas, 150 mg, 37.5 mg</i>	2	QL (60/30)
<i>venlafaxina, cápsulas orales, liberación prolongada, 24 horas, 75 mg</i>	2	QL (90/30)
<i>venlafaxina, comprimidos orales, 100 mg, 25 mg, 37.5 mg</i>	2	QL (90/30)
<i>venlafaxina, comprimidos orales, 50 mg, 75 mg</i>	2	QL (120/30)
VERSACLOZ	5	NDS
VIIBRYD, COMPRIMIDOS ORALES	4	ST; QL (30/30)
VIIBRYD, COMPRIMIDOS ORALES, PAQUETE DOSIFICADO, 10 MG (7), 20 MG (23)	4	ST; QL (60/365)
<i>vilazodona</i>	4	ST; QL (30/30)
VRAYLAR, CÁPSULAS ORALES	5	PA; QL (30/30); NDS
VRAYLAR, CÁPSULAS ORALES, PAQUETE DOSIFICADO	4	PA; QL (14/365)
XYREM	5	PA; LA; QL (540/30); NDS

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>zaleplon, cápsulas orales, 10 mg</i>	3	QL (60/30)
<i>zaleplon, cápsulas orales, 5 mg</i>	3	QL (30/30)
<i>clorhidrato de ziprasidona, cápsulas orales, 20 mg</i>	3	QL (180/30)
<i>clorhidrato de ziprasidona, cápsulas orales, 40 mg</i>	3	QL (120/30)
<i>clorhidrato de ziprasidona, cápsulas orales, 60 mg, 80 mg</i>	3	QL (60/30)
<i>mesilato de ziprasidona</i>	4	QL (6/30)
<i>zolpidem, comprimidos orales</i>	2	QL (30/30)
ZYPREXA RELPREVV, SUSPENSIÓN INTRAMUSCULAR PARA RECONSTITUCIÓN, 210 MG	4	PA; QL (2/28)
ZYPREXA RELPREVV, SUSPENSIÓN INTRAMUSCULAR PARA RECONSTITUCIÓN, 300 MG	5	PA; QL (2/28); NDS
ZYPREXA RELPREVV, SUSPENSIÓN INTRAMUSCULAR PARA RECONSTITUCIÓN, 405 MG	5	PA; QL (1/28); NDS

CARDIOVASCULARES, HIPERTENSIÓN/LÍPIDOS

AGENTES ANTIARRÍTMICOS

<i>amiodarona, solución intravenosa</i>	4	B/D PA
<i>amiodarona oral</i>	2	
<i>dofetilida</i>	3	
<i>flecainida</i>	3	
<i>lidocaína (pf), intravenosa</i>	4	
<i>mexiletina</i>	2	
<i>pacerona, comprimidos orales, 100 mg, 200 mg, 400 mg</i>	2	
<i>propafenona, cápsulas orales, liberación prolongada, 12 horas</i>	4	
<i>propafenona, comprimidos orales</i>	2	

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

Cursiva minúscula = Medicamento genérico

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 32.

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>sulfato de quinidina, comprimidos orales</i>	2	
<i>sorine</i>	2	
<i>sotalol af</i>	2	
<i>sotalol oral</i>	2	
SOTYLIZE	4	
TRATAMIENTO ANTIHIPERTENSIVO		
<i>acebutolol</i>	2	
<i>aliskireno</i>	4	
<i>amilorida</i>	2	
<i>amilorida-hidroclorotiazida</i>	2	
<i>amlodipina</i>	1	
<i>amlodipina-atorvastatina</i>	1	
<i>amlodipina-benazepril</i>	1	
<i>amlodipina-olmesartán</i>	1	
<i>amlodipina-valsartán</i>	1	
<i>amlodipina-valsartán-hidroclorotiazida</i>	1	
<i>atenolol</i>	1	
<i>atenolol-clortalidona</i>	1	
<i>benazepril</i>	1	
<i>benazepril-hidroclorotiazida</i>	1	
<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	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>fosfato de carvedilol</i>	3	
<i>clorotiazida sódica</i>	4	
<i>clortalidona, comprimidos orales, 25 mg, 50 mg</i>	2	
<i>clonidina</i>	4	QL (4/28)
<i>clorhidrato de clonidina, comprimidos orales, 0.1 mg, 0.2 mg</i>	1	
<i>clorhidrato de clonidina, comprimidos orales, 0.3 mg</i>	2	
<i>clorhidrato de diltiazem intravenoso</i>	4	
<i>clorhidrato de diltiazem, cápsulas orales, liberación prolongada, 24 horas, degradable</i>	2	
<i>clorhidrato de diltiazem, cápsulas orales, liberación prolongada, 12 horas</i>	2	
<i>clorhidrato de diltiazem, cápsulas orales, liberación prolongada, 24 horas, 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg, 420 mg</i>	2	
<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	

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

Cursiva minúscula = Medicamento genérico

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 32.

Medicamentos cubiertos por categoría

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>tartrato de metoprolol oral</i>	1	
<i>metirosina</i>	5	PA; NDS
<i>minoxidil oral</i>	2	
<i>moexipril</i>	1	
<i>nadolol</i>	3	
<i>nebivolol</i>	3	
<i>nicardipina, solución intravenosa</i>	4	
<i>nicardipina oral</i>	2	
<i>nifedipina, comprimidos orales, liberación prolongada</i>	3	
<i>nifedipina, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas</i>	3	
<i>nimodipina</i>	4	
<i>nisoldipina</i>	4	
<i>olmesartán</i>	1	
<i>olmesartán-amlodipina-hidroclorotiazida</i>	1	
<i>olmesartán-hidroclorotiazida</i>	1	
<i>perindopril erbumina</i>	1	
<i>fenoxibenzamina</i>	5	NDS
<i>pindolol</i>	1	
<i>prazosina</i>	3	
<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	

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

Cursiva minúscula = Medicamento genérico

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 32.

Medicamentos cubiertos por categoría

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<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	
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	

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

Cursiva minúscula = Medicamento genérico

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 32.

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>heparina, porcina (pf), jeringa inyectable</i>	4	
<i>jantoven</i>	1	
<i>pentoxifilina</i>	2	
PRADAXA	4	
PRASUGREL	3	
PROMACTA, PAQUETE DE POLVO ORAL, 12.5 MG	5	PA; LA; QL (360/30); NDS
PROMACTA, PAQUETE DE POLVO ORAL, 25 MG	5	PA; LA; QL (180/30); NDS
PROMACTA, COMPRIMIDOS ORALES, 12.5 MG, 25 MG, 50 MG	5	PA; LA; QL (30/30); NDS
PROMACTA, COMPRIMIDOS ORALES, 75 MG	5	PA; LA; QL (60/30); NDS
<i>warfarina</i>	1	
XARELTO	3	
XARELTO, TRATAMIENTO INICIAL PARA TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA/ EMBOLIA PULMONAR, 30 DÍAS	3	
AGENTES PARA REDUCIR LOS LÍPIDOS/EL COLESTEROL		
<i>atorvastatina</i>	1	QL (30/30)
<i>colestiramina (con azúcar)</i>	3	
<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	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>fenofibrato, comprimidos orales, 160 mg, 54 mg</i>	2	
<i>ácido fenofibrico (colina)</i>	4	
<i>fluvastatina, cápsulas orales, 20 mg</i>	1	QL (30/30)
<i>fluvastatina, cápsulas orales, 40 mg</i>	1	QL (60/30)
<i>fluvastatina, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas</i>	1	QL (30/30)
<i>gemfibrozil</i>	1	
LIVALO	3	QL (30/30)
<i>lovastatina, comprimidos orales, 10 mg</i>	1	QL (30/30)
<i>lovastatina, comprimidos orales, 20 mg, 40 mg</i>	1	QL (60/30)
NEXLETOL	3	PA; QL (30/30)
NEXLIZET	3	PA; QL (30/30)
<i>niacina, comprimidos orales, 500 mg</i>	2	
<i>niacina, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas</i>	2	
<i>niacor</i>	2	
<i>ésteres etílicos de los ácidos omega 3</i>	4	
<i>pravastatina</i>	1	QL (30/30)
<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	

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

Cursiva minúscula = Medicamento genérico

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 32.

Medicamentos cubiertos por categoría

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
SKYRIZI, JERINGA SUBCUTÁNEA, 150 MG/ML	5	PA; QL (1/28); NDS
SKYRIZI, KIT DE JERINGA SUBCUTÁNEA	5	PA; QL (2/28); NDS
STELARA, SOLUCIÓN SUBCUTÁNEA	5	PA; QL (0.5/28); NDS
STELARA, JERINGA SUBCUTÁNEA, 45 MG/0.5 ML	5	PA; QL (0.5/28); NDS
STELARA, JERINGA SUBCUTÁNEA, 90 MG/ML	5	PA; QL (1/28); NDS
TALTZ, JERINGA	5	PA; QL (4/28); NDS
PRODUCTOS DERMATOLÓGICOS VARIOS		
<i>lactato de amonio</i>	3	
DUPIXENT, LAPICERA PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA, 200 MG/1.14 ML	5	PA; QL (4.56/28); NDS
DUPIXENT, LAPICERA PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA, 300 MG/2 ML	5	PA; QL (8/28); NDS
DUPIXENT, JERINGA SUBCUTÁNEA, 100 MG/0.67 ML	5	PA; QL (1.34/28); NDS
DUPIXENT, JERINGA SUBCUTÁNEA, 200 MG/1.14 ML	5	PA; QL (4.56/28); NDS
DUPIXENT, JERINGA SUBCUTÁNEA, 300 MG/2 ML	5	PA; QL (8/28); NDS
<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 de 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	

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

Cursiva minúscula = Medicamento genérico

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 32.

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>clorhidrato de lidocaína, solución inyectable</i>	4	
<i>clorhidrato de lidocaína, laringotraqueal</i>	4	
<i>clorhidrato de lidocaína, gel para membrana mucosa</i>	3	QL (60/30)
<i>clorhidrato de lidocaína, solución para membrana mucosa, 4% (40 mg/ml)</i>	2	
<i>lidocaína, parche adhesivo tópico, medicado, 5%</i>	4	PA; QL (90/30)
<i>lidocaína, pomada tópica</i>	4	QL (50/30)
<i>lidocaína viscosa</i>	1	
<i>lidocaína-prilocaina, crema tópica</i>	4	QL (30/30)
<i>metoxaleno</i>	4	
PANRETIN	5	NDS
<i>pimecrolimus</i>	4	PA; QL (100/30)
<i>podofilox</i>	2	
REGRANEX	5	PA; NDS
SANTYL	4	
<i>sulfadiazina de plata</i>	3	
<i>ssd</i>	3	
<i>tacrolimus tópico</i>	3	PA; QL (100/30)
VALCHLOR	5	PA; NDS
ZTLIDO	3	PA; QL (90/30)
TRATAMIENTO DEL ACNÉ		
<i>amnestem</i>	4	
<i>avita</i>	4	PA
<i>claravis</i>	4	
<i>clindacin etz, paño tópico</i>	2	QL (69/30)
<i>clindacin p</i>	2	QL (69/30)
<i>fosfato de clindamicina, gel tópico</i>	3	QL (120/30)
CLINDAMYCIN PHOSPHATE, GEL TÓPICO, UNA VEZ AL DÍA	3	QL (120/30)
<i>fosfato de clindamicina, loción tópica</i>	4	QL (120/30)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>fosfato de clindamicina, solución tópica</i>	3	QL (120/30)
<i>fosfato de clindamicina, paño tópico</i>	2	QL (60/30)
<i>eritromicina, paños</i>	3	
ERYTHROMYCIN CON ETANOL, GEL TÓPICO	4	
<i>eritromicina con etanol, solución tópica</i>	2	
<i>eritromicina-peróxido de benzoilo</i>	4	
<i>isotretinoína, cápsulas orales, 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg</i>	4	
<i>metronidazol tópico</i>	4	
<i>myorisan</i>	4	
<i>rosadan, crema tópica</i>	4	
<i>rosadan, gel tópico</i>	4	
<i>tazaroteno, crema tópica</i>	4	PA
<i>tazaroteno, gel tópico</i>	4	PA
TAZORAC, CREMA TÓPICA, 0.05%	4	PA
TAZORAC, GEL TÓPICO	4	PA
<i>tretinoína, microesferas</i>	4	PA
<i>tretinoína, crema tópica, 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	
ANESTÉSICOS TÓPICOS		
<i>clorhidrato de lidocaína, gel para membrana mucosa en aplicador</i>	3	QL (60/30)
<i>clorhidrato de lidocaína, solución para membrana mucosa, 2%</i>	1	
ANTIBACTERIANOS TÓPICOS		
<i>gentamicina, crema tópica</i>	3	QL (60/30)

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

Cursiva minúscula = Medicamento genérico

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 32.

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>gentamicina, pomada tópica</i>	3	
<i>mupirocina</i>	2	QL (44/30)
<i>mupirocina cálcica</i>	4	QL (30/30)
<i>sulfacetamida sódica (acné)</i>	3	
ANTIMICÓTICOS TÓPICOS		
<i>ciclodan, solución tópica</i>	3	
<i>ciclopirox, crema tópica</i>	3	QL (90/28)
<i>ciclopirox, champú tópico</i>	3	QL (120/28)
<i>ciclopirox, solución tópica</i>	3	
<i>ciclopirox, suspensión tópica</i>	3	QL (60/28)
<i>clotrimazol, crema tópica</i>	3	QL (45/28)
<i>clotrimazol, solución tópica</i>	3	QL (30/28)
<i>clotrimazol-betametasona, crema tópica</i>	2	QL (45/28)
<i>clotrimazol-betametasona, loción tópica</i>	2	QL (60/28)
<i>econazol</i>	3	QL (85/28)
<i>ketconazol, crema tópica</i>	2	QL (60/28)
<i>ketconazol, champú tópico</i>	2	QL (120/28)
<i>naftifina, crema tópica</i>	3	QL (60/28)
NAFTIN, GEL TÓPICO, 2%	3	QL (60/28)
<i>nyamyc</i>	3	QL (180/30)
<i>nistatina, crema tópica</i>	2	QL (30/28)
<i>nistatina, pomada tópica</i>	2	QL (30/28)
<i>nistatina, polvo tópico</i>	3	QL (180/30)
<i>nistatina-triamcinolona</i>	4	QL (60/28)
<i>nystop</i>	3	QL (180/30)
ANTIVIRALES TÓPICOS		
<i>aciclovir, pomada tópica</i>	4	QL (30/30)
DENAVIR	5	QL (5/30); NDS
CORTICOESTEROIDES TÓPICOS		
<i>ala-cort, crema tópica, 1%</i>	1	
<i>alclometasona</i>	2	
<i>dipropionato de betametasona</i>	3	
<i>valerato de betametasona, crema tópica</i>	2	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>valerato de betametasona, espuma tópica</i>	3	
<i>valerato de betametasona, loción tópica</i>	2	
<i>valerato de betametasona, pomada tópica</i>	2	
<i>betametasona, aumentada</i>	3	
<i>clobetasol, cuero cabelludo</i>	2	QL (100/28)
<i>clobetasol, crema tópica</i>	2	QL (120/28)
<i>clobetasol, espuma tópica</i>	4	QL (100/28)
<i>clobetasol, gel tópico</i>	2	QL (120/28)
<i>clobetasol, pomada tópica</i>	2	QL (120/28)
<i>clobetasol, champú tópico</i>	4	QL (236/28)
<i>clobetasol-emoliente, crema tópica</i>	2	QL (120/28)
<i>clobetasol-emoliente, espuma tópica</i>	4	QL (100/28)
CLOCORTOLONE PIVALATE	4	
<i>clodan</i>	4	QL (236/28)
<i>desonida, crema tópica</i>	3	
<i>desonida, loción tópica</i>	3	
<i>desonida, pomada tópica</i>	3	
<i>desoximetasona, crema tópica</i>	4	
<i>desoximetasona, gel tópico</i>	4	
<i>desoximetasona, pomada tópica</i>	4	
<i>fluocinolona y gorra de baño</i>	3	
<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)

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

Cursiva minúscula = Medicamento genérico

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 32.

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>propionato de fluticasona, crema tópica</i>	2	
<i>propionato de fluticasona, pomada tópica</i>	2	
<i>propionato de halobetasol, crema tópica</i>	3	
<i>propionato de halobetasol, pomada tópica</i>	3	
<i>butirato de hidrocortisona, crema tópica</i>	4	QL (120/30)
<i>butirato de hidrocortisona, pomada tópica</i>	3	QL (120/30)
<i>butirato de hidrocortisona, solución tópica</i>	3	QL (120/30)
<i>butirato de hidrocortisona-emoliente</i>	4	QL (120/30)
<i>hidrocortisona, crema tópica, 1%, 2.5%</i>	1	
<i>hidrocortisona, crema tópica con aplicador perineal, 1%</i>	1	
<i>hidrocortisona, loción tópica, 2.5%</i>	2	
<i>hidrocortisona, pomada tópica, 1%, 2.5%</i>	2	
<i>valerato de hidrocortisona</i>	3	
<i>mometasona tópica</i>	2	
<i>prednicarbato, pomada tópica</i>	2	
<i>acetónido de triamcinolona, crema tópica, 0.025%, 0.5%</i>	2	
<i>acetónido de triamcinolona, crema tópica, 0.1%</i>	1	
<i>acetónido de triamcinolona, loción tópica</i>	2	
<i>acetónido de triamcinolona, pomada tópica</i>	2	
<i>triderm, crema tópica, 0.1%</i>	1	
ESCABICIDAS/PEDICULICIDAS TÓPICOS		
<i>lindano, champú tópico</i>	3	
<i>malatión</i>	4	
<i>permetrina</i>	3	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
PRODUCTOS DE DIAGNÓSTICO/AGENTES VARIOS		
SOLUCIONES DE IRRIGACIÓN		
<i>irrigación de solución de lactato sódico compuesta</i>	4	
<i>neomicina-polimixina b gu</i>	4	
<i>irrigación de solución de lactato sódico compuesta</i>	4	
<i>tis-u-sol pentailito</i>	4	
AGENTES VARIOS		
<i>acamprosato</i>	2	
<i>anagrelida</i>	2	
ARALAST NP, SOL. PARA RECONST. INTRAVENOSA, 1,000 MG	5	PA; LA; NDS
ARALAST NP, SOL. PARA RECONST. INTRAVENOSA, 500 MG	5	PA; NDS
<i>betaína</i>	5	NDS
CARBAGLU	5	PA; LA; NDS
<i>ácido carglúmico</i>	5	PA; NDS
CHEMET	4	PA
CLINIMIX, 4.25%/D5W, SIN SULFITOS	4	B/D PA
<i>d al 10%-cloruro de sodio al 0.45%</i>	4	
<i>d al 2.5%-cloruro de sodio al 0.45%</i>	4	
<i>d al 5% y cloruro de sodio al 0.9%</i>	4	
<i>d al 5%-cloruro de sodio al 0.45%</i>	4	
<i>deferasirox, paquete de gránulos orales</i>	5	PA; NDS
<i>deferasirox, comprimidos orales</i>	5	PA; NDS
<i>deferiprona</i>	5	PA; NDS
<i>dextrosa al 10% y nacl al 0.2%</i>	4	
DEXTROSE AL 10% EN AGUA (D10W)	4	

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

Cursiva minúscula = Medicamento genérico

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 32.

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>dextrosa al 25% en agua (d25w)</i>	4	
<i>dextrosa al 5% en agua (d5w)</i>	4	
<i>dextrosa al 5%-solución de lactato sódico compuesta</i>	4	
<i>dextrosa al 5%-cloruro de sodio al 0.2%</i>	4	
<i>dextrosa al 5%-cloruro de sodio al 0.3%</i>	4	
<i>dextrosa al 50% en agua (d50w)</i>	4	
<i>dextrosa al 70% en agua (d70w)</i>	4	
<i>disulfiram</i>	2	
<i>droxidopa, cápsulas orales, 100 mg</i>	4	PA; QL (90/30)
<i>droxidopa, cápsulas orales, 200 mg, 300 mg</i>	4	PA; QL (180/30)
FERRIPROX	5	PA; NDS
FERRIPROX (2 VECES POR DÍA)	5	PA; NDS
INCRELEX	4	PA; LA
<i>levocarnitina (con azúcar)</i>	4	
<i>levocarnitina, solución oral, 100 mg/ml</i>	4	
<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

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

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

Cursiva minúscula = Medicamento genérico

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 32.

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>gluconato de clorhexidina, membrana mucosa</i>	1	
<i>fluoruro (de sodio), pasta dental</i>	4	
<i>bromuro de ipratropio nasal</i>	2	QL (30/30)
<i>oralone</i>	3	
<i>paroex, enjuague bucal</i>	1	
<i>fluoruro de sodio 5000 para sequedad en la boca</i>	4	
<i>fluoruro de sodio-nitrato potásico</i>	4	
<i>acetónido de triamcinolona, pasta dental</i>	3	
PREPARACIONES ÓTICAS VARIAS		
<i>ácido acético ótico (oído)</i>	2	
<i>flac, aceite ótico</i>	4	
<i>acetónido de fluocinolona, aceite</i>	4	
<i>hidrocortisona-ácido acético</i>	2	
<i>ofloxacina ótica (oídos)</i>	2	
ESTEROIDES/ANTIBIÓTICOS ÓTICOS		
<i>CIPRO HC</i>	3	
<i>ciprofloxacina-dexametasona</i>	3	
<i>cortisporin-tc</i>	4	
<i>neomicina-polimixina-hidrocortisona ótica (oído)</i>	3	
SISTEMA ENDOCRINO/DIABETES		
HORMONAS SUPRARRENALES		
<i>DEPO-MEDROL</i>	4	
<i>dexametasona, intensol</i>	4	
<i>dexametasona, elixir oral</i>	2	
<i>dexametasona, solución oral</i>	2	
<i>dexametasona, comprimidos orales</i>	2	
<i>fosfato sódico de dexametasona (pf), solución inyectable</i>	4	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>fosfato sódico de dexametasona, solución inyectable</i>	4	
<i>fludrocortisona</i>	2	
<i>hidrocortisona oral</i>	3	
<i>MEDROL, COMPRIMIDOS ORALES, 2 MG</i>	3	B/D PA
<i>methylpred dp</i>	2	
<i>acetato de metilprednisolona</i>	4	
<i>metilprednisolona, comprimidos orales</i>	2	B/D PA
<i>metilprednisolona, comprimidos orales, paquete dosificado</i>	2	
<i>succinato sódico de metilprednisolona, sol. para reconst. inyect., 125 mg, 40 mg</i>	4	
<i>succinato sódico de metilprednisolona intravenoso</i>	4	
<i>prednisolona, solución oral</i>	3	
<i>fosfato sódico de prednisolona, solución oral, 15 mg/5 ml (3 mg/ml), 15 mg/5 ml (5 ml), 25 mg/5 ml (5 mg/ml), 5 mg base/5 ml (6.7 mg/5 ml)</i>	3	
<i>prednisona, intensol</i>	4	
<i>prednisona, solución oral</i>	2	
<i>prednisona, comprimidos orales, 1 mg, 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg</i>	1	
<i>prednisona, comprimidos orales, 50 mg</i>	2	
<i>prednisona, comprimidos orales, paquete dosificado</i>	1	
<i>SOLU-CORTEF ACT-O-VIAL (PF)</i>	4	
<i>acetónido de triamcinolona, suspensión inyectable, 40 mg/ml</i>	2	
AGENTES ANTITIROIDEOS		
<i>metimazol, comprimidos orales, 10 mg, 5 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 32.

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>propiltiouracilo</i>	3	
TRATAMIENTO DE LA DIABETES		
<i>acarbosea, comprimidos orales, 100 mg</i>	2	QL (90/30)
<i>acarbosea, comprimidos orales, 25 mg</i>	2	QL (360/30)
<i>acarbosea, comprimidos orales, 50 mg</i>	2	QL (180/30)
PAÑOS CON ALCOHOL	2	
BAQSIMI	3	
<i>bd safetyglide, jeringa para insulina, 1 ml, calibre 31 x 15/64"</i>	2	QL (200/30)
<i>bd ultra-fine nano, aguja para lapicera</i>	2	QL (200/30)
<i>bd ultra-fine short, aguja para lapicera</i>	2	QL (200/30)
BYDUREON BCISE	3	QL (4/28)
CYCLOSET	4	QL (180/30)
<i>diazoxida</i>	4	
<i>dropsafe, paños preparados con alcohol</i>	2	
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)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>glipizida, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas, 5 mg</i>	1	QL (120/30)
<i>glipizida-metformina, comprimidos orales, 2.5-250 mg</i>	1	QL (240/30)
<i>glipizida-metformina, comprimidos orales, 2.5-500 mg, 5-500 mg</i>	1	QL (120/30)
GLUCAGEN HYPOKIT	3	
GLUCAGON (HCL), KIT DE EMERGENCIAS	3	
GLUCAGON, KIT DE EMERGENCIAS (HUMANO)	3	
GLYXAMBI	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	
HUMALOG KWIKPEN, INSULINA	3	
HUMALOG MIX 50-50, INSULINA U-100	3	
HUMALOG MIX 50-50 KWIKPEN	3	
HUMALOG MIX 75-25 KWIKPEN	3	
HUMALOG MIX 75-25 (U-100), INSULINA	3	
HUMALOG U-100, INSULINA	3	
HUMULIN 70/30 U-100, INSULINA	3	
HUMULIN 70/30 U-100 KWIKPEN	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 32.

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
HUMULIN N NPH, INSULINA KWIKPEN	3	
HUMULIN N NPH U-100, INSULINA	3	
HUMULIN R REGULAR U-100, INSULINA	3	
HUMULIN R U-500 (CONC) INSULINA	5	B/D PA; NDS
HUMULIN R U-500 (CONC) KWIKPEN	5	NDS
INSULIN LISPRO	3	
INSULIN LISPRO PROTAMIN-LISPRO	3	
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	
LANTUS U-100, INSULINA	3	
LEVEMIR FLEXTOUCH U-100, INSULINA	3	
LEVEMIR U-100, INSULINA	3	
LYUMJEV KWIKPEN U-100, INSULINA	3	
LYUMJEV KWIKPEN U-200, INSULINA	3	
LYUMJEV U-100, INSULINA	3	
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)

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

Cursiva minúscula = Medicamento genérico

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 32.

Medicamentos cubiertos por categoría

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
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)
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	
TOUJEO SOLOSTAR U-300, INSULINA	3	
TRADJENTA	3	QL (30/30)
TRESIBA FLEXTOUCH U-100	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 32.

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
TRESIBA FLEXTOUCH U-200	3	
TRESIBA U-100, INSULINA	3	
TRIJARDY XR, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN INMEDIATA-LIBERACIÓN PROLONGADA, BIFÁSICA, 24 HORAS, 10-5-1,000 MG, 25-5-1,000 MG	3	QL (30/30)
TRIJARDY XR, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN INMEDIATA-LIBERACIÓN PROLONGADA, BIFÁSICA, 24 HORAS, 12.5-2.5-1,000 MG, 5-2.5-1,000 MG	3	QL (60/30)
TRULICITY	3	QL (2/28)
V-GO 20	3	
V-GO 30	3	
V-GO 40	3	
VICTOZA 2-PAK	3	QL (9/30)
VICTOZA 3-PAK	3	QL (9/30)
XULTOPHY 100/3.6	3	QL (15/30)
HORMONAS VARIAS		
ALDURAZYPE	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)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>cinacalcet, comprimidos orales, 90 mg</i>	4	QL (120/30)
<i>danazol</i>	4	
<i>desmopresina inyectable</i>	5	NDS
<i>desmopresina, rociador nasal con bomba</i>	4	
<i>desmopresina, rociador nasal no aerosol, 10 mcg/aplicación (0.1 ml)</i>	4	
<i>desmopresina oral</i>	3	
<i>doxercalciferol</i>	4	
ELAPRASE	5	PA; NDS
FABRAZYME	5	NDS
KORLYM	5	PA; QL (120/30); NDS
KUVAN	5	PA; NDS
LUMIZYME	5	PA; NDS
MIACALCIN INYECTABLE	5	NDS
<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	

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

Cursiva minúscula = Medicamento genérico

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 32.

Medicamentos cubiertos por categoría

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
UNITHROID, COMPRIMIDOS ORALES, 100 MCG, 112 MCG, 125 MCG, 150 MCG, 175 MCG, 200 MCG, 25 MCG, 300 MCG, 50 MCG, 75 MCG, 88 MCG	3	
<i>unithroid, comprimidos orales, 137 mcg</i>	3	

GASTROENTEROLOGÍA

ANTIDIARREICOS/ANTIESPASMÓDICOS

<i>atropina, solución inyectable, 0.4 mg/ml</i>	4	
<i>atropina, jeringa inyectable, 0.05 mg/ml, 0.1 mg/ml</i>	4	
<i>diciclomina, cápsulas orales</i>	1	
<i>diciclomina, solución oral</i>	3	
<i>diciclomina, comprimidos orales</i>	1	
<i>difenoxilato-atropina</i>	3	
<i>glicopirronio (pf)</i>	4	
<i>glicopirronio (pf) en agua, inyectable</i>	4	
<i>glicopirronio (pf) en agua, jeringa intravenosa, 0.4 mg/2 ml (0.2 mg/ml)</i>	4	
<i>glicopirronio inyectable</i>	4	
<i>glicopirronio, comprimidos orales</i>	2	
<i>loperamida, cápsulas orales</i>	2	

AGENTES GASTROINTESTINALES VARIOS

<i>alosetrón, comprimidos orales, 0.5 mg</i>	4	PA
<i>alosetrón, comprimidos orales, 1 mg</i>	5	PA; NDS
<i>aprepitant</i>	4	B/D PA
<i>balsalazida</i>	4	
<i>budesonida, cápsulas orales, liberación retardada y prolongada</i>	4	

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

Cursiva minúscula = Medicamento genérico

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 32.

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>budesonida, comprimidos orales, liberación retardada y prolongada</i>	5	NDS
<i>compro</i>	2	
<i>constulosa</i>	2	
CORTIFOAM	4	
CREON	3	
<i>cromoglicato oral</i>	3	
CYSTADANE	5	NDS
<i>dronabinol</i>	4	B/D PA; QL (60/30)
EMEND, SUSPENSIÓN ORAL PARA RECONSTITUCIÓN	4	B/D PA
<i>enulosa</i>	2	
GATTEX, VIAL DE 30	5	PA; NDS
GATTEX, VIAL DE UNO	5	PA; NDS
<i>gavilyte-c</i>	2	
<i>generlac</i>	2	
<i>granisetron (pf), solución intravenosa, 1 mg/ml (1 ml)</i>	4	B/D PA
<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	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>clorhidrato de metoclopramida, comprimidos orales</i>	2	
MOVANTIK	4	QL (30/30)
OALIVA	5	PA; LA; QL (30/30); NDS
<i>ondansetrón</i>	3	B/D PA
<i>clorhidrato de ondansetrón (pf)</i>	4	
<i>clorhidrato de ondansetrón intravenoso</i>	4	
<i>clorhidrato de ondansetrón, solución oral</i>	4	B/D PA
<i>clorhidrato de ondansetrón, comprimidos orales, 4 mg, 8 mg</i>	2	B/D PA
<i>palonosetrón, solución intravenosa, 0.25 mg/5 ml</i>	4	
<i>peg 3350-electrolitos, sol. para reconst. oral, 236-22.74-6.74-5.86 gramos</i>	2	
<i>peg-electrolitos</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>proctozone-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	

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

Cursiva minúscula = Medicamento genérico

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 32.

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
SUTAB	4	
<i>ursodiol, cápsulas orales, 300 mg</i>	3	
<i>ursodiol, comprimidos orales</i>	4	
VIOKACE	4	
ZENPEP, CÁPSULAS ORALES, LIBERACIÓN RETARDADA (DR/EC) 10,000-32,000 UNIDADES, 15,000-47,000-63,000 UNIDADES, 20,000-63,000-84,000 UNIDADES, 25,000-79,000-105,000 UNIDADES, 3,000-10,000-14,000-UNIDADES, 40,000-126,000-168,000 UNIDADES, 5,000-17,000-24,000 UNIDADES	3	
TRATAMIENTO DE ÚLCERAS		
<i>esomeprazol magnésico, cápsulas orales, liberación retardada (dr/ec)</i>	3	QL (60/30)
<i>famotidina, suspensión oral</i>	4	
<i>famotidina, comprimidos orales, 20 mg, 40 mg</i>	2	
<i>lansoprazol, cápsulas orales, liberación retardada (dr/ec)</i>	3	QL (60/30)
<i>misoprostol</i>	3	
<i>nizatidina, cápsulas orales</i>	3	
<i>omeprazol, cápsulas orales, liberación retardada (dr/ec)</i>	2	QL (60/30)
<i>pantoprazol, comprimidos orales, liberación retardada (dr/ec)</i>	1	QL (60/30)
<i>sucralfato, suspensión oral</i>	4	
<i>sucralfato, comprimidos orales</i>	2	
TALICIA	4	QL (168/28)
INMUNOLOGÍA, VACUNAS/BIOTECNOLOGÍA		
MEDICAMENTOS BIOTECNOLÓGICOS		
ACTIMMUNE	5	PA; NDS
ARCALYST	5	PA; NDS

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

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

Cursiva minúscula = Medicamento genérico

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 32.

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
RETACRIT	3	PA
VACUNAS/AGENTES INMUNOLÓGICOS VARIOS		
ACTHIB (PF)	3	
ADACEL (TDAP ADOLESC./ ADULTOS) (PF)	3	
ATGAM	4	B/D PA
BCG (PF), VACUNA CON VIRUS VIVOS	3	
BEXSERO	3	
BOOSTRIX TDAP	3	
BOTOX	4	PA
DAPTACEL (DTAP PEDIÁTRICA) (PF)	3	
DENG VAXIA (PF)	3	
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	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
MENACTRA (PF), SOLUCIÓN INTRAMUSCULAR	3	
MENQUADFI (PF)	3	
MENVEO A-C-Y-W-135-DIP (PF)	3	
M-M-R II (PF)	3	
PEDIARIX (PF)	3	
PEDVAX HIB (PF)	3	
PENTACEL (PF)	3	
PREHEVBRIQ (PF)	3	B/D PA
PROQUAD (PF)	3	
QUADRACEL (PF)	3	
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	

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

Cursiva minúscula = Medicamento genérico

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 32.

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>colchicina, comprimidos orales</i>	4	QL (120/30)
FEBUXOSTAT	3	ST
MITIGARE	3	
<i>probenecid</i>	2	
<i>probenecid/colchicina</i>	2	
TRATAMIENTO DE LA OSTEOPOROSIS		
<i>alendronato, comprimidos orales, 10 mg, 5 mg</i>	1	QL (30/30)
<i>alendronato, comprimidos orales, 35 mg, 70 mg</i>	1	QL (4/28)
BINOSTO	4	QL (4/28)
<i>ibandronato oral</i>	2	QL (1/28)
PROLIA	4	QL (1/168)
<i>raloxifeno</i>	2	QL (30/30)
<i>risedronato, comprimidos orales, 150 mg</i>	3	QL (1/28)
<i>risedronato, comprimidos orales, 35 mg, 35 mg (paquete de 12), 35 mg (paquete de 4)</i>	3	QL (4/28)
<i>risedronato, comprimidos orales, 5 mg</i>	3	QL (30/30)
TERIPARATIDE	5	PA; QL (2.48/28); NDS
TYMLOS	5	PA; QL (1.56/30); NDS
OTROS AGENTES REUMATOLÓGICOS		
BENLYSTA	5	PA; NDS
ENBREL MINI	5	PA; QL (8/28); NDS
ENBREL, SOL. PARA RECONST. SUBCUTÁNEA	5	PA; QL (16/28); NDS
ENBREL, SOLUCIÓN SUBCUTÁNEA	5	PA; QL (8/28); NDS
ENBREL, JERINGA SUBCUTÁNEA	5	PA; QL (8/28); NDS
ENBREL SURECLICK	5	PA; QL (8/28); NDS
HUMIRA PEN	5	PA; QL (4/28); NDS
HUMIRA PEN CROHNS-UC-HS, PAQUETE INICIAL	5	PA; QL (12/365); NDS

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
HUMIRA PEN PSOR-UEITS-ADOL HS	5	PA; QL (8/365); NDS
HUMIRA, KIT DE JERINGA SUBCUTÁNEA, 40 MG/0.8 ML	5	PA; QL (4/28); NDS
HUMIRA (CF) PEDI CROHNS, PAQUETE INICIAL, KIT DE JERINGA SUBCUTÁNEA, 80 MG/0.8 ML	5	PA; QL (6/365); NDS
HUMIRA (CF) PEDI CROHNS, PAQUETE INICIAL, KIT DE JERINGA SUBCUTÁNEA, 80 MG/0.8 ML-40 MG/0.4 ML	5	PA; QL (4/365); NDS
HUMIRA (CF) PEN CROHNS-UC-HS	5	PA; QL (6/365); NDS
HUMIRA (CF) PEN PEDIATRIC UC	5	PA; QL (4/180); NDS
HUMIRA (CF) PEN PSOR-UV-ADOL HS	5	PA; QL (6/365); NDS
HUMIRA (CF) PEN, KIT DE 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

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

Cursiva minúscula = Medicamento genérico

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 32.

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
RINVOQ	5	PA; QL (30/30); NDS
XELJANZ, SOLUCIÓN ORAL	5	PA; QL (300/30); NDS
XELJANZ, COMPRIMIDOS ORALES	5	PA; QL (60/30); NDS
XELJANZ XR	5	PA; QL (30/30); NDS

OBSTETRICIA/GINECOLOGÍA

ESTRÓGENOS/PROGESTINAS

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

MENOSTAR	3	QL (4/28)
<i>nora-be</i>	3	
<i>noretisterona (anticonceptivo)</i>	3	
<i>acetato de noretisterona</i>	3	
<i>acetato de noretisterona-etinilestradiol, comprimidos orales, 0.5-2.5 mg-mcg</i>	3	
PREMARIN INYECTABLE	4	
PREMARIN ORAL	3	
PREMARIN VAGINAL	3	
<i>progesterona micronizada</i>	3	
<i>sharobel</i>	3	
<i>yuvafem</i>	4	

PRODUCTOS OBSTÉTRICOS/GINECOLÓGICOS VARIOS

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

ANTICONCEPTIVOS ORALES/AGENTES RELACIONADOS

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

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

Cursiva minúscula = Medicamento genérico

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 32.

Medicamentos cubiertos por categoría

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>hailey 24 fe</i>	3	
<i>hailey fe 1.5/30 (28)</i>	3	
<i>hailey fe 1/20 (28)</i>	3	
<i>ICLEVIA</i>	3	
<i>introvale</i>	3	
<i>isibloom</i>	3	
<i>jaimiess</i>	3	
<i>jasmiel (28)</i>	3	
<i>jolessa</i>	3	
<i>juleber</i>	3	
<i>junel 1.5/30 (21)</i>	3	
<i>junel 1/20 (21)</i>	3	
<i>junel fe 1.5/30 (28)</i>	3	
<i>junel fe 1/20 (28)</i>	3	
<i>junel fe 24</i>	3	
<i>kaitlib fe</i>	3	
<i>kalliga</i>	3	
<i>kariva (28)</i>	3	
<i>kelnor 1/35 (28)</i>	3	
<i>kelnor 1-50 (28)</i>	3	
<i>kurvelo (28)</i>	3	
<i>l norgest/e.estradiol-e.estradiol</i>	3	
<i>larin 1.5/30 (21)</i>	3	
<i>larin 1/20 (21)</i>	3	
<i>larin 24 fe</i>	3	
<i>larin fe 1.5/30 (28)</i>	3	
<i>larin fe 1/20 (28)</i>	3	
<i>layolis fe</i>	3	
<i>leena 28</i>	3	
<i>lessina</i>	3	
<i>levonest (28)</i>	3	
<i>levonorgestrel-etinilestradiol</i>	3	
<i>levonorg-etetinilestradiol trifásico</i>	3	
<i>levora-28</i>	3	
<i>lojaimiess</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 32.

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>loryna</i> (28)	3	
<i>low-ogestrel</i> (28)	3	
<i>lo-zumandimine</i> (28)	3	
<i>luter</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 28</i>	3	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>reclipsen</i> (28)	3	
<i>rivelsa</i>	3	
<i>setlakin</i>	3	
<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	

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

Cursiva minúscula = Medicamento genérico

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 32.

Medicamentos cubiertos por categoría

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

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

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

Cursiva minúscula = Medicamento genérico

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 32.

Medicamentos cubiertos por categoría

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
LOTEMAX SM	4	
<i>etabonato de loteprednol, gotas oftálmicas (ojos), suspensión</i>	4	
<i>acetato de prednisolona</i>	3	
<i>fosfato sódico de prednisolona oftálmico (ojos)</i>	2	
AGENTES SIMPATICOMIMÉTICOS		
ALPHAGAN P, GOTAS OFTÁLMICAS (OJOS), 0.1%	3	
<i>apraclonidina</i>	3	
<i>brimonidina, gotas oftálmicas (ojos), 0.15%</i>	3	
<i>brimonidina, gotas oftálmicas (ojos), 0.2%</i>	2	
SISTEMA RESPIRATORIO Y ALERGIA		
AGENTES ANTIHISTAMÍNICOS/ANTIALÉRGICOS		
<i>desloratadina, comprimidos orales</i>	2	QL (30/30)
<i>clorhidrato de difenhidramina, solución inyectable, 50 mg/ml</i>	4	
<i>epinefrina, autoinyector para inyección</i>	2	QL (2/30)
<i>epinefrina, solución inyectable, 1 mg/ml</i>	4	
<i>clorhidrato de hidroxizina, comprimidos orales</i>	3	PA
<i>levocetirizina, solución oral</i>	4	
<i>levocetirizina, comprimidos orales</i>	2	QL (30/30)
<i>prometazina oral</i>	2	PA
<i>prometazina, supositorio rectal, 12.5 mg, 25 mg</i>	4	
<i>promethegan, supositorio rectal, 25 mg, 50 mg</i>	4	
AGENTES PULMONARES		
<i>acetilcisteína</i>	3	B/D PA
ADEMPAS	5	PA; LA; QL (90/30); NDS
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 32.

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
ARNUIITY 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 32.

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)
TRIKAFTA, COMPRIMIDOS ORALES, TERAPIA SECUENCIAL, 100-50-75 MG (D)/150 MG (N)	5	PA; QL (84/28); NDS
TRIKAFTA, COMPRIMIDOS ORALES, TERAPIA SECUENCIAL, 50-25-37.5 MG (D)/75 MG (N)	5	PA; NDS
VENTAVIS	5	PA; NDS
VENTOLIN HFA	3	QL (36/30)
<i>wixela inhub</i>	2	QL (60/30)
XHANCE	4	ST; QL (32/30)
XOLAIR, SOL. PARA RECONST. SUBCUTÁNEA	5	PA; LA; QL (8/28); NDS
XOLAIR, JERINGA SUBCUTÁNEA, 150 MG/ML	5	PA; LA; QL (8/28); NDS
XOLAIR, JERINGA SUBCUTÁNEA, 75 MG/0.5 ML	5	PA; LA; QL (1/28); NDS

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

Cursiva minúscula = Medicamento genérico

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 32.

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)
UROLÓGICOS		
ANTICOLINÉRGICOS/ANTIESPASMÓDICOS		
<i>darifenacina</i>	4	
<i>flavoxato</i>	2	
GEMTESA	4	QL (30/30)
MYRBETRIQ, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA, 24 HORAS	3	
<i>cloruro de oxibutinina, jarabe oral</i>	2	
<i>cloruro de oxibutinina, comprimidos orales</i>	2	
<i>cloruro de oxibutinina, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas</i>	3	QL (60/30)
<i>solifenacina</i>	2	
<i>tolterodina</i>	4	
TOVIAZ	3	QL (30/30)
ANTICOLINÉRGICOS/ANTIESPASMÓDICOS		
<i>fesoterodina</i>	3	QL (30/30)
TRATAMIENTO DE LA HIPERPLASIA PROSTÁTICA BENIGNA (HPB)		
<i>alfuzosina</i>	2	
<i>dutasterida</i>	2	
<i>dutasterida-tamsulosina</i>	4	
<i>finasterida, comprimidos orales, 5 mg</i>	2	QL (30/30)
<i>tamsulosina</i>	2	QL (60/30)
AGENTES UROLÓGICOS VARIOS		
<i>cloruro de betanecol</i>	2	
CYSTAGON	4	LA
ELMIRON	4	
K-PHOS ORIGINAL	4	

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

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

Cursiva minúscula = Medicamento genérico

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 32.

Medicamentos cubiertos por categoría

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

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

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

Cursiva minúscula = Medicamento genérico

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 32.

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>fluoruro Ludent, comprimidos orales masticables, 1 mg (2.2 mg de fluoruro de sodio)</i>	1	
M-NATAL PLUS	3	
PNV-DHA	3	
PNV-OMEGA	3	
PNV-SELECT	3	
PR NATAL 400	3	
PR NATAL 400 EC	3	
PR NATAL 430	3	
PR NATAL 430 EC	3	
<i>prenatal plus (carbonato de calcio)</i>	3	
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 32.

Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
A		ACETÓNIDO DE TRIAMCINOLONA, POMADA TÓPICA.....	67
ABACAVIR, COMPRIMIDOS ORALES.....	33	ACETÓNIDO DE TRIAMCINOLONA, SUSPENSIÓN INYECTABLE, 40 MG/ML.....	69
ABACAVIR-LAMIVUDINA.....	33	ACICLOVIR, CÁPSULAS ORALES.....	33
ABACAVIR, SOLUCIÓN ORAL.....	33	ACICLOVIR, COMPRIMIDOS ORALES.....	33
ABELCET.....	33	ACICLOVIR, POMADA TÓPICA.....	66
ABILIFY MAINTENA.....	54	ACICLOVIR SÓDICO, SOLUCIÓN INTRAVENOSA.....	33
ABIRATERONA, COMPRIMIDOS ORALES, 250 MG.....	40	ACICLOVIR, SUSPENSIÓN ORAL, 200 MG/5 ML.....	33
ABIRATERONE, COMPRIMIDOS ORALES, 500 MG.....	40	ÁCIDO ACÉTICO ÓTICO (OÍDO).....	69
ABRAXANE.....	40	ÁCIDO AMINOCAPROICO ORAL.....	62
ACAMPROSATO.....	67	ÁCIDO CARGLÚMICO.....	67
ACARBOSA, COMPRIMIDOS ORALES, 25 MG.....	70	ÁCIDO FENOFÍBRICO (COLINA).....	63
ACARBOSA, COMPRIMIDOS ORALES, 50 MG.....	70	ÁCIDO TRANEXÁMICO ORAL.....	79
ACARBOSA, COMPRIMIDOS ORALES, 100 MG.....	70	ÁCIDO VALPROICO.....	49
ACEBUTOLOL.....	60	ÁCIDO VALPROICO (COMO SAL SÓDICA).....	49
ACETAMINOFENO-CODEÍNA, COMPRIMIDOS ORALES, 300-15 MG, 300-30 MG.....	52	ÁCIDO ZOLEDRÓNICO-MANITOL-AGUA, INFUSIÓN SECUNDARIA INTRAVENOSA, 4 MG/100 ML.....	74
ACETAMINOFENO-CODEÍNA, COMPRIMIDOS ORALES, 300-60 MG.....	52	ÁCIDO ZOLEDRÓNICO-MANITOL-NACL AL 0.9%.....	74
ACETAMINOFENO-CODEÍNA, SOLUCIÓN ORAL.....	52	ÁCIDO ZOLEDRÓNICO, SOLUCIÓN INTRAVENOSA.....	74
ACETATO DE CALCIO (AGLUTINANTE DE FOSFATO) ..	86	ACITRETINA.....	64
ACETATO DE METILPREDNISOLONA.....	69	ACTHIB (PF).....	77
ACETATO DE NORETISTERONA.....	79	ACTIMMUNE.....	76
ACETATO DE NORETISTERONA-ETINILESTRADIOL, COMPRIMIDOS ORALES, 0.5-2.5 MG-MCG.....	79	ADACEL (TDAP ADOLESC./ADULTOS) (PF).....	77
ACETATO DE OCTREOTIDA, JERINGA INYECTABLE ..	45	ADCETRIS.....	40
ACETATO DE OCTREOTIDA, SOLUCIÓN INYECTABLE, 1,000 MCG/ML, 100 MCG/ML, 200 MCG/ML, 50 MCG/ML.....	45	ADEFOVIR.....	33
ACETATO DE OCTREOTIDA, SOLUCIÓN INYECTABLE, 500 MCG/ML.....	45	ADEMPAS.....	83
ACETATO DE PREDNISOLONA.....	83	ADLARITY.....	51
ACETAZOLAMIDA.....	83	ADVAIR HFA.....	83
ACETAZOLAMIDA SÓDICA.....	83	AFINITOR, COMPRIMIDOS ORALES, 10 MG.....	40
ACETILCISTEÍNA.....	83	AFINITOR DISPERZ, COMPRIMIDOS ORALES PARA SUSPENSIÓN, 2 MG.....	40
ACETÓNIDO DE FLUOCINOLONA, ACEITE.....	69	AFINITOR DISPERZ, COMPRIMIDOS ORALES PARA SUSPENSIÓN, 3 MG, 5 MG.....	40
ACETÓNIDO DE TRIAMCINOLONA, CREMA TÓPICA, 0.1%.....	67	AFIRMELLE.....	79
ACETÓNIDO DE TRIAMCINOLONA, CREMA TÓPICA, 0.025%, 0.5%.....	67	AGUA PARA IRRIGACIÓN, ESTÉRIL.....	68
ACETÓNIDO DE TRIAMCINOLONA, LOCIÓN TÓPICA ..	67	AGUJAS, INSULINA DES., DE SEGURIDAD.....	72
ACETÓNIDO DE TRIAMCINOLONA, PASTA DENTAL.....	69	AIMOVIG, AUTOINYECTOR.....	50
		AJOVY, AUTOINYECTOR.....	50
		AJOVY, JERINGA.....	50
		AK-POLY-BAC.....	82

Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
ALA-CORT, CREMA TÓPICA, 1%	66	AMIKACINA, SOLUCIÓN INYECTABLE, 1,000 MG/4 ML, 500 MG/2 ML	37
ALBENDAZOL	37	AMILORIDA	60
ALBUTEROL SULFATE INHALATION, INHALADOR EN AEROSOL DE HFA, 90 MCG/ACTIVACIÓN (GENÉRICO DE PROVENTIL)	84	AMILORIDA-HIDROCLOROTIAZIDA	60
ALCLOMETASONA	66	AMINOSYN II 15%	87
ALDURAZYME	73	AMINOSYN-PF 7% (SIN SULFITOS)	87
ALECENSA	40	AMIODARONA ORAL	59
ALENDRONATO, COMPRIMIDOS ORALES, 10 MG, 5 MG	78	AMIODARONA, SOLUCIÓN INTRAVENOSA	59
ALENDRONATO, COMPRIMIDOS ORALES, 35 MG, 70 MG	78	AMITRIPTILINA	54
ALFUZOSINA	86	AMLODIPINA	60
ALIMTA	40	AMLODIPINA-ATORVASTATINA	60
ALIQOPA	40	AMLODIPINA-BENAZEPRIL	60
ALISKIRENO	60	AMLODIPINA-OLMESARTÁN	60
ALOPURINOL, COMPRIMIDOS ORALES, 100 MG, 300 MG	77	AMLODIPINA-VALSARTÁN	60
ALOSETRÓN, COMPRIMIDOS ORALES, 0.5 MG	74	AMLODIPINA-VALSARTÁN-HIDROCLOROTIAZIDA	60
ALOSETRÓN, COMPRIMIDOS ORALES, 1 MG	74	AMNESTEEM	65
ALPHAGAN P, GOTAS OFTÁLMICAS (OJOS), 0.1%	83	AMOXAPINA	54
ALPRAZOLAM, COMPRIMIDOS DE DESINTEGRACIÓN ORAL, 0.25 MG, 0.5 MG, 1 MG	54	AMOXICILINA, CÁPSULAS ORALES	39
ALPRAZOLAM, COMPRIMIDOS DE DESINTEGRACIÓN ORAL, 2 MG	54	AMOXICILINA-CLAVULANATO DE POT., COMPRIMIDOS ORALES	39
ALPRAZOLAM, COMPRIMIDOS ORALES, 0.25 MG, 0.5 MG, 1 MG	54	AMOXICILINA-CLAVULANATO DE POT., COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA, 12 HORAS	39
ALPRAZOLAM, COMPRIMIDOS ORALES, 2 MG	54	AMOXICILINA-CLAVULANATO DE POT., COMPRIMIDOS ORALES MASTICABLES	39
ALTAVERA (28)	79	AMOXICILINA-CLAVULANATO DE POT., SUSPENSIÓN ORAL PARA RECONSTITUCIÓN	39
ALUNBRIG, COMPRIMIDOS ORALES, 30 MG	41	AMOXICILINA, COMPRIMIDOS ORALES	39
ALUNBRIG, COMPRIMIDOS ORALES, 180 MG, 90 MG	40	AMOXICILINA, COMPRIMIDOS ORALES MASTICABLES, 125 MG, 250 MG	39
ALUNBRIG, COMPRIMIDOS ORALES, PAQUETE DOSIFICADO	41	AMOXICILINA, SUSPENSIÓN ORAL PARA RECONSTITUCIÓN	39
ALYACEN 1/35 (28)	79	AMPICILINA, CÁPSULAS ORALES, 500 MG	39
ALYACEN 7/7/7 (28)	79	AMPICILINA SÓDICA	39
ALYQ	84	AMPICILINA-SULBACTAM	39
AMBISOME	33	ANAGRELIDA	67
AMBRISENTÁN	84	ANASTROZOL	41
AMETHIA	79	ANFOTERICINA B	33
AMETHYST (28)	79	ANFOTERICINA B LIPOSOMAL	33
		ANORO ELLIPTA	84
		APRACLONIDINA	83
		APREPITANT	74

Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
APRI	79	ATGAM	77
APTOM, COMPRIMIDOS ORALES, 200 MG	48	ATOMOXETINA, CÁPSULAS ORALES, 10 MG, 18 MG, 25 MG, 40 MG	54
APTOM, COMPRIMIDOS ORALES, 400 MG	48	ATOMOXETINA, CÁPSULAS ORALES, 100 MG, 60 MG, 80 MG	54
APTOM, COMPRIMIDOS ORALES, 600 MG, 800 MG	48	ATORVASTATINA	63
APTIVUS	33	ATOVACUONA	37
ARALAST NP, SOL. PARA RECONST. INTRAVENOSA, 1,000 MG	67	ATOVACUONA-PROGUANIL	37
ARALAST NP, SOL. PARA RECONST. INTRAVENOSA, 500 MG	67	ATROPINA, GOTAS OFTÁLMICAS (OJOS)	82
ARANELLE (28)	79	ATROPINA, JERINGA INYECTABLE, 0.05 MG/ML, 0.1 MG/ML	74
ARCALYST	76	ATROPINA, SOLUCIÓN INYECTABLE, 0.4 MG/ML	74
ARFORMOTEROL	84	ATROVENT HFA	84
ARIKAYCE	37	AUBRA	79
ARIPIRAZOL, COMPRIMIDOS DE DESINTEGRACIÓN ORAL	54	AUBRA EQ	79
ARIPIRAZOL, COMPRIMIDOS ORALES, 10 MG, 15 MG, 2 MG, 5 MG	54	AUGMENTIN, SUSPENSIÓN ORAL PARA RECONSTITUCIÓN, 125-31.25 MG/5 ML	39
ARIPIRAZOL, COMPRIMIDOS ORALES, 20 MG, 30 MG	54	AUROVELA 1.5/30 (21)	79
ARIPIRAZOL, SOLUCIÓN ORAL	54	AUROVELA 1/20 (21)	79
ARISTADA INITIO	54	AUROVELA 24 FE	79
ARISTADA, SUSPENSIÓN INTRAMUSCULAR, LIBERACIÓN PROLONGADA, JERINGA, 1,064 MG/3.9 ML	54	AUROVELA FE 1.5/30 (28)	79
ARISTADA, SUSPENSIÓN INTRAMUSCULAR, LIBERACIÓN PROLONGADA, JERINGA, 441 MG/1.6 ML	54	AUROVELA FE 1-20 (28)	79
ARISTADA, SUSPENSIÓN INTRAMUSCULAR, LIBERACIÓN PROLONGADA, JERINGA, 662 MG/2.4 ML	54	AUSTEDO, COMPRIMIDOS ORALES, 6 MG	51
ARISTADA, SUSPENSIÓN INTRAMUSCULAR, LIBERACIÓN PROLONGADA, JERINGA, 882 MG/3.2 ML	54	AUSTEDO, COMPRIMIDOS ORALES, 12 MG, 9 MG	51
ARMODAFINIL	54	AVIANE	80
ARNUIITY ELLIPTA	84	AVITA	65
ARRANON	41	AVONEX, JERINGA INTRAMUSCULAR	76
ARZERRA	41	AVONEX, KIT DE JERINGA INTRAMUSCULAR	76
ASHLYNA	79	AVONEX, KIT DE LAPICERA PARA INYECCIÓN INTRAMUSCULAR	76
ASPIRINA-DIPIRIDAMOL	62	AYUNA	80
ATAZANAVIR, CÁPSULAS ORALES, 150 MG, 300 MG	33	AYVAKIT	41
ATAZANAVIR, CÁPSULAS ORALES, 200 MG	33	AZACITIDINA	41
ATENOLOL	60	AZALASTINA OFTÁLMICA (OJOS)	82
ATENOLOL-CLORTALIDONA	60	AZASAN	41
		AZASITE	82
		AZATIOPRINA, COMPRIMIDOS ORALES, 50 MG	41
		AZATIOPRINA, COMPRIMIDOS ORALES, 100 MG, 75 MG	41
		AZATIOPRINA SÓDICA	41
		AZELASTINA NASAL	68

Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
AZITROMICINA, COMPRIMIDOS ORALES	36	BESREMI	76
AZITROMICINA INTRAVENOSA	36	BETAÍNA	67
AZITROMICINA, PAQUETE ORAL	36	BETAMETASONA, AUMENTADA	66
AZITROMICINA, SUSPENSIÓN ORAL PARA RECONSTITUCIÓN	36	BETASERON, KIT PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA	76
AZTREONAM, SOL. PARA RECONST. INYECT., 1 GRAMO	37	BETAXOLOL ORAL	60
AZTREONAM, SOL. PARA RECONST. INYECT., 2 GRAMOS	37	BEXAROTENO	41
AZURETTE (28)	80	BEXSERO	77
B		BICALUTAMIDA	41
BACITRACINA INTRAMUSCULAR	37	BICARBONATO DE SODIO, JERINGA INTRAVENOSA	87
BACITRACINA OFTÁLMICA (OJOS)	82	BICILLIN L-A	39
BACITRACINA-POLIMIXINA B	82	BIDIL	60
BACLOFENO, COMPRIMIDOS ORALES, 10 MG, 5 MG	51	BIKTARVY	33
BACLOFENO, COMPRIMIDOS ORALES, 20 MG	52	BIMATOPROST OFTÁLMICO (OJOS)	83
BAL-CARE DHA	87	BINOSTO	78
BALSALAZIDA	74	BISOPROLOL-HIDROCLOROTIAZIDA	60
BALVERSA	41	BLENREP	41
BALZIVA (28)	80	BLEOMICINA	41
BANZEL, SUSPENSIÓN ORAL	48	BLINCYTO, KIT INTRAVENOSO	41
BAQSIMI	70	BLISOVI 24 FE	80
BARACLUDE, SOLUCIÓN ORAL	33	BLISOVI FE 1.5/30 (28)	80
BAVENCIO	41	BLISOVI FE 1/20 (28)	80
BCG (PF), VACUNA CON VIRUS VIVOS	77	BOOSTRIX TDAP	77
BD SAFETYGLIDE, JERINGA PARA INSULINA, 1 ML, CALIBRE 31 X 15/64"	70	BORTEZOMIB, INYECTABLE	41
BD ULTRA-FINE NANO, AGUJA PARA LAPICERA	70	BORTEZOMIB, SOL. PARA RECONST. INTRAVENOSA	41
BD ULTRA-FINE SHORT, AGUJA PARA LAPICERA	70	BOSENTÁN	84
BELEODAQ	41	BOSULIF, COMPRIMIDOS ORALES, 100 MG	41
BELSOMRA	54	BOSULIF, COMPRIMIDOS ORALES, 400 MG, 500 MG	41
BENZAEPRIIL	60	BOTOX	77
BENZAEPRIIL-HIDROCLOROTIAZIDA	60	BRAFTOVI, CÁPSULAS ORALES, 75 MG	41
BENDEKA	41	BREO ELLIPTA	84
BENLYSTA	78	BRIELLYN	80
BENZATROPINA INYECTABLE	50	BRILINTA	62
BENZATROPINA ORAL	50	BRIMONIDINA, GOTAS OFTÁLMICAS (OJOS), 0.2%	83
BESIVANCE	82	BRIMONIDINA, GOTAS OFTÁLMICAS (OJOS), 0.15%	83
BESPONSA	41	BRINZOLAMIDA	83
		BRIVIACT, COMPRIMIDOS ORALES	48
		BRIVIACT INTRAVENOSO	48
		BRIVIACT, SOLUCIÓN ORAL	48

Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
BROMFENACO	82	BUTIRATO DE HIDROCORTISONA, SOLUCIÓN TÓPICA.....	67
BROMOCRIPTINA	50	BUTORFANOL NASAL	53
BROMURO DE IPRATROPIO NASAL	69	BYDUREON BCISE	70
BROMURO DE IPRATROPIO PARA INHALAR.....	84		
BROMURO DE PIRIDOSTIGMINA, COMPRIMIDOS ORALES, 60 MG	52	C	
BROMURO DE PIRIDOSTIGMINA, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA.....	52	CABENUVA.....	33
BROMURO DE PIRIDOSTIGMINA, JARABE ORAL	52	CABERGOLINA.....	73
BROVANA	84	CABOMETYX	41
BRUKINSA	41	CALCIPOTRIENO, CREMA TÓPICA	64
BUDESONIDA, CÁPSULAS ORALES, LIBERACIÓN RETARDADA Y PROLONGADA.....	74	CALCIPOTRIENO, CUERO CABELLUDO	64
BUDESONIDA, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN RETARDADA Y PROLONGADA	75	CALCIPOTRIENO, POMADA TÓPICA.....	64
BUDESONIDA, SUSPENSIÓN PARA INHALACIÓN PARA NEBULIZACIÓN, 0.25 MG/2 ML, 0.5 MG/2 ML.....	84	CALCITONINA (SALMÓN), INYECCIÓN.....	73
BUDESONIDA, SUSPENSIÓN PARA INHALACIÓN PARA NEBULIZACIÓN, 1 MG/2 ML.....	84	CALCITONINA (SALMÓN), NASAL.....	73
BUMETANIDA INYECTABLE.....	60	CALCITRIOL, CÁPSULAS ORALES.....	73
BUMETANIDA ORAL	60	CALCITRIOL, SOLUCIÓN INTRAVENOSA, 1 MCG/ML.....	73
BUPRENORFINA-NALOXONA, COMPRIMIDOS SUBLINGUALES, 2-0.5 MG.....	53	CALCITRIOL, SOLUCIÓN ORAL.....	73
BUPRENORFINA-NALOXONA, COMPRIMIDOS SUBLINGUALES, 8-2 MG.....	53	CALCITRIOL TÓPICO	64
BUPRENORFINA-NALOXONA, PELÍCULA SUBLINGUAL, 2-0.5 MG.....	53	CALQUENCE	41
BUPRENORFINA-NALOXONA, PELÍCULA SUBLINGUAL, 4-1 MG, 8-2 MG	53	CALQUENCE (ACALABRUTINIB MAL).....	41
BUPRENORFINA-NALOXONA, PELÍCULA SUBLINGUAL, 12-3 MG	53	CAMILA	79
BUPRENORFINA, PARCHE TRANSDÉRMICO SEMANAL, 7.5 MCG/HORA.....	52	CAMRESE.....	80
BUPRENORPHINE, PARCHE TRANSDÉRMICO SEMANAL, 10 MCG/HORA, 15 MCG/HORA, 20 MCG/HORA, 5 MCG/HORA.....	52	CAMRESE LO	80
BUSPIRONA.....	55	CANDESARTÁN, COMPRIMIDOS ORALES, 16 MG, 4 MG, 8 MG	60
BUSULFAN	41	CANDESARTÁN, COMPRIMIDOS ORALES, 32 MG	60
BUTIRATO DE HIDROCORTISONA, CREMA TÓPICA ..	67	CANDESARTÁN-HIDROCLOROTIAZIDA.....	60
BUTIRATO DE HIDROCORTISONA-EMOLIENTE.....	67	CAPASTAT.....	37
BUTIRATO DE HIDROCORTISONA, POMADA TÓPICA.....	67	CAPLYTA	55
		CAPRELSA, COMPRIMIDOS ORALES, 100 MG	41
		CAPRELSA, COMPRIMIDOS ORALES, 300 MG	41
		CAPROATO DE HIDROXIPROGESTERONA	79
		CAPTOPRIL	60
		CARBAGLU.....	67
		CARBAMAZEPINA	48
		CARBIDOPA.....	50
		CARBIDOPA-LEVODOPA, COMPRIMIDOS DE DESINTEGRACIÓN ORAL.....	50
		CARBIDOPA-LEVODOPA, COMPRIMIDOS ORALES	50

Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
CARBIDOPA-LEVODOPA, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA.....	50	CEFLACLOR, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA, 12 HORAS	36
CARBIDOPA-LEVODOPA-ENTACAPONA	50	CEFOTETAN EN DEXTROSA, ISO-OSM.	36
CARBONATO DE LITIO	57	CEFOTETAN INYECTABLE	36
CARBOPLATINO, SOLUCIÓN INTRAVENOSA	41	CEFOXITINA	36
CARMUSTINA, SOL. PARA RECONST. INTRAVENOSA, 100 MG	41	CEFOXITINA EN DEXTROSA, ISO-OSM.	36
CAROSPIR	60	CEFPODOXIMA.....	36
CARTEOLOL	82	CEFPROZILLO	36
CARTIA XT	60	CEFTAZIDIMA	36
CARVEDILOL.....	60	CEFTAZIDIMA EN D5W	36
CASPOFUNGINA, SOL. PARA RECONST. INTRAVENOSA, 50 MG.....	33	CEFTRIAXONA	36
CASPOFUNGINA, SOL. PARA RECONST. INTRAVENOSA, 70 MG.....	33	CEFTRIAXONA EN DEXTROSA, ISO-OSM.	36
CAYSTON	37	CEFUROXIMA AXETILO, COMPRIMIDOS ORALES	36
CEFACLOR, CÁPSULAS ORALES.....	36	CEFUROXIMA SÓDICA INTRAVENOSA.....	36
CEFACLOR, SUSPENSIÓN ORAL PARA RECONSTITUCIÓN, 125 MG/5 ML, 250 MG/5 ML, 375 MG/5 ML	36	CEFUROXIMA SÓDICA, SOL. PARA RECONST. INYECT., 750 MG	36
CEFADROXILO, CÁPSULAS ORALES	36	CELECOXIB	53
CEFADROXILO, COMPRIMIDOS ORALES	36	CELONTIN, CÁPSULAS ORALES, 300 MG.....	48
CEFADROXILO, SUSPENSIÓN ORAL PARA RECONSTITUCIÓN, 250 MG/5 ML, 500 MG/5 ML.....	36	CEREZYME, SOL. PARA RECONST. INTRAVENOSA, 400 UNIDADES	73
CEFALEXINA, CÁPSULAS ORALES, 250 MG, 500 MG ..	36	CHANTIX, COMPRIMIDOS ORALES, 1 MG	68
CEFALEXINA, SUSPENSIÓN ORAL PARA RECONSTITUCIÓN	36	CHANTIX, PAQUETE MENSUAL DE CONTINUACIÓN...	68
CEFAZOLINA EN DEXTROSA (ISO-OSM.), INFUSIÓN SECUNDARIA INTRAVENOSA, 1 GRAMO/50 ML, 2 GRAMOS/100 ML, 2 GRAMOS/50 ML	36	CHANTIX, PAQUETE MENSUAL INICIAL.....	68
CEFAZOLINA INTRAVENOSA	36	CHARLOTTE 24 FE	80
CEFAZOLINA, SOL. PARA RECONST. INYECT., 1 GRAMO, 10 GRAMOS, 100 GRAMOS, 2 GRAMOS, 300 GRAMOS, 500 MG.....	36	CHATEAL (28)	80
CEFDINIR, CÁPSULAS ORALES	36	CHATEAL EQ (28).....	80
CEFDINIR, SUSPENSIÓN ORAL PARA RECONSTITUCIÓN	36	CHEMET	67
CEFEPIMA EN DEXTROSA AL 5%.....	36	CHORIONIC GONADOTROPIN, HUMANA INTRAMUSCULAR	73
CEFEPIMA EN DEXTROSA, ISO-OSM.	36	CICLOBENZAPRINA, COMPRIMIDOS ORALES, 10 MG, 5 MG.....	52
CEFEPIMA INTRAVENOSA.....	36	CICLODAN, SOLUCIÓN TÓPICA	66
CEFEPIMA INYECTABLE.....	36	CICLOFOSFAMIDA INTRAVENOSA.....	41
CEFIXIMA	36	CICLOFOSFAMIDA ORAL	41
		CICLOPIROX, CHAMPÚ TÓPICO.....	66
		CICLOPIROX, CREMA TÓPICA.....	66
		CICLOPIROX, SOLUCIÓN TÓPICA	66
		CICLOPIROX, SUSPENSIÓN TÓPICA	66
		CICLOSERINA.....	37
		CICLOSPORINA, CÁPSULAS ORALES	41
		CICLOSPORINA INTRAVENOSA	41

Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
CICLOSPORINA MODIFICADA	41	CLINDAMICINA EN DEXTROSA AL 5%	37
CILOSTAZOL	62	CLINDAMICINA PEDIÁTRICA.....	37
CILOXAN, POMADA OFTÁLMICA (OJOS).....	82	CLINDAMYCIN PHOSPHATE, GEL TÓPICO, UNA VEZ AL DÍA	65
CIMDUO.....	33	CLINIMIX, 4.25%/D5W, SIN SULFITOS.....	67
CINACALCET, COMPRIMIDOS ORALES, 30 MG, 60 MG	73	CLINIMIX 4.25%/D10W, SIN SULFITOS	87
CINACALCET, COMPRIMIDOS ORALES, 90 MG	73	CLINIMIX 5%/D15W, SIN SULFITOS	87
CIPIONATO DE TESTOSTERONA, ACEITE INTRAMUSCULAR, 100 MG/ML, 200 MG/ML (1 ML)	73	CLINIMIX 5%-D20W (SIN SULFITOS).....	87
CIPROFLOXACINA-DEXAMETASONA.....	69	CLINIMIX 6%-D5W (SIN SULFITOS)	87
CIPROFLOXACINA EN DEXTROSA AL 5%.....	39	CLINIMIX 8%-D10W (SIN SULFITOS).....	87
CIPRO HC.....	69	CLINIMIX 8%-D14W (SIN SULFITOS).....	87
CIPRO, RECONST. DE MICROCÁPSULAS PARA SUSPENSIÓN ORAL	39	CLINIMIX E 4.25%/D10W, SIN SULFITOS	87
CISPLATINO, SOLUCIÓN INTRAVENOSA	41	CLINISOL SF 15%	87
CITALOPRAM, COMPRIMIDOS ORALES, 10 MG, 20 MG	55	CLOBAZAM, COMPRIMIDOS ORALES, 10 MG.....	48
CITALOPRAM, COMPRIMIDOS ORALES, 40 MG.....	55	CLOBAZAM, COMPRIMIDOS ORALES, 20 MG.....	48
CITALOPRAM, SOLUCIÓN ORAL.....	55	CLOBAZAM, SUSPENSIÓN ORAL.....	48
CITARABINA.....	42	CLOBETASOL, CHAMPÚ TÓPICO.....	66
CITARABINA (PF).....	42	CLOBETASOL, CREMA TÓPICA.....	66
CITRATO DE FENTANILO, PASTILLA BUCAL CON APLICADOR, 1,200 MCG, 1,600 MCG, 400 MCG, 600 MCG, 800 MCG	52	CLOBETASOL, CUERO CABELLUDO.....	66
CITRATO DE FENTANILO, PASTILLA BUCAL CON APLICADOR, 200 MCG.....	52	CLOBETASOL-EMOLIENTE, CREMA TÓPICA.....	66
CITRATO DE FENTANILO (PF), JERINGA INTRAVENOSA, 100 MCG/2 ML (50 MCG/ML)	52	CLOBETASOL-EMOLIENTE, ESPUMA TÓPICA	66
CITRATO DE FENTANILO (PF), SOLUCIÓN INYECTABLE	52	CLOBETASOL, ESPUMA TÓPICA.....	66
CITRATO DE POTASIO, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA.....	86	CLOBETASOL, GEL TÓPICO	66
CLADRIBINA.....	41	CLOBETASOL, POMADA TÓPICA	66
CLARAVIS.....	65	CLOCORTOLONE PIVALATE.....	66
CLARITROMICINA, COMPRIMIDOS ORALES	36	CLODAN.....	66
CLARITROMICINA, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA, 24 HORAS	36	CLOFARABINA	41
CLARITROMICINA, SUSPENSIÓN ORAL PARA RECONSTITUCIÓN	36	CLOMIPRAMINA.....	55
CLINDACIN ETZ, PAÑO TÓPICO	65	CLONAZEPAM, COMPRIMIDOS DE DESINTEGRACIÓN ORAL, 0.5 MG, 1 MG.....	48
CLINDACIN P.....	65	CLONAZEPAM, COMPRIMIDOS DE DESINTEGRACIÓN ORAL, 0.125 MG, 0.25 MG	48
CLINDAMICINA EN CLORURO DE SODIO AL 0.9%	37	CLONAZEPAM, COMPRIMIDOS DE DESINTEGRACIÓN ORAL, 2 MG	48
		CLONAZEPAM, COMPRIMIDOS ORALES, 0.5 MG, 1 MG	48
		CLONAZEPAM, COMPRIMIDOS ORALES, 2 MG	48
		CLONIDINA.....	60
		CLOPIDOGREL, COMPRIMIDOS ORALES, 75 MG	62
		CLOPIDOGREL, COMPRIMIDOS ORALES, 300 MG	62

Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
CLORAZEPATO DIPOTÁSICO, COMPRIMIDOS ORALES, 3.75 MG	55	CLORHIDRATO DE DILTIAZEM, CÁPSULAS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA, 24 HORAS, 120 MG, 180 MG, 240 MG, 300 MG, 420 MG	60
CLORAZEPATO DIPOTÁSICO, COMPRIMIDOS ORALES, 7.5 MG	55	CLORHIDRATO DE DILTIAZEM, CÁPSULAS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA, 24 HORAS, DEGRADABLE	60
CLORAZEPATO DIPOTÁSICO, COMPRIMIDOS ORALES, 15 MG	55	CLORHIDRATO DE DILTIAZEM, COMPRIMIDOS ORALES	60
CLORHIDRATO DE AMANTADINA	33	CLORHIDRATO DE DILTIAZEM, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA, 24 HORAS	60
CLORHIDRATO DE BUPRENORFINA, INYECTABLE	52	CLORHIDRATO DE DILTIAZEM INTRAVENOSO	60
CLORHIDRATO DE BUPRENORFINA SUBLINGUAL	52	CLORHIDRATO DE FLUFENAZINA, COMPRIMIDOS ORALES	56
CLORHIDRATO DE BUPROPIÓN (AGENTE PARA DEJAR DE FUMAR)	68	CLORHIDRATO DE FLUFENAZINA, CONCENTRADO ORAL	56
CLORHIDRATO DE BUPROPIÓN, COMPRIMIDOS ORALES, 75 MG	54	CLORHIDRATO DE FLUFENAZINA, ELIXIR ORAL	56
CLORHIDRATO DE BUPROPIÓN, COMPRIMIDOS ORALES, 100 MG	54	CLORHIDRATO DE FLUFENAZINA INYECTABLE	56
CLORHIDRATO DE BUPROPIÓN, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA, 24 HORAS, 150 MG	54	CLORHIDRATO DE GRANISETRÓN INTRAVENOSO	75
CLORHIDRATO DE BUPROPIÓN, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA, 24 HORAS, 300 MG	55	CLORHIDRATO DE GRANISETRÓN ORAL	75
CLORHIDRATO DE BUPROPIÓN, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN SOSTENIDA, 12 HORAS, 100 MG	55	CLORHIDRATO DE HIDROXIZINA, COMPRIMIDOS ORALES	83
CLORHIDRATO DE BUPROPIÓN, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN SOSTENIDA, 12 HORAS, 150 MG, 200 MG	55	CLORHIDRATO DE IMIPRAMINA	56
CLORHIDRATO DE CIPROFLOXACINA, COMPRIMIDOS ORALES, 100 MG	39	CLORHIDRATO DE LEVALBUTEROL	85
CLORHIDRATO DE CIPROFLOXACINA, COMPRIMIDOS ORALES, 250 MG, 500 MG, 750 MG	39	CLORHIDRATO DE LIDOCAÍNA, GEL PARA MEMBRANA MUCOSA	65
CLORHIDRATO DE CIPROFLOXACINA OFTÁLMICO (OJOS)	82	CLORHIDRATO DE LIDOCAÍNA, GEL PARA MEMBRANA MUCOSA EN APLICADOR	65
CLORHIDRATO DE CLINDAMICINA	37	CLORHIDRATO DE LIDOCAÍNA, LARINGOTRAQUEAL ..	65
CLORHIDRATO DE CLONIDINA, COMPRIMIDOS ORALES, 0.1 MG, 0.2 MG	60	CLORHIDRATO DE LIDOCAÍNA, SOLUCIÓN INYECTABLE	65
CLORHIDRATO DE CLONIDINA, COMPRIMIDOS ORALES, 0.3 MG	60	CLORHIDRATO DE LIDOCAÍNA, SOLUCIÓN PARA MEMBRANA MUCOSA, 2%	65
CLORHIDRATO DE DIFENHIDRAMINA, SOLUCIÓN INYECTABLE, 50 MG/ML	83	CLORHIDRATO DE LIDOCAÍNA, SOLUCIÓN PARA MEMBRANA MUCOSA, 4% (40 MG/ML)	65
CLORHIDRATO DE DILTIAZEM, CÁPSULAS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA, 12 HORAS	60	CLORHIDRATO DE MELFALÁN	44
CLORHIDRATO DE DILTIAZEM, CÁPSULAS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA, 24 HORAS, 120 MG, 180 MG, 240 MG, 300 MG	60	CLORHIDRATO DE METILFENIDATO, COMPRIMIDOS ORALES	57
		CLORHIDRATO DE METILFENIDATO, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA	57

Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
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).....	57	CLORURO DE OXIBUTININA, COMPRIMIDOS ORALES	86
CLORHIDRATO DE METOCLOPRAMIDA, COMPRIMIDOS ORALES	75	CLORURO DE OXIBUTININA, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA, 24 HORAS	86
CLORHIDRATO DE METOCLOPRAMIDA, SOLUCIÓN ORAL.....	75	CLORURO DE OXIBUTININA, JARABE ORAL.....	86
CLORHIDRATO DE ONDANSETRÓN, COMPRIMIDOS ORALES, 4 MG, 8 MG.....	75	CLORURO DE POTASIO, CÁPSULAS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA.....	87
CLORHIDRATO DE ONDANSETRÓN INTRAVENOSO ...	75	CLORURO DE POTASIO, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA.....	87
CLORHIDRATO DE ONDANSETRÓN (PF)	75	CLORURO DE POTASIO, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA, PARTÍCULAS/CRISTALES.....	87
CLORHIDRATO DE ONDANSETRÓN, SOLUCIÓN ORAL.....	75	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.....	87
CLORHIDRATO DE PAROXETINA, COMPRIMIDOS ORALES, 10 MG	58	CLORURO DE POTASIO EN D5-NACL AL 0.45%, SOLUCIÓN PARENTERAL INTRAVENOSA, 30 MEQ/L... 86	
CLORHIDRATO DE PAROXETINA, COMPRIMIDOS ORALES, 20 MG, 40 MG	58	CLORURO DE POTASIO EN DEXT. AL 5%, SOLUCIÓN PARENTERAL INTRAVENOSA, 20 MEQ/L... 86	
CLORHIDRATO DE PAROXETINA, COMPRIMIDOS ORALES, 30 MG	58	CLORURO DE POTASIO EN LR-D5, SOLUCIÓN PARENTERAL INTRAVENOSA, 20 MEQ/L.....	86
CLORHIDRATO DE PAROXETINA, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA, 24 HORAS.....	58	CLORURO DE POTASIO EN NACL AL 0.9%, SOLUCIÓN PARENTERAL INTRAVENOSA, 20 MEQ/L, 40 MEQ/L.....	86
CLORHIDRATO DE PAROXETINA, SUSPENSIÓN ORAL, 10 MG/5 ML.....	58	CLORURO DE POTASIO INTRAVENOSO	87
CLORHIDRATO DE PILOCARPINA, GOTAS OFTÁLMICAS (OJOS), 1%, 2%, 4%.....	82	CLORURO DE POTASIO, LÍQUIDO ORAL.....	87
CLORHIDRATO DE PILOCARPINA ORAL	68	CLORURO DE POTASIO-NACL AL 0.45%.....	87
CLORHIDRATO DE SELEGILINA	50	CLORURO DE POTASIO, PAQUETE ORAL	87
CLORHIDRATO DE TERBINAFINA ORAL	33	CLORURO DE SODIO AL 0.9%, INTRAVENOSO	68
CLORHIDRATO DE ZIPRASIDONA, CÁPSULAS ORALES, 20 MG	59	CLORURO DE SODIO AL 0.45%, SOLUCIÓN PARENTERAL INTRAVENOSA	87
CLORHIDRATO DE ZIPRASIDONA, CÁPSULAS ORALES, 40 MG	59	CLORURO DE SODIO HIPERTÓNICO AL 3%	87
CLORHIDRATO DE ZIPRASIDONA, CÁPSULAS ORALES, 60 MG, 80 MG	59	CLORURO DE SODIO HIPERTÓNICO AL 5%	87
CLORHIRATO DE PALMITATO DE CLINDAMICINA	37	CLORURO DE SODIO INTRAVENOSO	87
CLOROTIAZIDA SÓDICA.....	60	CLORURO DE SODIO PARA IRRIGACIÓN.....	68
CLORPROMAZINA INYECTABLE	55	CLOTRIMAZOL-BETAMETASONA, CREMA TÓPICA.....	66
CLORPROMAZINA ORAL	55	CLOTRIMAZOL-BETAMETASONA, LOCIÓN TÓPICA	66
CLORTALIDONA, COMPRIMIDOS ORALES, 25 MG, 50 MG	60	CLOTRIMAZOL, CREMA TÓPICA.....	66
CLORURO DE BETANECOL.....	86	CLOTRIMAZOL, MEMBRANA MUCOSA.....	33
		CLOTRIMAZOL, SOLUCIÓN TÓPICA	66
		CLOZAPINA, COMPRIMIDOS DE DESINTEGRACIÓN ORAL.....	55

Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
CLOZAPINA, COMPRIMIDOS ORALES	55	CYRED	80
C-NATE DHA	87	CYRED EQ	80
COARTEM	37	CYSTADANE	75
COLCHICINA, COMPRIMIDOS ORALES	78	CYSTAGON	86
COLESEVELAM	63	CYSTARAN	82
COLESTIPOL, COMPRIMIDOS ORALES	63		
COLESTIPOL, GRÁNULOS ORALES	63	D	
COLESTIPOL, PAQUETE ORAL	63	DACARBAZINA	42
COLESTIRAMINA-ASPARTAMO	63	DACTINOMICINA	42
COLESTIRAMINA (CON AZÚCAR)	63	D AL 2.5%-CLORURO DE SODIO AL 0.45%	67
COLESTIRAMINA SUAVE	63	D AL 5%-CLORURO DE SODIO AL 0.45%	67
COLISTINA (COLISTIMETATO SÓDICO)	37	D AL 5% Y CLORURO DE SODIO AL 0.9%	67
COMBIGAN	83	D AL 10%-CLORURO DE SODIO AL 0.45%	67
COMBIVENT RESPIMAT	84	DALFAMPRIDINA	51
COMETRIQ, CÁPSULAS ORALES, 60 MG/DÍA (20 MG X 3/DÍA)	41	DALIRESP	84
COMETRIQ, CÁPSULAS ORALES, 100 MG/DÍA (80 MG X 1-20 MG X 1)	41	DANAZOL	73
COMETRIQ, CÁPSULAS ORALES, 140 MG/DÍA (80 MG X 1-20 MG X 3)	41	DANTROLENO ORAL	52
COMPLERA	33	DANYELZA	42
COMPLETE NATAL DHA	87	DAPSONA ORAL	37
COMPRO	75	DAPTACEL (DTAP PEDIÁTRICA) (PF)	77
CONSTULOSA	75	DAPTOMICINA, SOL. PARA RECONST. INTRAVENOSA, 500 MG	37
COPAXONE, JERINGA SUBCUTÁNEA, 20 MG/ML	51	DAPTOMYCIN, SOL. PARA RECONST. INTRAVENOSA, 350 MG	37
COPAXONE, JERINGA SUBCUTÁNEA, 40 MG/ML	51	DARIFENACINA	86
COPIKTRA	41	DARZALEX	42
CORLANOR, COMPRIMIDOS ORALES	63	DARZALEX FASPRO	42
CORTIFOAM	75	DASETTA 1/35 (28)	80
CORTISPORIN-TC	69	DASETTA 7/7/7 (28)	80
COSMEGEN	41	DAUNORRUBICINA, SOLUCIÓN INTRAVENOSA	42
COTELLIC	41	DAURISMO, COMPRIMIDOS ORALES, 25 MG	42
CREON	75	DAURISMO, COMPRIMIDOS ORALES, 100 MG	42
CRESEMBA ORAL	33	DAYSEE	80
CROMOGLICATO OFTÁLMICO (OJOS)	82	DAYVIGO	55
CROMOGLICATO ORAL	75	DEBLITANE	79
CROMOGLICATO PARA INHALAR	84	DECANOATO DE FLUFENAZINA	56
CRYSELLE (28)	80	DECANOATO DE HALOPERIDOL	56
CYCLOSET	70	DECITABINA	42
CYRAMZA	41	DEFERASIROX, COMPRIMIDOS ORALES	67
		DEFERASIROX, PAQUETE DE GRÁNULOS ORALES	67

Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
DEFERIPRONA	67	DEXTROSA AL 5%-CLORURO DE SODIO AL 0.2%.....	68
DELESTROGEN, ACEITE INTRAMUSCULAR, 10 MG/ML	79	DEXTROSA AL 5%-CLORURO DE SODIO AL 0.3%.....	68
DELSTRIGO	33	DEXTROSA AL 5% EN AGUA (D5W)	68
DEMECLOCICLINA	40	DEXTROSA AL 5%-SOLUCIÓN DE LACTATO SÓDICO COMPUESTA	68
DENAVIR	66	DEXTROSA AL 10% Y NACL AL 0.2%	67
DENGVAIXA (PF)	77	DEXTROSA AL 25% EN AGUA (D25W).....	68
DEPO-ESTRADIOL	79	DEXTROSA AL 50% EN AGUA (D50W).....	68
DEPO-MEDROL	69	DEXTROSA AL 70% EN AGUA (D70W).....	68
DESCOVY	33	DEXTROSE AL 10% EN AGUA (D10W).....	67
DESIPRAMINA	55	DHIVY	50
DESLORATADINA, COMPRIMIDOS ORALES	83	DIACOMIT	48
DESMOPRESINA INYECTABLE	73	DIAZEPAM, COMPRIMIDOS ORALES	55
DESMOPRESINA ORAL	73	DIAZEPAM, CONCENTRADO ORAL	55
DESMOPRESINA, ROCIADOR NASAL CON BOMBA.....	73	DIAZEPAM, INTENSOL.....	55
DESMOPRESINA, ROCIADOR NASAL NO AEROSOL, 10 MCG/APLICACIÓN (0.1 ML)	73	DIAZEPAM INYECTABLE.....	55
DESOGE-E.ESTRADIOL/E.ESTRADIOL.....	80	DIAZEPAM RECTAL.....	48
DESOGESTREL-ETINILESTRADIOL.....	80	DIAZEPAM, SOLUCIÓN ORAL.....	55
DESONIDA, CREMA TÓPICA	66	DIAZOXIDA.....	70
DESONIDA, LOCIÓN TÓPICA	66	DICICLOMINA, CÁPSULAS ORALES	74
DESONIDA, POMADA TÓPICA	66	DICICLOMINA, COMPRIMIDOS ORALES	74
DESOXIMETASONA, CREMA TÓPICA	66	DICICLOMINA, SOLUCIÓN ORAL	74
DESOXIMETASONA, GEL TÓPICO	66	DICLOFENACO POTÁSICO, COMPRIMIDOS ORALES, 50 MG	53
DESOXIMETASONA, POMADA TÓPICA	66	DICLOFENACO SÓDICO, GEL TÓPICO AL 1%.....	53
DEXAMETASONA, COMPRIMIDOS ORALES	69	DICLOFENACO SÓDICO, GOTAS TÓPICAS	53
DEXAMETASONA, ELIXIR ORAL	69	DICLOFENACO SÓDICO OFTÁLMICO (OJOS).....	82
DEXAMETASONA, INTENSOL.....	69	DICLOFENACO SÓDICO ORAL	53
DEXAMETASONA, SOLUCIÓN ORAL.....	69	DICLOXACILINA	39
DEXMETILFENIDATO, COMPRIMIDOS ORALES.....	55	DIFENOXILATO-ATROPINA	74
DEXTROANFETAMINA-ANFETAMINA, CÁPSULAS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA, 24 HORAS.....	55	DIFICID, COMPRIMIDOS ORALES	37
DEXTROANFETAMINA-ANFETAMINA, COMPRIMIDOS ORALES, 5 MG	55	DIFICID, SUSPENSIÓN ORAL PARA RECONSTITUCIÓN	37
DEXTROANFETAMINA-ANFETAMINA, COMPRIMIDOS ORALES, 10 MG	55	DIFLUNISAL	53
DEXTROANFETAMINA-ANFETAMINA, COMPRIMIDOS ORALES, 12.5 MG, 30 MG, 7.5 MG	55	DIFLUPREDNATO	83
DEXTROANFETAMINA-ANFETAMINA, COMPRIMIDOS ORALES, 15 MG	55	DIGITEK.....	63
DEXTROANFETAMINA-ANFETAMINA, COMPRIMIDOS ORALES, 20 MG	55	DIGOXINA, COMPRIMIDOS ORALES, 62.5 MCG (0.0625 MG)	64
		DIGOXINA, COMPRIMIDOS ORALES, 125 MCG (0.125 MG), 250 MCG (0.25 MG), 62.5 MCG (0.0625 MG)	64

Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
DIGOXINA, SOLUCIÓN INYECTABLE.....	64	DOXAZOSINA, COMPRIMIDOS ORALES, 1 MG, 2 MG, 4 MG	60
DIGOXINA, SOLUCIÓN ORAL	64	DOXAZOSINA, COMPRIMIDOS ORALES, 8 MG	60
DIHIDROERGOTAMINA NASAL.....	50	DOXEPINA, CÁPSULAS ORALES	55
DILANTIN, 30 MG	48	DOXEPINA, CONCENTRADO ORAL.....	55
DILT-XR	60	DOXERCALCIFEROL	73
DIMETILFUMARATO, CÁPSULAS ORALES, LIBERACIÓN RETARDADA (DR/EC), 120 MG (14)-240 MG (46).....	51	DOXICICLINA-100	40
DIMETILFUMARATO, CÁPSULAS ORALES, LIBERACIÓN RETARDADA (DR/EC), 120 MG, 240 MG	51	DOXORRUBICINA, LIPOSOMAL PEGILADA	42
DINITRATO DE ISOSORBIDA, COMPRIMIDOS ORALES.....	64	DOXORRUBICINA, SOL. PARA RECONST. INTRAVENOSA, 50 MG.....	42
DIPIRIDAMOL ORAL	62	DOXORRUBICINA, SOLUCIÓN INTRAVENOSA.....	42
DIPROPIONATO DE BETAMETASONA.....	66	DRIZALMA, CÁPSULAS ORALES CON GRÁNULOS, LIB. RETARDADA, 20 MG, 60 MG.....	55
DISOPROXILO DE EFAVIRENZ-LAMIVUDINA- TENOFIVIR, COMPRIMIDOS ORALES, 400-300-300 MG33		DRIZALMA, CÁPSULAS ORALES CON GRÁNULOS, LIB. RETARDADA, 30 MG	55
DISOPROXILO DE EFAVIRENZ-LAMIVUDINA- TENOFIVIR, COMPRIMIDOS ORALES, 600-300-300 MG	33	DRIZALMA, CÁPSULAS ORALES CON GRÁNULOS, LIB. RETARDADA, 40 MG	55
DISULFIRAM	68	DRONABINOL	75
DIVALPROEX.....	48	DROPSAFE, PAÑOS PREPARADOS CON ALCOHOL ...	70
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).....	42	DROSPIRENONA-E. ESTRADIOL-LM.FA	80
DOFETILIDA.....	59	DROSPIRENONA-ETINILESTRADIOL	80
DOLISHALE	80	DROXIA	42
DONEPEZILO, COMPRIMIDOS DE DESINTEGRACIÓN ORAL, 5 MG	51	DROXIDOPA, CÁPSULAS ORALES, 100 MG.....	68
DONEPEZILO, COMPRIMIDOS DE DESINTEGRACIÓN ORAL, 10 MG.....	51	DROXIDOPA, CÁPSULAS ORALES, 200 MG, 300 MG...	68
DONEPEZILO, COMPRIMIDOS ORALES, 5 MG.....	51	DUAVEE.....	79
DONEPEZILO, COMPRIMIDOS ORALES, 10 MG.....	51	DULOXETINA, CÁPSULAS ORALES, LIBERACIÓN RETARDADA (DR/EC), 20 MG, 60 MG	56
DOPTLET (PAQUETE DE 10 COMPRIMIDOS)	62	DULOXETINA, CÁPSULAS ORALES, LIBERACIÓN RETARDADA (DR/EC), 30 MG	56
DOPTLET (PAQUETE DE 15 COMPRIMIDOS)	62	DUPIXENT, JERINGA SUBCUTÁNEA, 100 MG/0.67 ML..	64
DOPTLET (PAQUETE DE 30 COMPRIMIDOS)	62	DUPIXENT, JERINGA SUBCUTÁNEA, 200 MG/1.14 ML..	64
DORZOLAMIDA.....	83	DUPIXENT, JERINGA SUBCUTÁNEA, 300 MG/2 ML....	64
DORZOLAMIDA-TIMOLOL.....	83	DUPIXENT, LAPICERA PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA, 200 MG/1.14 ML.....	64
DOTTI.....	79	DUPIXENT, LAPICERA PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA, 300 MG/2 ML.....	64
DOVATO.....	33	DUREZOL	83
		DUTASTERIDA	86
		DUTASTERIDA-TAMSULOSINA	86

Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
E			
EC-NAPROXENO	53	ENALAPRIL-HIDROCLOROTIAZIDA	61
ECONAZOL	66	ENANTATO DE TESTOSTERONA	74
EDARBI	60	ENBREL, JERINGA SUBCUTÁNEA	78
EDARBYCLOR	60	ENBREL MINI	78
EDISILATO DE PROCLORPERAZINA, SOLUCIÓN INYECTABLE, 10 MG/2 ML (5 MG/ML)	75	ENBREL, SOL. PARA RECONST. SUBCUTÁNEA	78
EDURANT	33	ENBREL, SOLUCIÓN SUBCUTÁNEA	78
EFAVIRENZ, CÁPSULAS ORALES, 50 MG	33	ENBREL SURECLICK	78
EFAVIRENZ, CÁPSULAS ORALES, 200 MG	33	ENDOCET	52
EFAVIRENZ, COMPRIMIDOS ORALES	33	ENERGIX-B (PF)	77
EFAVIRENZ-EMTRICITABINA-TENOFOVIR	33	ENERGIX-B (PF), USO PEDIÁTRICO	77
ELAPRASE	73	ENHERTU	42
ELECTROLITOS-48 EN D5W	87	ENOXAPARINA	62
ELIGARD	42	ENPRESSE	80
ELIGARD (3 MESES)	42	ENSKYCE	80
ELIGARD (4 MESES)	42	ENTACAPONA	50
ELIGARD (6 MESES)	42	ENTECAVIR	34
ELINEST	80	ENTRESTO	64
ELIQUIS	62	ENULOSA	75
ELIQUIS, TRATAMIENTO INICIAL PARA TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA/EMBOLIA PULMONAR, 30 DÍAS	62	ENVARUS XR	42
ELITE-OB	87	EPCLUSA, COMPRIMIDOS ORALES, 200-50 MG	34
ELLA	80	EPCLUSA, COMPRIMIDOS ORALES, 400-100 MG	34
ELMIRON	86	EPCLUSA, PÍLDORAS DE ADMINISTRACIÓN ORAL EN PAQUETES, 150-37.5 MG	34
ELZONRIS	42	EPCLUSA, PÍLDORAS DE ADMINISTRACIÓN ORAL EN PAQUETES, 200-50 MG	34
EMCYT	42	EPIDIOLEX	48
EMEND, SUSPENSIÓN ORAL PARA RECONSTITUCIÓN	75	EPINASTINA	82
EMOQUETTE	80	EPINEFRINA, AUTOINYECTOR PARA INYECCIÓN	83
EMPLICITI	42	EPINEFRINA, SOLUCIÓN INYECTABLE, 1 MG/ML	83
EMSAM	56	EPIRUBICINA, SOLUCIÓN INTRAVENOSA	42
EMTRICITABINA	33	EPITOL	48
EMTRICITABINA-TENOFOVIR (TDF), COMPRIMIDOS ORALES, 200-300 MG	34	EPIVIR HBV, SOLUCIÓN ORAL	34
EMTRICITABINE-TENOFOVIR (TDF), COMPRIMIDOS ORALES, 100-150 MG, 133-200 MG, 167-250 MG	34	EPRONTIA	48
EMTRIVA, SOLUCIÓN ORAL	34	ERBITUX	42
EMVERM	37	ERGOTAMINA-CAFEÍNA	51
		ERITROCINA (COMO ESTEARATO), COMPRIMIDOS ORALES, 250 MG	37
		ERITROMICINA, COMPRIMIDOS ORALES	37
		ERITROMICINA, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN RETARDADA (DR/EC)	37
		ERITROMICINA CON ETANOL, SOLUCIÓN TÓPICA	65

Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
ERITROMICINA OFTÁLMICA (OJOS)	82	ETILSUCCINATO DE ERITROMICINA, SUSPENSIÓN ORAL PARA RECONSTITUCIÓN, 200 MG/5 ML	37
ERITROMICINA, PAÑOS	65	ETILSUCCINATO DE ERITROMICINA, SUSPENSIÓN ORAL PARA RECONSTITUCIÓN, 400 MG/5 ML	37
ERITROMICINA-PERÓXIDO DE BENZOÍLO.....	65	ETIODIOL DIAC-ETINILESTRADIOL	80
ERIVEDGE	42	ETODOLACO	53
ERLEADA	42	ETOPOPHOS	42
ERLOTINIB, COMPRIMIDOS COMPRIMIDOS, 25 MG ...	42	ETOPÓSIDO INTRAVENOSO.....	42
ERLOTINIB, COMPRIMIDOS ORALES, 100 MG, 150 MG	42	ETOSUXIMIDA.....	48
ERRIN.....	79	ETRAVIRINA.....	34
ERTAPENEM	37	EUTHYROX.....	74
ERY-TAB, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN RETARDADA (DR/EC), 250 MG	37	EVEROLIMUS (ANTINEOPLÁSICO), COMPRIMIDOS ORALES, 2.5 MG, 5 MG, 7.5 MG	42
ERY-TAB, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN RETARDADA (DR/EC), 333 MG	37	EVEROLIMUS (ANTINEOPLÁSICO), COMPRIMIDOS ORALES, 10 MG.....	42
ERYTHROCIN, SOL. PARA RECONST. INTRAVENOSA, 500 MG	37	EVEROLIMUS (ANTINEOPLÁSICO), COMPRIMIDOS ORALES PARA SUSPENSIÓN, 2 MG.....	42
ERYTHROMYCIN CON ETANOL, GEL TÓPICO	65	EVEROLIMUS (ANTINEOPLÁSICO), COMPRIMIDOS ORALES PARA SUSPENSIÓN, 3 MG, 5 MG	42
ESBRIET, CÁPSULAS ORALES	84	EVEROLIMUS (INMUNODEPRESOR)	42
ESBRIET, COMPRIMIDOS ORALES, 267 MG	84	EVOMELA	42
ESBRIET, COMPRIMIDOS ORALES, 801 MG	84	EVOTAZ	34
ESCOPOLAMINA BASE	75	EXEMESTANO.....	42
ESOMEPRAZOL MAGNÉSICO, CÁPSULAS ORALES, LIBERACIÓN RETARDADA (DR/EC)	76	EXKIVITY	42
ESPIRONOLACTONA.....	61	EYLEA.....	82
ESPIRONOLACTONA-HIDROCLOROTIAZIDA	61	EYSUVIS	83
ESTARYLLA	80	EZETIMIBA	63
ESTAVUDINA, CÁPSULAS ORALES.....	35	EZETIMIBA-SIMVASTATINA	63
ÉSTERES ETÍLICOS DE LOS ÁCIDOS OMEGA 3	63		
ESTRADIOL ORAL.....	79		
ESTRADIOL, PARCHE TRANSDÉRMICO QUINCENAL ...	79		
ESTRADIOL, PARCHE TRANSDÉRMICO SEMANAL	79		
ESTRADIOL VAGINAL.....	79		
ESTREPTOMICINA	38		
ESTRING.....	79		
ETABONATO DE LOTEPREDNOL, GOTAS OFTÁLMICAS (OJOS), SUSPENSIÓN	83		
ETACRINATO SÓDICO.....	61		
ETAMBUTOL.....	37		
ETEXILATO DE DABIGATRÁN.....	62		
ETILSUCCINATO DE ERITROMICINA, COMPRIMIDOS ORALES	37		

F

FABRAZYME	73
FALMINA (28)	80
FAMCICLOVIR.....	34
FAMOTIDINA, COMPRIMIDOS ORALES, 20 MG, 40 MG	76
FAMOTIDINA, SUSPENSIÓN ORAL.....	76
FANAPT, COMPRIMIDOS ORALES, 1 MG, 2 MG, 4 MG..	56
FANAPT, COMPRIMIDOS ORALES, 8 MG.....	56

Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
FANAPT, COMPRIMIDOS ORALES, 10 MG, 12 MG, 6 MG	56	FIRVANQ, SOL. PARA RECONST. INTRAVENOSA, 25 MG/ML	37
FANAPT, COMPRIMIDOS ORALES, PAQUETE DOSIFICADO	56	FIRVANQ, SOL. PARA RECONST. INTRAVENOSA, 50 MG/ML	37
FARYDAK	42	FLAC, ACEITE ÓTICO	69
FEBUXOSTAT	78	FLAVOXATO	86
FELBAMATO	48	FLECAINIDA	59
FELODIPINA	61	FLOVENT DISKUS PARA INHALAR, BLÍSTER CON DISPOSITIVO, 100 MCG/ACTIVACIÓN, 50 MCG/ ACTIVACIÓN	84
FEMINOR	80	FLOVENT DISKUS PARA INHALAR, BLÍSTER CON DISPOSITIVO, 250 MCG/ACTIVACIÓN	84
FENELZINA	58	FLOVENT, INHALADOR EN AEROSOL DE HFA, 44 MCG/ACTIVACIÓN	84
FENILBUTIRATO SÓDICO	68	FLOVENT, INHALADOR EN AEROSOL DE HFA, 110 MCG/ACTIVACIÓN	84
FENITOÍNA, COMPRIMIDOS ORALES MASTICABLES ..	49	FLOVENT, INHALADOR EN AEROSOL DE HFA, 220 MCG/ACTIVACIÓN	84
FENITOÍNA SÓDICA, LIBERACIÓN PROLONGADA	49	FLOXURIDINA	42
FENITOÍNA SÓDICA, SOLUCIÓN INTRAVENOSA	49	FLUCITOSINA	33
FENITOÍNA, SUSPENSIÓN ORAL	49	FLUCONAZOL	33
FENOBARBITAL, COMPRIMIDOS ORALES	49	FLUCONAZOL EN NACL (ISO-OSM.)	33
FENOBARBITAL, ELIXIR ORAL	49	FLUDARABINA	42
FENOBARBITAL SÓDICO, SOLUCIÓN INYECTABLE	49	FLUDROCORTISONA	69
FENOFIBRATO, CÁPSULAS ORALES MICRONIZADAS, 134 MG, 200 MG, 67 MG	63	FLUNISOLIDA	84
FENOFIBRATO, COMPRIMIDOS ORALES, 160 MG, 54 MG	63	FLUOCINOLONA, ACEITE TÓPICO	66
FENOFIBRATO NANOCRISTALIZADO	63	FLUOCINOLONA, CREMA TÓPICA	66
FENOXIBENZAMINA	61	FLUOCINOLONA, POMADA TÓPICA	66
FENTANILO	52	FLUOCINOLONA, SOLUCIÓN TÓPICA	66
FENTANYL CITRATE (PF), JERINGA INYECTABLE, 50 MCG/ML	52	FLUOCINOLONA Y GORRA DE BAÑO	66
FERRIPROX	68	FLUOCINONIDA, CREMA TÓPICA, 0.1%	66
FERRIPROX (2 VECES POR DÍA)	68	FLUOCINONIDA, CREMA TÓPICA, 0.05%	66
FESOTERODINA	86	FLUOCINONIDA, GEL TÓPICO	66
FETZIMA, CÁPSULAS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA, 24 HORAS	56	FLUOCINONIDA, POMADA TÓPICA	66
FETZIMA, CÁPSULAS ORALES, LIB. PROL., 24 HORAS, PAQUETE DOSIFICADO	56	FLUOCINONIDA, SOLUCIÓN TÓPICA	66
FINASTERIDA, COMPRIMIDOS ORALES, 5 MG	86	FLUOROMETOLONA	83
FINTEPLA	48	FLUOROURACILO, CREMA TÓPICA, 0.5%	64
FINZALA	80	FLUOROURACILO, CREMA TÓPICA, 5%	64
FIRDAPSE	51	FLUOROURACILO INTRAVENOSO	42
FIRMAGON, KIT CON JERINGA DILUYENTE, SOL. PARA RECONST. SUBCUTÁNEA, 80 MG	42	FLUOROURACILO, SOLUCIÓN TÓPICA	64
FIRMAGON, KIT CON JERINGA DILUYENTE, SOL. PARA RECONST. SUBCUTÁNEA, 120 MG	42	FLUORURO DE SODIO 5000 PARA SEQUEDAD EN LA BOCA	69

Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
FLUORURO (DE SODIO), COMPRIMIDOS ORALES.....	87	FOSFATO DE CLINDAMICINA INYECTABLE	37
FLUORURO (DE SODIO), COMPRIMIDOS ORALES MASTICABLES, 1 MG (2.2 MG DE FLUORURO DE SODIO)	87	FOSFATO DE CLINDAMICINA, LOCIÓN TÓPICA	65
FLUORURO DE SODIO-NITRATO POTÁSICO	69	FOSFATO DE CLINDAMICINA, PAÑO TÓPICO	65
FLUORURO (DE SODIO), PASTA DENTAL	69	FOSFATO DE CLINDAMICINA, SOLUCIÓN TÓPICA	65
FLUORURO LUDENT, COMPRIMIDOS ORALES MASTICABLES, 1 MG (2.2 MG DE FLUORURO DE SODIO)	88	FOSFATO DE CLINDAMICINA VAGINAL	79
FLUOXETINA, CÁPSULAS ORALES, 10 MG	56	FOSFATO DE CLOROQUINA	37
FLUOXETINA, CÁPSULAS ORALES, 20 MG	56	FOSFATO SÓDICO DE DEXAMETASONA OFTÁLMICO (OJOS)	83
FLUOXETINA, CÁPSULAS ORALES, 40 MG	56	FOSFATO SÓDICO DE DEXAMETASONA (PF), SOLUCIÓN INYECTABLE	69
FLUOXETINA, CÁPSULAS ORALES, LIBERACIÓN RETARDADA (DR/EC)	56	FOSFATO SÓDICO DE DEXAMETASONA, SOLUCIÓN INYECTABLE	69
FLUOXETINA, COMPRIMIDOS ORALES, 10 MG	56	FOSFATO SÓDICO DE PREDNISOLONA OFTÁLMICO (OJOS)	83
FLUOXETINA, COMPRIMIDOS ORALES, 20 MG	56	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)	69
FLUOXETINA, SOLUCIÓN ORAL	56	FOSFENITOÍNA	48
FLUOXETINA (TRASTORNO DISFÓRICO PREMENSTRUAL), COMPRIMIDOS ORALES, 10 MG ...	56	FOSFOMICINA TROMETAMINA	40
FLUOXETINA (TRASTORNO DISFÓRICO PREMENSTRUAL), COMPRIMIDOS ORALES, 20 MG ...	56	FOSINOPRIL	61
FLURBIPROFENO, COMPRIMIDOS ORALES, 100 MG ..	53	FOSINOPRIL-HIDROCLOROTIAZIDA	61
FLURBIPROFENO SÓDICO	82	FOTIVDA	43
FLUTAMIDA	42	FULVESTRANT	43
FLUVASTATINA, CÁPSULAS ORALES, 20 MG	63	FUMARATO DE BISOPROLOL	60
FLUVASTATINA, CÁPSULAS ORALES, 40 MG	63	FUMARATO DE DISOPROXILO DE TENOFOVIR	35
FLUVASTATINA, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA, 24 HORAS	63	FUMARATO DE FORMOTEROL	84
FLUVOXAMINA, COMPRIMIDOS ORALES, 50 MG	56	FUROSEMIDA, COMPRIMIDOS ORALES	61
FLUVOXAMINA, COMPRIMIDOS ORALES, 100 MG, 25 MG	56	FUROSEMIDA INYECTABLE	61
FOLIVANE-OB	87	FUROSEMIDA, SOLUCIÓN ORAL, 10 MG/ML, 40 MG/5 ML (8 MG/ML)	61
FOLOTYN	43	FUROSEMIDE, SOLUCIÓN ORAL, 40 MG/4 ML	61
FOMEPIZOL	77	FUZEON, SOL. PARA RECONST. SUBCUTÁNEA	34
FONDAPARINUX, JERINGA SUBCUTÁNEA, 2.5 MG/0.5 ML	62	FYAVOLV	79
FONDAPARINUX, JERINGA SUBCUTÁNEA, 10 MG/0.8 ML, 5 MG/0.4 ML, 7.5 MG/0.6 ML	62	FYCOMPA, COMPRIMIDOS ORALES, 2 MG	48
FOSAMPRENAVIR	34	FYCOMPA, COMPRIMIDOS ORALES, 4 MG, 6 MG	48
FOSFATO DE CARVEDILOL	60	FYCOMPA, COMPRIMIDOS ORALES, 10 MG, 12 MG, 8 MG	48
FOSFATO DE CLINDAMICINA, GEL TÓPICO	65	FYCOMPA, SUSPENSIÓN ORAL	48
FOSFATO DE CLINDAMICINA INTRAVENOSO	37		

Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
G			
GABAPENTINA, CÁPSULAS ORALES, 100 MG, 300 MG	48	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	38
GABAPENTINA, CÁPSULAS ORALES, 400 MG	48	GENTAMICINA, GOTAS OFTÁLMICAS (OJOS)	82
GABAPENTINA, COMPRIMIDOS ORALES, 600 MG	48	GENTAMICINA, POMADA TÓPICA	66
GABAPENTINA, COMPRIMIDOS ORALES, 800 MG	48	GENTAMICINA, SOLUCIÓN INYECTABLE, 40 MG/ML	38
GABAPENTINA, SOLUCIÓN ORAL	48	GENVOYA	34
GALANTAMINA, CÁPSULAS ORALES, PÍLDORAS DE LIB. PROL., 24 HORAS	51	GILENYA, CÁPSULAS ORALES, 0.5 MG	51
GALANTAMINA, COMPRIMIDOS ORALES	51	GILOTRIF	43
GALANTAMINA, SOLUCIÓN ORAL	51	GLICOPIRRONIO, COMPRIMIDOS ORALES	74
GAMMAGARD, LÍQUIDO	77	GLICOPIRRONIO INYECTABLE	74
GAMMAGARD S-D (IGA < 1 MCG/ML)	77	GLICOPIRRONIO (PF)	74
GAMMAKED	77	GLICOPIRRONIO (PF) EN AGUA, INYECTABLE	74
GAMMAPLEX	77	GLICOPIRRONIO (PF) EN AGUA, JERINGA INTRAVENOSA, 0.4 MG/2 ML (0.2 MG/ML)	74
GAMMAPLEX (CON SORBITOL)	77	GLIMEPIRIDA, COMPRIMIDOS ORALES, 1 MG	70
GAMUNEX-C	77	GLIMEPIRIDA, COMPRIMIDOS ORALES, 2 MG	70
GARDASIL 9 (PF)	77	GLIMEPIRIDA, COMPRIMIDOS ORALES, 4 MG	70
GASAS, 2 X 2	70	GLIPIZIDA, COMPRIMIDOS ORALES, 5 MG	70
GATTEX, VIAL DE 30	75	GLIPIZIDA, COMPRIMIDOS ORALES, 10 MG	70
GATTEX, VIAL DE UNO	75	GLIPIZIDA, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA, 24 HORAS, 2.5 MG	70
GAVILYTE-C	75	GLIPIZIDA, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA, 24 HORAS, 5 MG	70
GAVRETO	43	GLIPIZIDA, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA, 24 HORAS, 10 MG	70
GAZYVA	43	GLIPIZIDA-METFORMINA, COMPRIMIDOS ORALES, 2.5-250 MG	70
GEMCITABINA, SOL. PARA RECONST. INTRAVENOSA	43	GLIPIZIDA-METFORMINA, COMPRIMIDOS ORALES, 2.5-500 MG, 5-500 MG	70
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)	43	GLUCAGEN HYPOKIT	70
GEMCITABINA, SOLUCIÓN INTRAVENOSA, 100 MG/ML	43	GLUCAGON (HCL), KIT DE EMERGENCIAS	70
GEMFIBROZIL	63	GLUCAGON, KIT DE EMERGENCIAS (HUMANO)	70
GEMMILY	80	GLUCONATO DE CLORHEXIDINA, MEMBRANA MUCOSA	69
GEMTESA	86	GLYDO	64
GENERLAC	75	GLYXAMBI	70
GENGRAF	43	GRANISETRÓN (PF), SOLUCIÓN INTRAVENOSA, 1 MG/ML (1 ML)	75
GENOTROPIN	76	GRISEOFULVINA MICRONIZADA	33
GENOTROPIN MINISQUICK	76	GRISEOFULVINA ULTRAMICRONIZADA	33
GENTAK, POMADA OFTÁLMICA (OJOS)	82		
GENTAMICINA, CREMA TÓPICA	65		

Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
GUANFACINA, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA, 24 HORAS	56	HICLATO DE DOXICICLINA, COMPRIMIDOS ORALES, 100 MG	40
GVOKE	70	HICLATO DE DOXICICLINA INTRAVENOSO	40
GVOKE HYPOPEN, PAQUETE DE 1	70	HIDRALAZINA INYECTABLE	61
GVOKE HYPOPEN, PAQUETE DE 2	70	HIDRALAZINA ORAL	61
GVOKE PFS, PAQUETE CON 1 JERINGA	70	HIDROCLOROTIAZIDA	61
GVOKE PFS, PAQUETE CON 2 JERINGAS	70	HIDROCODONA-ACETAMINOFENO, COMPRIMIDOS ORALES, 10-325 MG, 5-325 MG, 7.5-325 MG	52
H		HIDROCODONA-ACETAMINOFENO, SOLUCIÓN ORAL, 7.5-325 MG/15 ML	52
HAEGARDA	84	HIDROCODONA-IBUPROFENO	52
HAILEY	80	HIDROCORTISONA-ÁCIDO ACÉTICO	69
HAILEY 24 FE	80	HIDROCORTISONA, CREMA TÓPICA, 1%, 2.5%	67
HAILEY FE 1.5/30 (28)	80	HIDROCORTISONA, CREMA TÓPICA CON APLICADOR PERINEAL, 1%	67
HAILEY FE 1/20 (28)	80	HIDROCORTISONA, CREMA TÓPICA CON APLICADOR PERINEAL, 2.5%	75
HALAVEN	43	HIDROCORTISONA, LOCIÓN TÓPICA, 2.5%	67
HALOPERIDOL, COMPRIMIDOS ORALES, 0.5 MG, 1 MG, 2 MG, 5 MG	56	HIDROCORTISONA ORAL	69
HALOPERIDOL, COMPRIMIDOS ORALES, 10 MG, 20 MG	56	HIDROCORTISONA, POMADA TÓPICA, 1%, 2.5%	67
HARVONI, COMPRIMIDOS ORALES, 45-200 MG	34	HIDROCORTISONA RECTAL	75
HARVONI, COMPRIMIDOS ORALES, 90-400 MG	34	HIDROMORFONA, COMPRIMIDOS ORALES	52
HARVONI, PÍLDORAS DE ADMINISTRACIÓN ORAL EN PAQUETES, 33.75-150 MG	34	HIDROMORFONA, LÍQUIDO ORAL	52
HARVONI, PÍLDORAS DE ADMINISTRACIÓN ORAL EN PAQUETES, 45-200 MG	34	HIDROXICLOROQUINA	38
HAVRIX (PF)	77	HIDROXIUREA	43
HEATHER	79	HIPURATO DE METENAMINA	40
HEPARINA (PORCINA) EN DEXT. AL 5%	62	HIZENTRA	77
HEPARINA (PORCINA) EN NACL AL 0.45%, SOLUCIÓN PARENTERAL, INTRAVENOSA, 25,000 UNIDADES/250 ML, 25,000 UNIDADES/500 ML	62	HUMALOG JUNIOR KWIKPEN U-100	70
HEPARINA (PORCINA) EN NACL (PF)	62	HUMALOG KWIKPEN, INSULINA	70
HEPARINA, PORCINA (PF), JERINGA INYECTABLE	63	HUMALOG MIX 50-50, INSULINA U-100	70
HEPARINA (PORCINA), SOLUCIÓN INYECTABLE	62	HUMALOG MIX 50-50 KWIKPEN	70
HEPARIN (PORCINA), JERINGA INYECTABLE, 5,000 UNIDADES/ML	62	HUMALOG MIX 75-25 KWIKPEN	70
HETLIOZ	56	HUMALOG MIX 75-25 (U-100), INSULINA	70
HIBERIX (PF)	77	HUMALOG U-100, INSULINA	70
HICLATO DE DOXICICLINA, CÁPSULAS ORALES	40	HUMIRA (CF), KIT DE JERINGA SUBCUTÁNEA, 10 MG/0.1 ML, 20 MG/0.2 ML	78
HICLATO DE DOXICICLINA, COMPRIMIDOS ORALES, 20 MG	40	HUMIRA (CF), KIT DE JERINGA SUBCUTÁNEA, 40 MG/0.4 ML	78
		HUMIRA (CF) PEDI CROHNS, PAQUETE INICIAL, KIT DE JERINGA SUBCUTÁNEA, 80 MG/0.8 ML	78

Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
HUMIRA (CF) PEDI CROHNS, PAQUETE INICIAL, KIT DE JERINGA SUBCUTÁNEA, 80 MG/0.8 ML-40 MG/0.4 ML.....	78	IMBRUVICA, CÁPSULAS ORALES, 140 MG.....	43
HUMIRA (CF) PEN CROHNS-UC-HS.....	78	IMBRUVICA, COMPRIMIDOS ORALES.....	43
HUMIRA (CF) PEN, KIT DE INYECTOR SUBCUTÁNEO, 40 MG/0.4 ML.....	78	IMBRUVICA, SUSPENSIÓN ORAL.....	43
HUMIRA (CF) PEN, KIT DE LAPICERA PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA, 80 MG/0.8 ML.....	78	IMFINZI.....	43
HUMIRA (CF) PEN PEDIATRIC UC.....	78	IMIPENEM-CILASTATINA.....	38
HUMIRA (CF) PEN PSOR-UV-ADOL HS.....	78	IMIQUIMOD, CREMA TÓPICA EN BOMBA DE DOSIS MEDIDAS.....	64
HUMIRA, KIT DE JERINGA SUBCUTÁNEA, 40 MG/0.8 ML.....	78	IMIQUIMOD, CREMA TÓPICA EN PAQUETE, 3.75%.....	64
HUMIRA PEN.....	78	IMIQUIMOD, CREMA TÓPICA EN PAQUETE, 5%.....	64
HUMIRA PEN CROHNS-UC-HS, PAQUETE INICIAL.....	78	IMOVAX (PF), VACUNA ANTIRRÁBICA.....	77
HUMIRA PEN PSOR-UEITS-ADOL HS.....	78	INCASSIA.....	79
HUMULIN 70/30 U-100, INSULINA.....	70	INCRELEX.....	68
HUMULIN 70/30 U-100 KWIKPEN.....	70	INCRUSE ELLIPTA.....	84
HUMULIN N NPH, INSULINA KWIKPEN.....	71	INDAPAMIDA.....	61
HUMULIN N NPH U-100, INSULINA.....	71	INFANRIX (DTAP) (PF), JERINGA INTRAMUSCULAR.....	77
HUMULIN R REGULAR U-100, INSULINA.....	71	INFLECTRA.....	75
HUMULIN R U-500 (CONC) INSULINA.....	71	INFUGEM.....	43
HUMULIN R U-500 (CONC) KWIKPEN.....	71	INFUMORPH P/F.....	52
HYDROCODONE-ACETAMINOPHEN, COMPRIMIDOS ORALES, 10-300 MG, 7.5-300 MG.....	52	INGREZZA.....	51
I		INGREZZA, PAQUETE DE INICIACIÓN.....	51
IBANDRONATO ORAL.....	78	INLYTA, COMPRIMIDOS ORALES, 1 MG.....	43
IBRANCE.....	43	INLYTA, COMPRIMIDOS ORALES, 5 MG.....	43
IBU.....	53	INQOVI.....	43
IBUPROFENO, COMPRIMIDOS ORALES, 400 MG, 600 MG, 800 MG.....	53	INREBIC.....	43
IBUPROFENO, SUSPENSIÓN ORAL.....	53	INSULINA, AGUJA PARA LAPICERA.....	71
ICATIBANTO.....	84	INSULIN LISPRO.....	71
ICLEVIA.....	80	INSULIN LISPRO PROTAMIN-LISPRO.....	71
ICLUSIG.....	43	INTELENCE, COMPRIMIDOS ORALES, 25 MG.....	34
IDARRUBICINA.....	43	INTELENCE, COMPRIMIDOS ORALES, 100 MG, 200 MG.....	34
IDHIFA.....	43	INTRALIPID, EMULSIÓN INTRAVENOSA, 20%, 30%.....	87
IFOSFAMIDA.....	43	INTRON A, SOL. PARA RECONST. INYECT., 10 MILLONES DE UNIDADES (1 ML), 50 MILLONES DE UNIDADES (1 ML).....	76
IMATINIB, COMPRIMIDOS ORALES, 100 MG.....	43	INTROVALE.....	80
IMATINIB, COMPRIMIDOS ORALES, 400 MG.....	43	INVEGA HAFYERA, JERINGA INTRAMUSCULAR, 1,092 MG/3.5 ML.....	56
IMBRUVICA, CÁPSULAS ORALES, 70 MG.....	43	INVEGA HAFYERA, JERINGA INTRAMUSCULAR, 1,560 MG/5 ML.....	57
		INVEGA SUSTENNA, JERINGA INTRAMUSCULAR, 39 MG/0.25 ML.....	57

Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
INVEGA SUSTENNA, JERINGA INTRAMUSCULAR, 78 MG/0.5 ML.....	57	ISOTRETINOÍNA, CÁPSULAS ORALES, 10 MG, 20 MG, 30 MG, 40 MG.....	65
INVEGA SUSTENNA, JERINGA INTRAMUSCULAR, 117 MG/0.75 ML.....	57	ISRADIPINA.....	61
INVEGA SUSTENNA, JERINGA INTRAMUSCULAR, 156 MG/ML.....	57	ITRACONAZOL, CÁPSULAS ORALES.....	33
INVEGA SUSTENNA, JERINGA INTRAMUSCULAR, 234 MG/1.5 ML.....	57	ITRACONAZOL, SOLUCIÓN ORAL.....	33
INVEGA TRINZA, JERINGA INTRAMUSCULAR, 273 MG/0.88 ML.....	57	IVERMECTINA ORAL.....	38
INVEGA TRINZA, JERINGA INTRAMUSCULAR, 410 MG/1.32 ML.....	57	IXEMPRA.....	43
INVEGA TRINZA, JERINGA INTRAMUSCULAR, 546 MG/1.75 ML.....	57	IXIARO (PF).....	77
INVEGA TRINZA, JERINGA INTRAMUSCULAR, 819 MG/2.63 ML.....	57		
INVELTYS.....	83	J	
INVIRASE, COMPRIMIDOS ORALES.....	34	JAIMESS.....	80
INVOKAMET.....	71	JAKAFI.....	43
INVOKAMET XR.....	71	JANTOVEN.....	63
INVOKANA.....	71	JANUMET.....	71
IPOL.....	77	JANUMET XR, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA, MULTIFÁSICA, 24 HORAS, 50-1,000 MG, 50-500 MG.....	71
IPRATROPIO-ALBUTEROL.....	84	JANUMET XR, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA, MULTIFÁSICA, 24 HORAS, 100-1,000 MG.....	71
IRBESARTÁN.....	61	JANUVIA.....	71
IRBESARTÁN-HIDROCLOROTIAZIDA.....	61	JARDIANCE.....	71
IRESSA.....	43	JASMIEL (28).....	80
IRINOTECÁN.....	43	JEMPERLI.....	43
IRRIGACIÓN DE SOLUCIÓN DE LACTATO SÓDICO COMPUESTA.....	67	JENCYCLA.....	79
IRRIGACIÓN DE SOLUCIÓN DE LACTATO SÓDICO COMPUESTA.....	67	JENTADUETO.....	71
ISENTRESS, COMPRIMIDOS ORALES.....	34	JENTADUETO XR, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN INMEDIATA-LIBERACIÓN PROLONGADA, BIFÁSICA, 24 HORAS, 2.5-1,000 MG... ..	71
ISENTRESS, COMPRIMIDOS ORALES MASTICABLES, 25 MG.....	34	JENTADUETO XR, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN INMEDIATA-LIBERACIÓN PROLONGADA, BIFÁSICA, 24 HORAS, 5-1,000 MG.....	71
ISENTRESS, COMPRIMIDOS ORALES MASTICABLES, 100 MG.....	34	JERINGA PARA INSULINA (DES.), U-100 0.3 ML, 1 ML, 1/2 ML.....	71
ISENTRESS, DE DOSIS ALTA.....	34	JEVTANA.....	43
ISENTRESS, PAQUETE DE POLVO ORAL.....	34	JOLESSA.....	80
ISIBLOOM.....	80	JULEBER.....	80
ISONIAZIDA, COMPRIMIDOS ORALES.....	38	JULUCA.....	34
ISONIAZIDA, SOLUCIÓN ORAL.....	38	JUNEL 1.5/30 (21).....	80
ISOSORBIDA-HIDRALAZINA.....	64	JUNEL 1/20 (21).....	80
		JUNEL FE 1.5/30 (28).....	80

Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
JUNEL FE 1/20 (28)	80	KURVELO (28).....	80
JUNEL FE 24	80	KUVAN	73
K		KYNMOBI, PELÍCULA SUBLINGUAL, 10 MG, 15 MG, 20 MG, 25 MG, 30 MG	50
KABIVEN	87	KYPROLIS.....	43
KADCYLA	43	L	
KAITLIB FE	80	LABETALOL ORAL	61
KALETRA, COMPRIMIDOS ORALES, 100-25 MG	34	LACOSAMIDA, COMPRIMIDOS ORALES, 50 MG	48
KALETRA, COMPRIMIDOS ORALES, 200-50 MG	34	LACOSAMIDA, COMPRIMIDOS ORALES, 100 MG, 150 MG, 200 MG	48
KALLIGA.....	80	LACOSAMIDA INTRAVENOSA.....	48
KALYDECO, COMPRIMIDOS ORALES.....	85	LACOSAMIDA, SOLUCIÓN ORAL	48
KALYDECO, PAQUETE DE GRÁNULOS ORALES.....	84	LACRISERT	82
KARIVA (28)	80	LACTATO DE AMONIO	64
KELNOR 1/35 (28)	80	LACTATO DE HALOPERIDOL INYECTABLE.....	56
KELNOR 1-50 (28)	80	LACTATO DE HALOPERIDOL ORAL	56
KERENDIA	61	LACTULOSA, SOLUCIÓN ORAL.....	75
KETOCONAZOL, CHAMPÚ TÓPICO.....	66	LAMIVUDINA, COMPRIMIDOS ORALES, 100 MG, 300 MG	34
KETOCONAZOL, CREMA TÓPICA.....	66	LAMIVUDINA, COMPRIMIDOS ORALES, 150 MG	34
KETOCONAZOL ORAL.....	33	LAMIVUDINA, SOLUCIÓN ORAL	34
KETOROLACO OFTÁLMICO (OJOS)	82	LAMIVUDINA-ZIDOVUDINA	34
KEYTRUDA.....	43	LAMOTRIGINA, COMPRIMIDOS DE DESINTEGRACIÓN ORAL.....	49
KIMMTRAK	43	LAMOTRIGINA, COMPRIMIDOS ORALES	49
KINRIX (PF), JERINGA INTRAMUSCULAR.....	77	LAMOTRIGINA, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA, 24 HORAS.....	49
KISQALI	43	LAMOTRIGINA, COMPRIMIDOS ORALES MASTICABLES DISPERSABLES	49
KISQALI FEMARA CO-PACK, COMPRIMIDOS ORALES, 200 MG/DÍA (200 MG X 1), 2.5 MG	43	LANOXIN, COMPRIMIDOS ORALES, 62.5 MCG (0.0625 MG)	64
KISQALI FEMARA CO-PACK, COMPRIMIDOS ORALES, 400 MG/DÍA (200 MG X 2), 2.5 MG	43	LANOXIN, PEDIÁTRICO.....	64
KISQALI FEMARA CO-PACK, COMPRIMIDOS ORALES, 600 MG/DÍA (200 MG X 3), 2.5 MG	43	LANSOPRAZOL, CÁPSULAS ORALES, LIBERACIÓN RETARDADA (DR/EC).....	76
KLISYRI	43	LANTUS SOLOSTAR U-100, INSULINA	71
KLOR-CON	86	LANTUS U-100, INSULINA	71
KLOR-CON 8	86	LAPATINIB.....	43
KLOR-CON 10	86	LARIN 1.5/30 (21)	80
KLOR-CON M10	86	LARIN 1/20 (21).....	80
KLOR-CON M15	86	LARIN 24 FE.....	80
KLOR-CON M20	86		
KLOXXADO.....	53		
KORLYM.....	73		
K-PHOS ORIGINAL	86		

Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
LARIN FE 1.5/30 (28).....	80	LEVOFLOXACINA EN D5W.....	39
LARIN FE 1/20 (28).....	80	LEVOFLOXACINA INTRAVENOSA.....	39
LATANOPROST.....	83	LEVOFLOXACINA, SOLUCIÓN ORAL.....	39
LATUDA, COMPRIMIDOS ORALES, 80 MG.....	57	LEVONEST (28).....	80
LATUDA, COMPRIMIDOS ORALES, 120 MG, 20 MG, 40 MG, 60 MG.....	57	LEVONORGESTREL-ETINILESTRADIOL.....	80
LAYOLIS FE.....	80	LEVONORG-ETETINILESTRADIOL TRIFÁSICO.....	80
LEENA 28.....	80	LEVORA-28.....	80
LEFLUNOMIDA.....	78	LEVO-T.....	74
LENALIDOMIDA, CÁPSULAS ORALES, 2.5 MG.....	44	LEVOTIROXINA, COMPRIMIDOS ORALES.....	74
LENALIDOMIDA, CÁPSULAS ORALES, 10 MG, 15 MG, 25 MG, 5 MG.....	43	LEVOXYL, COMPRIMIDOS ORALES, 100 MCG, 112 MCG, 175 MCG.....	74
LENALIDOMIDA, CÁPSULAS ORALES, 20 MG.....	44	LEVOXYL, COMPRIMIDOS ORALES, 125 MCG, 137 MCG, 150 MCG, 200 MCG, 25 MCG, 50 MCG, 75 MCG, 88 MCG.....	74
LENVIMA, CÁPSULAS ORALES, 10 MG/DÍA (10 MG X 1), 4 MG.....	44	LEXIVA, SUSPENSIÓN ORAL.....	34
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).....	44	LIBTAYO.....	44
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).....	44	LIDOCAÍNA, PARCHE ADHESIVO TÓPICO, MEDICADO, 5%.....	65
LESSINA.....	80	LIDOCAÍNA (PF), INTRAVENOSA.....	59
LETROZOL.....	44	LIDOCAÍNA (PF), SOLUCIÓN INYECTABLE.....	64
LEUCOVORINA CÁLCICA, INYECTABLE.....	40	LIDOCAÍNA, POMADA TÓPICA.....	65
LEUCOVORINA CÁLCICA ORAL.....	40	LIDOCAÍNA-PRILOCAÍNA, CREMA TÓPICA.....	65
LEUKERAN.....	44	LIDOCAÍNA VISCOSA.....	65
LEUKINE, SOL. PARA RECONST. INYECTABLE.....	76	LINCOMICINA.....	38
LEUPROLIDA SUBCUTÁNEA, KIT.....	44	LINDANO, CHAMPÚ TÓPICO.....	67
LEVEMIR FLEXTOUCH U-100, INSULINA.....	71	LINEZOLIDA-CLORURO DE SODIO AL 0.9%.....	38
LEVEMIR U-100, INSULINA.....	71	LINEZOLIDA, COMPRIMIDOS ORALES.....	38
LEVETIRACETAM EN NACL (ISO-OSM.), INFUSIÓN SECUNDARIA INTRAVENOSA, 1,000 MG/100 ML, 1,500 MG/100 ML, 500 MG/100 ML.....	49	LINEZOLIDA EN DEXTROSA AL 5%.....	38
LEVETIRACETAM INTRAVENOSO.....	49	LINEZOLIDA, SUSPENSIÓN ORAL PARA RECONSTITUCIÓN.....	38
LEVETIRACETAM ORAL.....	49	LINZESS.....	75
LEVOBUNOLOL, GOTAS OFTÁLMICAS (OJOS), 0.5% ..	82	LIOTIRONINA ORAL.....	74
LEVOCARNITINA, COMPRIMIDOS ORALES.....	68	LISINOPRIL.....	61
LEVOCARNITINA (CON AZÚCAR).....	68	LISINOPRIL-HIDROCLOROTIAZIDA.....	61
LEVOCARNITINA, SOLUCIÓN ORAL, 100 MG/ML.....	68	LIVALO.....	63
LEVOCETIRIZINA, COMPRIMIDOS ORALES.....	83	L NORGEST/E.ESTRADIOL-E.ESTRAD.....	80
LEVOCETIRIZINA, SOLUCIÓN ORAL.....	83	LOJAIMIESS.....	80
LEVOFLOXACINA, COMPRIMIDOS ORALES.....	39	LOKELMA.....	68
		LONSURF, COMPRIMIDOS ORALES, 15-6.14 MG.....	44
		LONSURF, COMPRIMIDOS ORALES, 20-8.19 MG.....	44
		LOPERAMIDA, CÁPSULAS ORALES.....	74

Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
LOPINAVIR-RITONAVIR, COMPRIMIDOS ORALES, 100-25 MG.....	34	LYBALVI.....	57
LOPINAVIR-RITONAVIR, COMPRIMIDOS ORALES, 200-50 MG.....	34	LYNPARZA.....	44
LOPINAVIR-RITONAVIR, SOLUCIÓN ORAL.....	34	LYSODREN.....	44
LORAZEPAM, COMPRIMIDOS ORALES, 0.5 MG, 1 MG.....	57	LYUMJEV KWIKPEN U-100, INSULINA.....	71
LORAZEPAM, COMPRIMIDOS ORALES, 2 MG.....	57	LYUMJEV KWIKPEN U-200, INSULINA.....	71
LORAZEPAM, CONCENTRADO ORAL.....	57	LYUMJEV U-100, INSULINA.....	71
LORAZEPAM, INTENSOL.....	57	LYZA.....	79
LORAZEPAM, JERINGA INYECTABLE, 2 MG/ML.....	57		
LORAZEPAM, JERINGA ORAL.....	57	M	
LORAZEPAM, SOLUCIÓN INYECTABLE.....	57	MALATIÓN.....	67
LORBRENA, COMPRIMIDOS ORALES, 25 MG.....	44	MALEATO DE ASENAPINA, COMPRIMIDOS SUBLINGUALES, 5 MG.....	54
LORBRENA, COMPRIMIDOS ORALES, 100 MG.....	44	MALEATO DE ASENAPINA, COMPRIMIDOS SUBLINGUALES, 10 MG, 2.5 MG.....	54
LORYNA (28).....	81	MALEATO DE ENALAPRIL, COMPRIMIDOS ORALES...	61
LOSARTÁN.....	61	MALEATO DE PROCLORPERAZINA ORAL.....	75
LOSARTÁN-HIDROCLOROTIAZIDA, COMPRIMIDOS ORALES, 50-12.5 MG.....	61	MALEATO DE TIMOLOL, GOTAS OFTÁLMICAS (OJOS).....	82
LOSARTÁN-HIDROCLOROTIAZIDA, COMPRIMIDOS ORALES, 100-12.5 MG, 100-25 MG.....	61	MALEATO DE TIMOLOL ORAL.....	62
LOTEMAX.....	83	MARAVIROC, COMPRIMIDOS ORALES, 150 MG.....	34
LOTEMAX SM.....	83	MARAVIROC, COMPRIMIDOS ORALES, 300 MG.....	34
LOVASTATINA, COMPRIMIDOS ORALES, 10 MG.....	63	MARGENZA.....	44
LOVASTATINA, COMPRIMIDOS ORALES, 20 MG, 40 MG.....	63	MARLISSA (28).....	81
LOW-OGESTREL (28).....	81	MARPLAN.....	57
LO-ZUMANDIMINE (28).....	81	MARQIBO.....	44
LUMAKRAS.....	44	MATULANE.....	44
LUMIGAN, GOTAS OFTÁLMICAS (OJOS), 0.01%.....	83	MATZIM LA.....	61
LUMIZYME.....	73	MAVYRET, COMPRIMIDOS ORALES.....	35
LUMOXITI.....	44	MAVYRET, PÍLDORAS DE ADMINISTRACIÓN ORAL EN PAQUETES.....	34
LUPRON DEPOT.....	44	MECLIZINA, COMPRIMIDOS ORALES, 12.5 MG, 25 MG.....	75
LUPRON DEPOT (3 MESES).....	44	MEDROL, COMPRIMIDOS ORALES, 2 MG.....	69
LUPRON DEPOT (4 MESES).....	44	MEDROXIPROGESTERONA INTRAMUSCULAR.....	79
LUPRON DEPOT (6 MESES).....	44	MEDROXIPROGESTERONA ORAL.....	79
LUPRON DEPOT-PED.....	44	MEFLOQUINA.....	38
LUPRON DEPOT-PED (3 MESES), KIT CON JERINGA INTRAMUSCULAR, 11.25 MG.....	44	MEGESTROL, COMPRIMIDOS ORALES.....	44
LUPRON DEPOT-PED (3 MESES), KIT CON JERINGA INTRAMUSCULAR, 30 MG.....	44	MEGESTROL, SUSPENSIÓN ORAL, 400 MG/10 ML (10 ML), 400 MG/10 ML (40 MG/ML), 800 MG/20 ML (20 ML).....	44
LUTERA (28).....	81	MEKINIST, COMPRIMIDOS ORALES, 0.5 MG.....	44

Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
MEKINIST, COMPRIMIDOS ORALES, 2 MG.....	44	METFORMINA, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA, 24 HORAS, 500 MG.....	71
MEKTOVI.....	44	METFORMINA, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA, 24 HORAS, 500 MG (GENÉRICO DE GLUCOPHAGE XR).....	71
MELFALÁN.....	44	METFORMINA, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA, 24 HORAS, 750 MG (GENÉRICO DE GLUCOPHAGE XR).....	71
MELOXICAM, COMPRIMIDOS ORALES, 7.5 MG.....	53	METFORMIN, SOLUCIÓN ORAL.....	71
MELOXICAM, COMPRIMIDOS ORALES, 15 MG.....	53	METHYLPRED DP.....	69
MEMANTINA, CÁPSULAS ORALES CON GRÁNULOS, LIB. PROLONGADA, 24 HORAS.....	51	METILDOPA.....	61
MEMANTINA, COMPRIMIDOS ORALES, 5 MG.....	51	METILPREDNISOLONA, COMPRIMIDOS ORALES.....	69
MEMANTINA, COMPRIMIDOS ORALES, 10 MG.....	51	METILPREDNISOLONA, COMPRIMIDOS ORALES, PAQUETE DOSIFICADO.....	69
MEMANTINA, COMPRIMIDOS ORALES, PAQUETE DOSIFICADO.....	51	METIMAZOL, COMPRIMIDOS ORALES, 10 MG, 5 MG... 69	
MEMANTINA, SOLUCIÓN ORAL.....	51	METIROSINA.....	61
MENACTRA (PF), SOLUCIÓN INTRAMUSCULAR.....	77	METOCARBAMOL, COMPRIMIDOS ORALES, 500 MG, 750 MG.....	52
MENOSTAR.....	79	METOLAZONA.....	61
MENQUADFI (PF).....	77	METOTREXATO SÓDICO INYECTABLE.....	44
MENVEO A-C-Y-W-135-DIP (PF).....	77	METOTREXATO SÓDICO ORAL.....	44
MERCAPTOPURINA.....	44	METOTREXATO SÓDICO (PF).....	44
MEROPENEM.....	38	METOXALENO.....	65
MEROPENEM-CLORURO DE SODIO AL 0.9%.....	38	METRO INTRAVENOSO.....	38
MERZEE.....	81	METRONIDAZOL, COMPRIMIDOS ORALES.....	38
MESALAMINA, CÁPSULAS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA, 24 HORAS.....	75	METRONIDAZOL EN NACL (ISO-OSM.).....	38
MESALAMINA CON PAÑUELO LIMPIADOR.....	75	METRONIDAZOL TÓPICO.....	65
MESALAMINA, ENEMA RECTAL.....	75	METRONIDAZOL VAGINAL.....	79
MESILATO DE ZIPRASIDONA.....	59	MEXILETINA.....	59
MESNA.....	40	MIACALCIN INYECTABLE.....	73
MESNEX ORAL.....	40	MICAFUNGINA.....	33
METADATE, LIBERACIÓN PROLONGADA.....	57	MICOFENOLATO SÓDICO.....	44
METADONA, COMPRIMIDOS ORALES, 5 MG.....	52	MICROGESTIN 1.5/30 (21).....	81
METADONA, COMPRIMIDOS ORALES, 10 MG.....	52	MICROGESTIN 1/20 (21).....	81
METADONA, CONCENTRADO ORAL.....	52	MICROGESTIN FE 1.5/30 (28).....	81
METADONA, SOLUCIÓN INYECTABLE.....	52	MICROGESTIN FE 1/20 (28).....	81
METADONA, SOLUCIÓN ORAL, 5 MG/5 ML.....	52	MIDODRINA.....	68
METADONA, SOLUCIÓN ORAL, 10 MG/5 ML.....	52	MIGERGOT.....	51
METAPROTERENOL, JARABE ORAL.....	85	MIGLITOL, COMPRIMIDOS ORALES, 25 MG.....	72
METAZOLAMIDA.....	83	MIGLITOL, COMPRIMIDOS ORALES, 50 MG.....	72
METFORMINA, COMPRIMIDOS ORALES, 1,000 MG....	71	MIGLITOL, COMPRIMIDOS ORALES, 100 MG.....	71
METFORMINA, COMPRIMIDOS ORALES, 500 MG.....	71		
METFORMINA, COMPRIMIDOS ORALES, 850 MG.....	71		
METFORMINA, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA, 24 HORAS, 1,000 MG....	71		

Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
MIGLUSTATO.....	73	MONTELUKAST, COMPRIMIDOS ORALES MASTICABLES	85
MILI	81	MONTELUKAST, PAQUETE DE GRÁNULOS ORALES... 85	
MINOCICLINA, CÁPSULAS ORALES	40	MORFINA, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA	53
MINOCICLINA, COMPRIMIDOS ORALES	40	MORFINA, JERINGA INTRAVENOSA, 2 MG/ML, 4 MG/ML.....	53
MINOXIDIL ORAL	61	MORFINA (PF), SOLUCIÓN INYECTABLE, 0.5 MG/ML, 1 MG/ML.....	52
MIRTAZAPINA, COMPRIMIDOS DE DESINTEGRACIÓN ORAL.....	57	MORFINA, SOLUCIÓN INTRAVENOSA, 10 MG/ML, 4 MG/ML, 8 MG/ML	53
MIRTAZAPINA, COMPRIMIDOS ORALES	57	MORFINA, SOLUCIÓN INYECTABLE, 8 MG/ML	53
MISOPROSTOL.....	76	MORFINA, SOLUCIÓN ORAL.....	53
MITIGARE	78	MORFINA, SOLUCIÓN ORAL CONCENTRADA	53
MITOMICINA INTRAVENOSA.....	44	MORPHINE, COMPRIMIDOS ORALES.....	53
MITOXANTRONA	44	MORPHINE, JERINGA INTRAVENOSA, 10 MG/ML, 8 MG/ML	53
M-M-R II (PF)	77	MORPHINE, JERINGA INYECTABLE, 2 MG/ML, 4 MG/ML.....	53
M-NATAL PLUS	88	MORPHINE, SOLUCIÓN INYECTABLE, 10 MG/ML, 2 MG/ML, 4 MG/ML, 5 MG/ML	53
MODAFINIL, COMPRIMIDOS ORALES, 100 MG.....	57	MOUNJARO	72
MODAFINIL, COMPRIMIDOS ORALES, 200 MG.....	57	MOVANTIK	75
MOEXIPRIL.....	61	MOXIFLOXACINA-ACETATO SÓDICO, SULFATO EN AGUA.....	39
MOFETIL MICOFENOLATO, CÁPSULAS ORALES.....	44	MOXIFLOXACINA-CLORURO DE SODIO (ISO)	39
MOFETIL MICOFENOLATO (CLORHIDRATO)	44	MOXIFLOXACINA OFTÁLMICA (OJOS)	82
MOFETIL MICOFENOLATO, COMPRIMIDOS ORALES ..	44	MOXIFLOXACINA ORAL	39
MOFETIL MICOFENOLATO, SUSPENSIÓN ORAL PARA RECONSTITUCIÓN.....	44	MOZOBIL.....	76
MOLINDONA	57	MUPIROCINA.....	66
MOMETASONA NASAL.....	85	MUPIROCINA CÁLCICA.....	66
MOMETASONA TÓPICA.....	67	MYLOTARG.....	45
MONDOXYNE NL, CÁPSULAS ORALES, 100 MG	40	MYORISAN	65
MONJUVI.....	44	MYRBETRIQ, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA, 24 HORAS.....	86
MONOHIDRATO DE DOXICICLINA, CÁPSULAS ORALES, 100 MG, 50 MG	40		
MONOHIDRATO DE DOXICICLINA, CÁPSULAS ORALES, LIB. INMEDIATA-LIB. RETARDADA, BIFÁSICA.....	40	N	
MONOHIDRATO DE DOXICICLINA, COMPRIMIDOS ORALES.....	40	NABUMETONA	53
MONOHIDRATO DE DOXICICLINA, SUSPENSIÓN ORAL PARA RECONSTITUCIÓN.....	40	NADOLOL	61
MONOHIDRATO DE NITROFURANTOÍNA/MACROCRIST.....	40	NAFCILINA EN DEXTROSA, ISO-OSM.....	39
MONO-LINYAH	81	NAFCILINA INYECTABLE.....	39
MONONITRATO DE ISOSORBIDA.....	64		
MONTELUKAST, COMPRIMIDOS ORALES	85		

Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
NAFCILINA, SOL. PARA RECONST. INTRAVENOSA, 2 GRAMOS.....	39	NEVIRAPINA, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA, 24 HORAS, 100 MG.....	35
NAFTIFINA, CREMA TÓPICA.....	66	NEVIRAPINA, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA, 24 HORAS, 400 MG.....	35
NAFTIN, GEL TÓPICO, 2%.....	66	NEVIRAPINA, SUSPENSIÓN ORAL.....	35
NAGLAZYME.....	73	NEXAVAR.....	45
NALOXONA, JERINGA INYECTABLE, 1 MG/ML.....	53	NEXLETOL.....	63
NALOXONA NASAL.....	53	NEXLIZET.....	63
NALOXONA, SOLUCIÓN INYECTABLE.....	53	NIACINA, COMPRIMIDOS ORALES, 500 MG.....	63
NALTREXONA.....	54	NIACINA, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA, 24 HORAS.....	63
NAMZARIC.....	51	NIACOR.....	63
NAPROXENO, COMPRIMIDOS ORALES.....	54	NICARDIPINA ORAL.....	61
NAPROXENO, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN RETARDADA (DR/EC).....	54	NICARDIPINA, SOLUCIÓN INTRAVENOSA.....	61
NAPROXENO SÓDICO, COMPRIMIDOS ORALES, 275 MG, 550 MG.....	54	NICOTROL.....	68
NAPROXENO, SUSPENSIÓN ORAL.....	54	NICOTROL NS.....	68
NARATRIPTÁN.....	51	NIFEDIPINA, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA.....	61
NARCAN.....	54	NIFEDIPINA, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA, 24 HORAS.....	61
NATACYN.....	82	NIKKI (28).....	81
NATEGLINIDA, COMPRIMIDOS ORALES, 60 MG.....	72	NILUTAMIDA.....	45
NATEGLINIDA, COMPRIMIDOS ORALES, 120 MG.....	72	NIMODIPINA.....	61
NATPARA.....	73	NINLARO.....	45
NAYZILAM.....	49	NIPENT.....	45
NEBIVOLOL.....	61	NISOLDIPINA.....	61
NECON 0.5/35 (28).....	81	NISTATINA, COMPRIMIDOS ORALES.....	33
NEFAZODONA.....	57	NISTATINA, CREMA TÓPICA.....	66
NELARABINA.....	45	NISTATINA, POLVO TÓPICO.....	66
NEOMICINA.....	38	NISTATINA, POMADA TÓPICA.....	66
NEOMICINA-BACITRACINA-POLIMIXINA.....	82	NISTATINA, SUSPENSIÓN ORAL.....	33
NEOMICINA-BACITRACINA-POLIMIXINA-HC.....	83	NISTATINA-TRIAMCINOLONA.....	66
NEOMICINA-POLIMIXINA B-DEXAMETASONA.....	83	NITAZOXANIDE.....	38
NEOMICINA-POLIMIXINA B GU.....	67	NITISINONA.....	68
NEOMICINA-POLIMIXINA-GRAMICIDINA.....	82	NITROFURANTOÍNA.....	40
NEOMICINA-POLIMIXINA-HC OFTÁLMICA (OJOS).....	83	NITROFURANTOÍNA, MACROCRISTALES.....	40
NEOMICINA-POLIMIXINA-HIDROCORTISONA ÓTICA (OÍDO).....	69	NITROGLICERINA INTRAVENOSA.....	64
NEO-POLYCIN.....	82	NITROGLICERINA, PARCHE TRANSDÉRMICO, 24 HORAS.....	64
NEO-POLYCIN HC.....	83	NITROGLICERINA SUBLINGUAL.....	64
NERLYNX.....	45	NITROGLICERINA, TRANSLINGUAL.....	64
NEUPRO.....	50		
NEVIRAPINA, COMPRIMIDOS ORALES.....	35		

Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
NIVESTYM	76	O	
NIZATIDINA, CÁPSULAS ORALES.....	76	OCALIVA	75
NORA-BE.....	79	OCELLA.....	81
NORET-ETINILESTRADIOL/HIERRO	81	OCREVUS.....	51
NORETISTERONA AC-ETINILESTRADIOL, COMPRIMIDOS ORALES, 1-20 MG-MCG, 1.5-30 MG-MCG	81	ODEFSEY	35
NORETISTERONA (ANTICONCEPTIVO).....	79	ODOMZO	45
NORETISTERONA-ETINILESTRADIOL-HIERRO	81	OFEV.....	85
NORGESTIMATO-ETINILESTRADIOL.....	81	OFLOXACINA OFTÁLMICA (OJOS)	82
NORTHERA, CÁPSULAS ORALES, 100 MG.....	68	OFLOXACINA ÓTICA (OÍDOS).....	69
NORTHERA, CÁPSULAS ORALES, 200 MG, 300 MG.....	68	OLANZAPINA, COMPRIMIDOS DE DESINTEGRACIÓN ORAL, 10 MG, 5 MG	58
NORTREL 0.5/35 (28)	81	OLANZAPINA, COMPRIMIDOS DE DESINTEGRACIÓN ORAL, 15 MG, 20 MG	58
NORTREL 1/35 (21)	81	OLANZAPINA, COMPRIMIDOS ORALES, 10 MG, 2.5 MG, 5 MG, 7.5 MG	57
NORTREL 1/35 (28)	81	OLANZAPINA, COMPRIMIDOS ORALES, 15 MG, 20 MG	58
NORTREL 7/7/7 (28)	81	OLANZAPINA-FLUOXETINA.....	58
NORTRIPTILINA, CÁPSULAS ORALES	57	OLANZAPINA INTRAMUSCULAR.....	57
NORTRIPTILINA, SOLUCIÓN ORAL	57	OLMESARTÁN.....	61
NORVIR, PAQUETE DE POLVO ORAL.....	35	OLMESARTÁN-AMLODIPINA-HIDROCLOROTIAZIDA ...	61
NORVIR, SOLUCIÓN ORAL	35	OLMESARTÁN-HIDROCLOROTIAZIDA	61
NUBEQA	45	OLOPATADINA OFTÁLMICA (OJOS)	82
NUCALA, AUTOINYECTOR, VÍA SUBCUTÁNEA.....	85	OMEPRAZOL, CÁPSULAS ORALES, LIBERACIÓN RETARDADA (DR/EC).....	76
NUCALA, JERINGA SUBCUTÁNEA, 40 MG/0.4 ML	85	OMNIPOD 5 G6 INTRO KIT (GEN 5)	72
NUCALA, JERINGA SUBCUTÁNEA, 100 MG/ML.....	85	OMNIPOD 5 G6 PODS (GEN 5).....	72
NUEDEXTA	51	OMNIPOD CLASSIC PDM KIT (GEN 3).....	72
NULOJIX	45	OMNIPOD CLASSIC PODS (GEN 3)	72
NUPLAZID.....	57	OMNIPOD DASH INTRO KIT (GEN 4).....	72
NURTEC ODT	51	OMNIPOD DASH PDM KIT (GEN 4).....	72
NUTRILIPID.....	87	OMNIPOD DASH PODS (GEN 4)	72
NUZYRA INTRAVENOSO.....	40	ONCASPAR.....	45
NUZYRA ORAL	40	ONDANSETRÓN.....	75
NYAMYC	66	ONIVYDE	45
NYLIA 1/35 (28)	81	ONUREG	45
NYLIA 7/7/7 (28).....	81	OPDIVO	45
NYMYO.....	81	OPDUALAG.....	45
NYSTOP.....	66	OPSUMIT.....	85
NYVEPRIA.....	76	ORALONE.....	69

Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
ORBACTIV	38	P	
ORENCIA CLICKJECT	78	PACERONA, COMPRIMIDOS ORALES, 100 MG, 200 MG, 400 MG	59
ORENCIA, JERINGA SUBCUTÁNEA, 50 MG/0.4 ML	78	PACLITAXEL	45
ORENCIA, JERINGA SUBCUTÁNEA, 87.5 MG/0.7 ML ...	78	PACLITAXEL PROTEIN-BOUND	45
ORENCIA, JERINGA SUBCUTÁNEA, 125 MG/ML	78	PADCEV	45
ORGOVYX	45	PALIPERIDONA, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA, 24 HORAS, 1.5 MG, 9 MG	58
ORKAMBI, COMPRIMIDOS ORALES	85	PALIPERIDONA, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA, 24 HORAS, 3 MG, 6 MG	58
ORKAMBI, PAQUETE DE GRÁNULOS ORALES	85	PALONOSETRÓN, SOLUCIÓN INTRAVENOSA, 0.25 MG/5 ML	75
OSELTAMIVIR	35	PAMIDRONATO	73
OXACILINA INYECTABLE	39	PAÑOS CON ALCOHOL	70
OXALATO DE ESCITALOPRAM, COMPRIMIDOS ORALES, 10 MG, 5 MG	56	PANRETIN	65
OXALATO DE ESCITALOPRAM, COMPRIMIDOS ORALES, 20 MG	56	PANTOPRAZOL, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN RETARDADA (DR/EC)	76
OXALATO DE ESCITALOPRAM, SOLUCIÓN ORAL	56	PARICALCITOL ORAL	73
OXALIPLATINO	45	PAROEX, ENJUAGUE BUCAL	69
OXANDROLONA, COMPRIMIDOS ORALES, 2.5 MG	73	PAROMOMICINA	38
OXANDROLONA, COMPRIMIDOS ORALES, 10 MG	73	PAROXETINE HCL, SUSPENSIÓN ORAL, 10 MG/5 ML ..	58
OXAPROZINA	54	PASER	38
OXAZEPAM	58	PAXIL, SUSPENSIÓN ORAL	58
OXCARBAZEPINA	49	PEDIARIX (PF)	77
OXERVATE	82	PEDVAX HIB (PF)	77
OXICODONA-ACETAMINOFENO, COMPRIMIDOS ORALES, 10-325 MG, 2.5-325 MG, 5-325 MG, 7.5-325 MG	53	PEG 3350-ELECTROLITOS, SOL. PARA RECONST. ORAL, 236-22.74-6.74-5.86 GRAMOS	75
OXICODONA, COMPRIMIDOS ORALES, 5 MG	53	PEGASYS, JERINGA SUBCUTÁNEA	76
OXICODONA, COMPRIMIDOS ORALES, 10 MG, 15 MG, 20 MG, 30 MG	53	PEGASYS, SOLUCIÓN SUBCUTÁNEA	76
OXICODONA, CONCENTRADO ORAL	53	PEG-ELECTROLITOS	75
OXICODONA, SOLUCIÓN ORAL	53	PEMAZYRE	45
OXICODONE, JERINGA ORAL	53	PEMETREXED DISÓDICO, SOL. PARA RECONST. INTRAVENOSA	45
OXIMORFONA, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA, 12 HORAS	53	PENICILAMINA	78
OZEMPIC, LAPICERA PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA, 0.25 MG O 0.5 MG (2 MG/1.5 ML)	72	PENICILINA G POTÁSICA	39
OZEMPIC, LAPICERA PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA, 1 MG/DOSIS (4 MG/3 ML, 2 MG/DOSIS (8 MG/3 ML)	72	PENICILINA V POTÁSICA, COMPRIMIDOS ORALES, 250 MG	39
		PENICILINA V POTÁSICA, COMPRIMIDOS ORALES, 500 MG	39

Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
PENICILINA V POTÁSICA, SOLUCIÓN PARA RECONST. ORAL	39	PODOFILOX	65
PENTACEL (PF)	77	POLIMIXINA B SULFATO DE TRIMETOPRIMA	82
PENTAMIDINA INYECTABLE	38	POLIVY	45
PENTAMIDINA PARA INHALAR	38	POLYCIN	82
PENTASA	75	POMALYST	45
PENTOXIFILINA	63	PORTIA 28	81
PERFENAZINA	58	PORTRAZZA	45
PERFENAZINA-AMITRIPTILINA	58	POSACONAZOL	33
PERFOROMIST	85	POTASSIUM CHLORID-D5-0.45% NACL, SOLUCIÓN PARENTERAL INTRAVENOSA, 10 MEQ/L, 20 MEQ/L, 40 MEQ/L	86
PERIKABIVEN	87	POTASSIUM CHLORIDE-D5-0.2% NACL, SOLUCIÓN PARENTERAL INTRAVENOSA, 20 MEQ/L	87
PERINDOPRIL ERBUMINA	61	POTASSIUM CHLORIDE-D5-0.9% NACL	87
PERJETA	45	POTELIGEO	45
PERMETRINA	67	PRADAXA	63
PERSERIS	58	PRAMIPEXOL, COMPRIMIDOS ORALES	50
PFIZERPEN-G	39	PRAMIPEXOL, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA, 24 HORAS	50
PHESGO	45	PRASUGREL	63
PHILITH	81	PRAVASTATINA	63
PHOSPHOLINE IODIDE	82	PRAZICUANTEL	38
PIFELTRO	35	PRAZOSINA	61
PIMECROLIMUS	65	PREDNICARBATO, POMADA TÓPICA	67
PIMOZIDA	58	PREDNISOLONA, SOLUCIÓN ORAL	69
PIMTREA (28)	81	PREDNISONA, COMPRIMIDOS ORALES, 1 MG, 10 MG, 2.5 MG, 20 MG, 5 MG	69
PINDOLOL	61	PREDNISONA, COMPRIMIDOS ORALES, 50 MG	69
PIOGLITAZONA	72	PREDNISONA, COMPRIMIDOS ORALES, PAQUETE DOSIFICADO	69
PIOGLITAZONA-METFORMINA	72	PREDNISONA, INTENSOL	69
PIPERACILINA-TAZOBACTAM	39	PREDNISONA, SOLUCIÓN ORAL	69
PIQRAY	45	PREGABALINA, CÁPSULAS ORALES, 100 MG, 150 MG, 25 MG, 50 MG, 75 MG	49
PIRAZINAMIDA	38	PREGABALINA, CÁPSULAS ORALES, 200 MG	49
PIRFENIDONA, COMPRIMIDOS ORALES, 267 MG	85	PREGABALINA, CÁPSULAS ORALES, 225 MG, 300 MG	49
PIRFENIDONA, COMPRIMIDOS ORALES, 801 MG	85	PREGABALINA, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA, 24 HORAS, 165 MG, 82.5 MG	49
PIRFENIDONE, COMPRIMIDOS ORALES, 534 MG	85	PREGABALINA, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA, 24 HORAS, 330 MG	49
PIRIMETAMINA	38		
PIRMELLA, COMPRIMIDOS ORALES, 0.5/0.75/1 MG-35 MCG	81		
PIRMELLA, COMPRIMIDOS ORALES, 1-35 MG-MCG	81		
PLENAMINE	87		
PNV-DHA	88		
PNV-OMEGA	88		
PNV-SELECT	88		

Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
PREGABALINA, SOLUCIÓN ORAL	49	PROMACTA, COMPRIMIDOS ORALES, 12.5 MG, 25 MG, 50 MG	63
PREHEVBRI (PF)	77	PROMACTA, COMPRIMIDOS ORALES, 75 MG	63
PREMARIN INYECTABLE	79	PROMACTA, PAQUETE DE POLVO ORAL, 12.5 MG	63
PREMARIN ORAL	79	PROMACTA, PAQUETE DE POLVO ORAL, 25 MG	63
PREMARIN VAGINAL	79	PROMETAZINA ORAL	83
PREMASOL 10%	87	PROMETAZINA, SUPOSITORIO RECTAL, 12.5 MG, 25 MG	83
PRENATAL PLUS (CARBONATO DE CALCIO)	88	PROMETHEGAN, SUPOSITORIO RECTAL, 25 MG, 50 MG	83
PREVALITE	63	PROPAFENONA, CÁPSULAS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA, 12 HORAS	59
PREVYMIS, ORAL	35	PROPAFENONA, COMPRIMIDOS ORALES	59
PREZCOBIX	35	PROPILTIOURACILO	70
PREZISTA, COMPRIMIDOS ORALES, 75 MG	35	PROPIONATO DE FLUTICASONA, CREMA TÓPICA	67
PREZISTA, COMPRIMIDOS ORALES, 150 MG	35	PROPIONATO DE FLUTICASONA NASAL	84
PREZISTA, COMPRIMIDOS ORALES, 600 MG	35	PROPIONATO DE FLUTICASONA, POMADA TÓPICA	67
PREZISTA, COMPRIMIDOS ORALES, 800 MG	35	PROPIONATO DE FLUTICASONA-SALMETEROL PARA INHALACIÓN, BLÍSTER CON DISPOSITIVO	84
PREZISTA, SUSPENSIÓN ORAL	35	PROPIONATO DE HALOBETASOL, CREMA TÓPICA	67
PRIFTIN	38	PROPIONATO DE HALOBETASOL, POMADA TÓPICA	67
PRIMAQUINE	38	PROPRANOLOL, CÁPSULAS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA, 24 HORAS	61
PRIMIDONA	49	PROPRANOLOL, COMPRIMIDOS ORALES	61
PR NATAL 400	88	PROPRANOLOL-HIDROCLOROTIAZIDA	61
PR NATAL 400 EC	88	PROPRANOLOL, SOLUCIÓN ORAL	61
PR NATAL 430	88	PROQUAD (PF)	77
PR NATAL 430 EC	88	PROSOL 20%	87
PROBENECID	78	PROTRIPTILINA	58
PROBENECID/COLCHICINA	78	PULMICORT, SUSPENSIÓN PARA INHALACIÓN PARA NEBULIZACIÓN, 0.25 MG/2 ML, 0.5 MG/2 ML	85
PROCALAMINE 3%	87	PULMICORT, SUSPENSIÓN PARA INHALACIÓN PARA NEBULIZACIÓN, 1 MG/2 ML	85
PROCLORPERAZINA	75	PULMOZYME	85
PROCRIT	76	PURIXAN	45
PROCTO-MED HC	75		
PROCTO-PAK	75		
PROCTOSOL HC TÓPICO	75		
PROCTOZONA-HC	75		
PROGESTERONA MICRONIZADA	79		
PROGRAF INTRAVENOSO	45		
PROGRAF, PAQUETE DE GRÁNULOS ORALES	45		
PROLASTIN-C, SOL. PARA RECONST. INTRAVENOSA	68		
PROLASTIN-C, SOLUCIÓN INTRAVENOSA	68		
PROLENSA	82		
PROLEUKIN	76		
PROLIA	78		

Q

QINLOCK	45
QL (30/30)	55
QL (30/30)	70

Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
QL (30/30)	86	RESTASIS MULTIDOSIS	82
QUADRACEL (PF)	77	RETACRIT	77
QUETIAPINA, COMPRIMIDOS ORALES, 100 MG, 25 MG, 50 MG	58	RETEVMO, CÁPSULAS ORALES, 40 MG	45
QUETIAPINA, COMPRIMIDOS ORALES, 150 MG, 200 MG	58	RETEVMO, CÁPSULAS ORALES, 80 MG	45
QUETIAPINA, COMPRIMIDOS ORALES, 300 MG, 400 MG	58	RETROVIR INTRAVENOSO	35
QUETIAPINA, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA, 24 HORAS, 150 MG, 200 MG	58	REVLIMID	45
QUETIAPINA, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA, 24 HORAS, 300 MG, 400 MG, 50 MG	58	REXULTI	58
QUINAPRIL	61	REYATAZ, PAQUETE DE POLVO ORAL	35
QUINAPRIL-HIDROCLOROTIAZIDA	61	RHOPRESSA	83
R		RIBAVIRINA, CÁPSULAS ORALES	35
RABAVER (PF)	77	RIBAVIRINA, COMPRIMIDOS ORALES, 200 MG	35
RALOXIFENO	78	RIDAURA	78
RAMELTEÓN	58	RIFABUTINA	38
RAMIPRIL	61	RIFAMPINA INTRAVENOSA	38
RANOLAZINA	64	RIFAMPINA ORAL	38
RASAGILINA	50	RILUZOL	68
REBIF (CON ALBÚMINA)	76	RIMANTADINA	35
REBIF, PAQUETE DE AJUSTE DE DOSIS	76	RINVOQ	79
REBIF REBIDOSE, LAPICERA PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA, 8.8 MCG/0.2 ML, 22 MCG/0.5 ML (6)	76	RISEDRONATO, COMPRIMIDOS ORALES, 5 MG	78
REBIF REBIDOSE, LAPICERA PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA, 22 MCG/0.5 ML, 44 MCG/0.5 ML	76	RISEDRONATO, COMPRIMIDOS ORALES, 30 MG	68
RECLIPSEN (28)	81	RISEDRONATO, COMPRIMIDOS ORALES, 35 MG, 35 MG (PAQUETE DE 12), 35 MG (PAQUETE DE 4)	78
RECOMBIVAX HB (PF)	77	RISEDRONATO, COMPRIMIDOS ORALES, 150 MG	78
RECTIV	75	RISPERDAL CONSTA, SUSPENSIÓN INTRAMUSCULAR, RECONST. DE LIB. PROLONGADA, 12.5 MG/2 ML	58
REGONOL	52	RISPERDAL CONSTA, SUSPENSIÓN INTRAMUSCULAR, RECONST. DE LIB. PROLONGADA, 25 MG/2 ML, 37.5 MG/2 ML, 50 MG/2 ML	58
REGRANEX	65	RISPERIDONA, COMPRIMIDOS DE DESINTEGRACIÓN ORAL, 0.25 MG, 0.5 MG, 4 MG	58
RENACIDIN	86	RISPERIDONA, COMPRIMIDOS DE DESINTEGRACIÓN ORAL, 1 MG	58
REPAGLINIDA, COMPRIMIDOS ORALES, 0.5 MG	72	RISPERIDONA, COMPRIMIDOS DE DESINTEGRACIÓN ORAL, 2 MG	58
REPAGLINIDA, COMPRIMIDOS ORALES, 1 MG	72	RISPERIDONA, COMPRIMIDOS DE DESINTEGRACIÓN ORAL, 3 MG	59
REPAGLINIDA, COMPRIMIDOS ORALES, 2 MG	72	RISPERIDONA, COMPRIMIDOS ORALES, 0.25 MG, 0.5 MG, 4 MG	58
REPATHA	63	RISPERIDONA, COMPRIMIDOS ORALES, 1 MG	58
REPATHA PUSHTRONEX	63	RISPERIDONA, COMPRIMIDOS ORALES, 2 MG	58
REPATHA SURECLICK	63	RISPERIDONA, COMPRIMIDOS ORALES, 3 MG	58
RESTASIS	82		

Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
RISPERIDONA, JERINGA ORAL.....	58	SCSEMBLIX, COMPRIMIDOS ORALES, 20 MG.....	45
RISPERIDONA, SOLUCIÓN ORAL.....	58	SCSEMBLIX, COMPRIMIDOS ORALES, 40 MG.....	46
RITONAVIR.....	35	SECUADO.....	59
RIVASTIGMINA.....	51	SELZENTRY, COMPRIMIDOS ORALES, 25 MG.....	35
RIVELSA.....	81	SELZENTRY, COMPRIMIDOS ORALES, 150 MG, 75 MG.....	35
RIZATRIPTÁN.....	51	SELZENTRY, COMPRIMIDOS ORALES, 300 MG.....	35
ROCKLATAN.....	83	SELZENTRY, SOLUCIÓN ORAL.....	35
ROMIDEPSIN.....	45	SE-NATAL-19.....	88
ROPINIROL, COMPRIMIDOS ORALES.....	50	SE-NATAL 19, MASTICABLE.....	88
ROSADAN, CREMA TÓPICA.....	65	SEREVENT DISKUS.....	85
ROSADAN, GEL TÓPICO.....	65	SERTRALINA, COMPRIMIDOS ORALES.....	59
ROSUVASTATINA.....	63	SERTRALINA, CONCENTRADO ORAL.....	59
ROTARIX.....	77	SETLAKIN.....	81
ROTATEQ, VACUNA.....	77	SEVELAMER CARBONATE.....	68
ROWEEPRÁ, COMPRIMIDOS ORALES, 500 MG.....	49	SHAROBEL.....	79
ROZLYTREK, CÁPSULAS ORALES, 100 MG.....	45	SHINGRIX (PF).....	77
ROZLYTREK, CÁPSULAS ORALES, 200 MG.....	45	SIGNIFOR.....	46
RUBRACA.....	45	SILDENAFIL (HIPERTENSIÓN ARTERIAL PULMONAR), COMPRIMIDOS ORALES.....	85
RUFINAMIDA, COMPRIMIDOS ORALES.....	49	SIMBRINZA.....	83
RUFINAMIDE, SUSPENSIÓN ORAL.....	49	SIMLIYA (28).....	81
RUKOBIA.....	35	SIMPESSE.....	81
RUXIENCE.....	45	SIMULECT.....	46
RYBELSUS.....	72	SIMVASTATINA, COMPRIMIDOS ORALES.....	63
RYBREVANT.....	45	SIROLIMUS, COMPRIMIDOS ORALES.....	46
RYDAPT.....	45	SIROLIMUS, SOLUCIÓN ORAL.....	46
RYLAZE.....	45	SIRTURO.....	38
RYTARY.....	50	SIVEXTRO INTRAVENOSO.....	38
		SIVEXTRO ORAL.....	38
S		SKYRIZI, INTRAVENOSO.....	64
SAJAZIR.....	85	SKYRIZI, INYECTOR PONIBLE SUBCUTÁNEO.....	75
SALSALATO.....	54	SKYRIZI, JERINGA SUBCUTÁNEA, 150 MG/ML.....	64
SAMSCA, COMPRIMIDOS ORALES, 15 MG.....	73	SKYRIZI, KIT DE JERINGA SUBCUTÁNEA.....	64
SANCUSO.....	75	SKYRIZI, LAPICERA PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA.....	64
SANDIMMUNE, SOLUCIÓN ORAL.....	45	SOLIFENACINA.....	86
SANDOSTATIN LAR DEPOT, SUSPENSIÓN INTRAMUSCULAR, RECONST. DE LIB. PROLONGADA.....	45	SOLQUA 100/33.....	72
SANTYL.....	65	SOLTAMOX.....	46
SAPROPTERINA.....	73	SOLUCIÓN DE LACTATO SÓDICO COMPUESTA INTRAVENOSA.....	86
SARCLISA.....	45		

Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
SOLUCIÓN DE LACTATO SÓDICO COMPUESTA INTRAVENOSA	87	SUCCINATO DE SUMATRIPTÁN, SUBCUTÁNEO EN CARTUCHO	51
SOLU-CORTEF ACT-O-VIAL (PF)	69	SUCCINATO DE SUMATRIPTÁN, SUBCUTÁNEO EN LAPICERA	51
SOMATULINE DEPOT	46	SUCCINATO SÓDICO DE CLORANFENICOL	37
SOMAVERT	73	SUCCINATO SÓDICO DE METILPREDNISOLONA INTRAVENOSO	69
SORAFENIB	46	SUCCINATO SÓDICO DE METILPREDNISOLONA, SOL. PARA RECONST. INYECT., 125 MG, 40 MG	69
SORINE	60	SUCRAID	75
SOTALOL AF	60	SUCRALFATO, COMPRIMIDOS ORALES	76
SOTALOL ORAL	60	SUCRALFATO, SUSPENSIÓN ORAL	76
SOTYLIZE	60	SULFACETAMIDA-PREDNISOLONA	82
SPRINTEC (28)	81	SULFACETAMIDA SÓDICA (ACNÉ)	66
SPRITAM	49	SULFACETAMIDA SÓDICA, GOTAS OFTÁLMICAS (OJOS)	82
SPRYCEL, COMPRIMIDOS ORALES, 20 MG, 70 MG	46	SULFADIAZINA	39
SPRYCEL, COMPRIMIDOS ORALES, 100 MG, 140 MG, 50 MG, 80 MG	46	SULFADIAZINA DE PLATA	65
SPS (CON SORBITOL)	68	SULFAMETOXAZOL-TRIMETOPRIMA, COMPRIMIDOS ORALES	40
SRONYX	81	SULFAMETOXAZOL/TRIMETOPRIMA, INTRAVENOSO	40
SSD	65	SULFAMETOXAZOL-TRIMETOPRIMA, SUSPENSIÓN ORAL	40
STAMARIL (PF)	77	SULFASALAZINA	75
STELARA, JERINGA SUBCUTÁNEA, 45 MG/0.5 ML	64	SULFATO DE ALBUTEROL, COMPRIMIDOS ORALES	84
STELARA, JERINGA SUBCUTÁNEA, 90 MG/ML	64	SULFATO DE ALBUTEROL, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA, 12 HORAS	84
STELARA, SOLUCIÓN SUBCUTÁNEA	64	SULFATO DE ALBUTEROL, JARABE ORAL	84
STIVARGA	46	SULFATO DE ALBUTEROL PARA INHALAR, INHALADOR EN AEROSOL DE HFA, 90 MCG/ACTIVACIÓN (GENÉRICO DE PROAIR)	84
STRIBILD	35	SULFATO DE ALBUTEROL PARA INHALAR, INHALADOR EN AEROSOL DE HFA, 90 MCG/ACTIVACIÓN (GENÉRICO DE VENTOLIN)	84
SUBVENITE	49	SULFATO DE ALBUTEROL PARA INHALAR, SOLUCIÓN PARA NEBULIZACIÓN	84
SUBVENITE, PAQUETE INICIAL (AZUL)	49	SULFATO DE DEXTROANFETAMINA, CÁPSULAS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA	55
SUBVENITE, PAQUETE INICIAL (NARANJA)	49	SULFATO DE DEXTROANFETAMINA, COMPRIMIDOS ORALES	55
SUBVENITE, PAQUETE INICIAL (VERDE)	49	SULFATO DE DEXTROANFETAMINA, SOLUCIÓN ORAL	55
SUCCINATO DE DESVENLAFAXINA, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA, 24 HORAS, 25 MG	55		
SUCCINATO DE DESVENLAFAXINA, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA, 24 HORAS, 50 MG	55		
SUCCINATO DE DESVENLAFAXINA, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA, 24 HORAS, 100 MG	55		
SUCCINATO DE LOXAPINA	57		
SUCCINATO DE METOPROLOL	61		
SUCCINATO DE SUMATRIPTÁN ORAL	51		
SUCCINATO DE SUMATRIPTÁN, SOLUCIÓN SUBCUTÁNEA	51		

Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
SULFATO DE GENTAMICINA (PEDIÁTRICO) (PF)	38	T	
SULFATO DE MAGNESIO EN AGUA	86	TABLOID	46
SULFATO DE MAGNESIO EN D5W, INFUSIÓN SECUNDARIA INTRAVENOSA, 1 GRAMO/100 ML	86	TABRECTA	46
SULFATO DE MAGNESIO INYECTABLE	86	TACROLIMUS ORAL	46
SULFATO DE POLIMIXINA B	38	TACROLIMUS TÓPICO	65
SULFATO DE QUINIDINA, COMPRIMIDOS ORALES	60	TADALAFIL (HIPERTENSIÓN ARTERIAL PULMONAR), COMPRIMIDOS ORALES, 20 MG	85
SULFATO DE QUININA	38	TADLIQ	85
SULFATO DE TOBRAMICINA	38	TAFINLAR	46
SULFONATO DE POLIESTIRENO SÓDICO, POLVO ORAL	68	TAGRISSO	46
SULFURO DE SELENIO, LOCIÓN TÓPICA	64	TALICIA	76
SULINDACO	54	TALTZ, JERINGA	64
SUMATRIPTÁN, ROCIADOR NASAL NO AEROSOL, 5 MG/ACTIVACIÓN	51	TALZENNA, CÁPSULAS ORALES, 0.5 MG, 0.75 MG, 1 MG	46
SUMATRIPTÁN, ROCIADOR NASAL NO AEROSOL, 20 MG/ACTIVACIÓN	51	TALZENNA, CÁPSULAS ORALES, 0.25 MG	46
SUNITINIB	46	TAMOXIFENO	46
SUPRAX, SUSPENSIÓN ORAL PARA RECONSTITUCIÓN, 500 MG/5 ML	36	TAMSULOSINA	86
SUPREP, KIT DE PREPARACIÓN INTESTINAL	75	TARGRETIN TÓPICO	46
SUTAB	76	TARINA 24 FE	81
SUTENT	46	TARINA FE 1/20 (28)	81
SYEDA	81	TARINA FE 1-20 EQ (28)	81
SYMDEKO	85	TARON-C DHA	88
SYMLINPEN 60	72	TARTRATO DE METOPROLOL-HIDROCLOROTIAZIDA ..	61
SYMLINPEN 120	72	TARTRATO DE METOPROLOL ORAL	61
SYMPAZAN	49	TARTRATO DE RIVASTIGMINA	51
SYMTUZA	35	TASIGNA, CÁPSULAS ORALES, 50 MG	46
SYNAREL	73	TASIGNA, CÁPSULAS ORALES, 150 MG, 200 MG	46
SYNJARDY	72	TAYSOFY	81
SYNJARDY XR, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN INMEDIATA-LIBERACIÓN PROLONGADA, BIFÁSICA, 24 HORAS, 10-1,000 MG, 12.5-1,000 MG, 5-1,000 MG	72	TAZAROTENO, CREMA TÓPICA	65
SYNJARDY XR, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN INMEDIATA-LIBERACIÓN PROLONGADA, BIFÁSICA, 24 HORAS, 25-1,000 MG.	72	TAZAROTENO, GEL TÓPICO	65
SYNRIBO	46	TAZICEF	36
SYNTHROID	74	TAZORAC, CREMA TÓPICA, 0.05%	65
		TAZORAC, GEL TÓPICO	65
		TAZTIA XT, CÁPSULAS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA, 24 HORAS, 120 MG, 180 MG, 240 MG, 300 MG	62
		TAZVERIK	46
		TDVAX	77
		TECENTRIQ	46
		TECHLITE, AGUJA PARA LAPICERA	72

Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
TECHLITE, JERINGA PARA INSULINA, 1 ML CALIBRE 29 X 1/2", 1 ML CALIBRE 30 X 1/2", 1 ML CALIBRE 31 X 15/64", 1 ML CALIBRE 31 X 5/16" . . .	72	THALOMID, CÁPSULAS ORALES, 100 MG, 150 MG, 50 MG	46
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"	72	THALOMID, CÁPSULAS ORALES, 200 MG	46
TEFLARO	36	THEO-24	85
TEKTURN HCT	62	TIADYLT, LIBERACIÓN PROLONGADA	62
TELMISARTÁN	62	TIAGABINA	49
TELMISARTÁN-AMLODIPINA	62	TIBSOVO	46
TELMISARTÁN-HICROCLOROTIAZIDA	62	TICE BCG	77
TEMAZEPAM, CÁPSULAS ORALES, 15 MG, 30 MG	59	TICOVAC	77
TEMIXYS	35	TIGECICLINA	38
TEMODAR INTRAVENOSO	46	TILIA FE	81
TEMSIROLIMUS	46	TIMOLOL MALEATE, SOLUCIÓN GELIFICANTE OFTÁLMICA (OJOS)	82
TENIVAC (PF)	77	TIORIDAZINA	59
TEOFILINA, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA, 12 HORAS, 300 MG, 450 MG	85	TIOTIPA	46
TEOFILINA, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA, 24 HORAS	85	TIOTIXENO	59
TEPMETKO	46	TIS-U-SOL PENTALITO	67
TERAZOSINA, CÁPSULAS ORALES, 1 MG, 2 MG, 5 MG	62	TIVDAK	46
TERAZOSINA, CÁPSULAS ORALES, 10 MG	62	TIVICAY, COMPRIMIDOS ORALES, 10 MG	35
TERBUTALINA	85	TIVICAY, COMPRIMIDOS ORALES, 25 MG, 50 MG	35
TERCONAZOL	79	TIVICAY PD	35
TERIPARATIDE	78	TIZANIDINA, CÁPSULAS ORALES	52
TESTOSTERONA, GEL TRANSDÉRMICO	74	TIZANIDINA, COMPRIMIDOS ORALES	52
TESTOSTERONA, GEL TRANSDÉRMICO EN BOMBA CON DOSIS MEDIDAS, 12.5 MG/1.25 GRAMOS (1%)	74	TOBI PODHALER, CÁPSULA DE INHALACIÓN CON DISPOSITIVO DE INHALACIÓN	38
TESTOSTERONA, GEL TRANSDÉRMICO EN PAQUETE, 1% (25 MG/2.5 GRAMOS), 1% (50 MG/5 GRAMOS)	74	TOBRADEX ST	83
TESTOSTERONE CYPIONATE, ACEITE INTRAMUSCULAR, 200 MG/ML	74	TOBRAMICINA-DEXAMETASONA	83
TETANUS, DIPHTHERIA TOX PEDIÁTRICA (PF)	77	TOBRAMICINA EN NACL AL 0.225%	38
TETRABENAZINA, COMPRIMIDOS ORALES, 12.5 MG	51	TOBRAMICINA OFTÁLMICA (OJOS)	82
TETRABENAZINA, COMPRIMIDOS ORALES, 25 MG	51	TOBREX, POMADA OFTÁLMICA (OJOS)	82
TETRACICLINA	40	TOLCAPONA	50
		TOLTERODINA	86
		TOLVAPTAN, COMPRIMIDOS ORALES, 15 MG	74
		TOLVAPTÁN, COMPRIMIDOS ORALES, 30 MG	74
		TOPIMARATO, COMPRIMIDOS ORALES	49
		TOPIRAMATO, CÁPSULAS ORALES, CON GRÁNULOS	49
		TOPOSAR	46
		TOPOTECÁN, SOL. PARA RECONST. INTRAVENOSA	46
		TOPOTECÁN, SOLUCIÓN INTRAVENOSA, 4 MG/4 ML (1 MG/ML)	46

Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
TOREMIFENO	46	TRIJARDY XR, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN INMEDIATA-LIBERACIÓN PROLONGADA, BIFÁSICA, 24 HORAS, 10-5-1,000 MG, 25-5-1,000 MG	73
TORSEMIDA ORAL	62	TRIJARDY XR, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN INMEDIATA-LIBERACIÓN PROLONGADA, BIFÁSICA, 24 HORAS, 12.5-2.5-1,000 MG, 5-2.5-1,000 MG	73
TOUJEO MAX U-300 SOLOSTAR	72	TRIKAFTA, COMPRIMIDOS ORALES, TERAPIA SECUENCIAL, 50-25-37.5 MG (D)/75 MG (N)	85
TOUJEO SOLOSTAR U-300, INSULINA	72	TRIKAFTA, COMPRIMIDOS ORALES, TERAPIA SECUENCIAL, 100-50-75 MG (D)/150 MG (N)	85
TOVIAZ	86	TRI-LEGEST FE	81
TPN ELECTROLYTES	87	TRI-LINYAH	81
TRADJENTA	72	TRI-LO-ESTARYLLA	81
TRAMADOL-ACETAMINOFENO	54	TRI-LO-MARZIA	81
TRAMADOL, COMPRIMIDOS ORALES, 50 MG	54	TRI-LO-MILI	81
TRANDOLAPRIL	62	TRI-LO-SPRINTEC	81
TRANILCIPROMINA	59	TRIMETOPRIMA	40
TRAVASOL 10%	87	TRI-MILI	81
TRAVOPROST	83	TRIMIPRAMINA	59
TRAZIMERA	46	TRINATAL RX 1	88
TRAZODONA	59	TRINTELLIX	59
TREANDA	46	TRI-NYMYO	81
TRECATOR	38	TRIÓXIDO DE ARSÉNICO	41
TRELEGY ELLIPTA	85	TRIPTODUR	46
TRELSTAR, SUSPENSIÓN INTRAMUSCULAR PARA RECONSTITUCIÓN, 11.25 MG, 3.75 MG	46	TRI-SPRINTEC (28)	81
TRELSTAR, SUSPENSIÓN INTRAMUSCULAR PARA RECONSTITUCIÓN, 22.5 MG	46	TRIUMEQ	35
TRESIBA FLEXTouch U-100	72	TRIUMEQ PD	35
TRESIBA FLEXTouch U-200	73	TRIVORA (28)	81
TRESIBA U-100, INSULINA	73	TRI-VYLIBRA	81
TRETINOÍNA (ANTINEOPLÁSICO)	46	TRI-VYLIBRA LO	81
TRETINOÍNA, CREMA TÓPICA, 0.025%, 0.05%, 0.1%	65	TRIZIVIR	35
TRETINOÍNA, MICROESFERAS	65	TRODELVY	46
TRETINOÍNA TÓPICA, GEL TÓPICO, 0.01%	65	TROGARZO	35
TRETINOÍNA TÓPICA, GEL TÓPICO, 0.025%, 0.05%	65	TROKENDI XR, CÁPSULAS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA, 24 HORAS, 100 MG, 25 MG, 50 MG	49
TRIAMTERENO-HIDROCLOROTIAZIDA	62	TROKENDI XR, CÁPSULAS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA, 24 HORAS, 200 MG	49
TRIDERM, CREMA TÓPICA, 0.1%	67	TROPHAMINE 10%	87
TRIENTINA	68	TRULICITY	73
TRI-ESTARYLLA	81	TRUMENBA	77
TRI FEMYNOR	81		
TRIFLUOPERAZINA	59		
TRIFLURIDINA	82		
TRIHENIDILLO	50		

Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
TRUSELTIQ, CÁPSULAS ORALES, 75 MG/DÍA (25 MG X 3).....	47	VALPROATO SÓDICO.....	49
TRUSELTIQ, CÁPSULAS ORALES, 100 MG/DÍA (100 MG X 1).....	46	VALRUBICINA.....	47
TRUSELTIQ, CÁPSULAS ORALES, 125 MG/DÍA (100 MG X 1-25 MG X 1), 50 MG/DÍA (25 MG X 2).....	47	VALSARTÁN, COMPRIMIDOS ORALES, 160 MG, 40 MG, 80 MG.....	62
TUKYSA, COMPRIMIDOS ORALES, 50 MG.....	47	VALSARTÁN, COMPRIMIDOS ORALES, 320 MG.....	62
TUKYSA, COMPRIMIDOS ORALES, 150 MG.....	47	VALSARTÁN-HIDROCLOROTIAZIDA.....	62
TURALIO.....	47	VALTOCO.....	49
TWINRIX (PF).....	77	VANCOMICINA, CÁPSULAS ORALES, 125 MG.....	39
TYBLUME.....	81	VANCOMICINA, CÁPSULAS ORALES, 250 MG.....	39
TYBOST.....	35	VANCOMICINA EN DEXTROSA AL 5%, INFUSIÓN SECUNDARIA INTRAVENOSA, 500 MG/100 ML.....	38
TYDEMY.....	81	VANCOMICINA INYECTABLE.....	38
TYMLOS.....	78	VANCOMICINA, SOL. PARA RECONST. INTRAVENOSA, 1,000 MG, 10 GRAMOS, 5 GRAMOS, 500 MG, 750 MG.....	38
TYPHIM VI.....	77	VANCOMYCIN EN CLORURO DE SODIO AL 0.9%, INFUSIÓN SECUNDARIA INTRAVENOSA.....	38
TYSABRI.....	51	VANCOMYCIN EN DEXTROSA AL 5%, INFUSIÓN SECUNDARIA INTRAVENOSA, 1 GRAMO/200 ML, 750 MG/150 ML.....	38
U		VANCOMYCIN, SOL. PARA RECONST. INTRAVENOSA, 1.25 GRAMOS, 1.5 GRAMOS.....	39
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.....	74	VANCOMYCIN-WATER, INYECTABLE (PEG).....	39
UNITHROID, COMPRIMIDOS ORALES, 137 MCG.....	74	VANDAZOL.....	79
UNITUXIN.....	47	VAQTA (PF).....	77
UPTRAVI, ORAL.....	62	VARENICLINA.....	68
URSODIOL, CÁPSULAS ORALES, 300 MG.....	76	VARIVAX (PF).....	77
URSODIOL, COMPRIMIDOS ORALES.....	76	VARIZIG.....	77
V		VASCEPA.....	63
VALACICLOVIR, COMPRIMIDOS ORALES, 1 GRAMO... ..	35	VECTIBIX.....	47
VALACICLOVIR, COMPRIMIDOS ORALES, 500 MG.....	35	VEKLURY.....	35
VALCHLOR.....	65	VELCADE.....	47
VALERATO DE BETAMETASONA, CREMA TÓPICA.....	66	VELIVET, RÉGIMEN TRIFÁSICO (28).....	81
VALERATO DE BETAMETASONA, ESPUMA TÓPICA.....	66	VELPHORO.....	68
VALERATO DE BETAMETASONA, LOCIÓN TÓPICA.....	66	VELTASSA.....	68
VALERATO DE BETAMETASONA, POMADA TÓPICA.....	66	VEMLIDY.....	35
VALERATO DE ESTRADIOL, ACEITE INTRAMUSCULAR, 20 MG/ML, 40 MG/ML.....	79	VENCLEXTA, COMPRIMIDOS ORALES, 10 MG.....	47
VALERATO DE HIDROCORTISONA.....	67	VENCLEXTA, COMPRIMIDOS ORALES, 50 MG.....	47
VALGANCICLOVIR, COMPRIMIDOS ORALES.....	35	VENCLEXTA, COMPRIMIDOS ORALES, 100 MG.....	47
VALGANCICLOVIR, SOL. PARA RECONST. ORAL.....	35	VENCLEXTA, PAQUETE INICIAL.....	47
		VENLAFAXINA, CÁPSULAS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA, 24 HORAS, 75 MG.....	59

Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
VENLAFAXINA, CÁPSULAS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA, 24 HORAS, 150 MG, 37.5 MG	59	VIOKACE	76
VENLAFAXINA, COMPRIMIDOS ORALES, 50 MG, 75 MG	59	VIORELE (28)	81
VENLAFAXINA, COMPRIMIDOS ORALES, 100 MG, 25 MG, 37.5 MG	59	VIRACEPT, COMPRIMIDOS ORALES, 250 MG	35
VENTAVIS	85	VIRACEPT, COMPRIMIDOS ORALES, 625 MG	35
VENTOLIN HFA	85	VIREAD, COMPRIMIDOS ORALES, 150 MG, 200 MG, 250 MG	36
VERAPAMIL, CÁPSULAS ORALES, PÍLDORAS DE LIB. PROL., 24 HORAS, 360 MG	62	VIREAD, POLVO ORAL	35
VERAPAMILO, CÁPSULAS ORALES, PÍLDORAS CT DE LIB. PROL., 24 HORAS	62	VIRT-NATE DHA	88
VERAPAMILO, CÁPSULAS ORALES, PÍLDORAS DE LIB. PROL., 24 HORAS, 120 MG, 180 MG, 240 MG	62	VIRT-PN DHA	88
VERAPAMILO, COMPRIMIDOS ORALES	62	VITAMINAS PRENATALES, COMPRIMIDOS ORALES	88
VERAPAMILO, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA	62	VITRAKVI, CÁPSULAS ORALES, 25 MG	47
VERAPAMILO, SOLUCIÓN INTRAVENOSA	62	VITRAKVI, CÁPSULAS ORALES, 100 MG	47
VERSACLOZ	59	VITRAKVI, SOLUCIÓN ORAL	47
VERZENIO	47	VIVITROL	54
VESTURA (28)	81	VIZIMPRO	47
V-GO 20	73	VOLNEA (28)	81
V-GO 30	73	VONJO	47
V-GO 40	73	VORICONAZOL, COMPRIMIDOS ORALES	33
VICTOZA 2-PAK	73	VORICONAZOL INTRAVENOSO	33
VICTOZA 3-PAK	73	VORICONAZOL, SUSPENSIÓN ORAL PARA RECONSTITUCIÓN	33
VIENVA	81	VOSEVI	36
VIGABATRINA	50	VOTRIENT	47
VIGADRONE	50	VRAYLAR, CÁPSULAS ORALES	59
VIIBRYD, COMPRIMIDOS ORALES	59	VRAYLAR, CÁPSULAS ORALES, PAQUETE DOSIFICADO	59
VIIBRYD, COMPRIMIDOS ORALES, PAQUETE DOSIFICADO, 10 MG (7), 20 MG (23)	59	VUMERITY	51
VILAZODONA	59	VYFEMLA (28)	81
VIMPAT, COMPRIMIDOS ORALES, 50 MG	50	VYLIBRA	81
VIMPAT, COMPRIMIDOS ORALES, 100 MG, 150 MG, 200 MG	50	VYNDAMAX	64
VIMPAT INTRAVENOSO	50	VYNDAQEL	64
VIMPAT, SOLUCIÓN ORAL	50	VYXEOS	47
VINBLASTINA	47		
VINCASAR PFS	47		
VINCRISTINA	47		
VINORELBINA	47		

W

WARFARINA	63
WELIREG	47
WERA (28)	82
WESTAB PLUS	88
WESTGEL DHA	88

Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
WIXELA INHUB	85	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)	47
WYMZYA FE	82	XTAMPZA ER	53
X		XTANDI, CÁPSULAS ORALES	47
XALKORI	47	XTANDI, COMPRIMIDOS ORALES, 40 MG	47
XARELTO	63	XTANDI, COMPRIMIDOS ORALES, 80 MG	47
XARELTO, TRATAMIENTO INICIAL PARA TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA/EMBOLIA PULMONAR, 30 DÍAS	63	XULTOPHY 100/3.6	73
XATMEP	47	XYREM	59
XCOPRI, COMPRIMIDOS ORALES, 50 MG	50	Y	
XCOPRI, COMPRIMIDOS ORALES, 100 MG	50	YERVOY	47
XCOPRI, COMPRIMIDOS ORALES, 150 MG, 200 MG ...	50	YF-VAX (PF), SUSPENSIÓN SUBCUTÁNEA PARA RECONSTITUCIÓN, 10 EXP 4.74 UNIDADES/0.5 ML	77
XCOPRI, PAQUETE DE AJUSTE DE DOSIS, COMPRIMIDOS ORALES, PAQUETE DOSIFICADO, 12.5 MG (14)-25 MG (14), 150 MG (14)-200 MG (14)	50	YONDELIS	47
XCOPRI, PAQUETE DE AJUSTE DE DOSIS, COMPRIMIDOS ORALES, PAQUETE DOSIFICADO, 50 MG (14)-100 MG (14)	50	YUPELRI	86
XCOPRI, PAQUETE DE MANTENIMIENTO, COMPRIMIDOS ORALES, 250 MG/DÍA (150 MG X 1-100 MG X 1)	50	YUVAFEM	79
XCOPRI, PAQUETE DE MANTENIMIENTO, COMPRIMIDOS ORALES, 350 MG/DÍA (200 MG X 1-150 MG X 1)	50	Z	
XELJANZ, COMPRIMIDOS ORALES	79	ZAFIRLUKAST	86
XELJANZ, SOLUCIÓN ORAL	79	ZALEPLON, CÁPSULAS ORALES, 5 MG	59
XELJANZ XR	79	ZALEPLON, CÁPSULAS ORALES, 10 MG	59
XGEVA	40	ZALTRAP	47
XHANCE	85	ZANOSAR	47
XIAFLEX	68	ZATEAN-PN DHA	88
XIFAXAN, COMPRIMIDOS ORALES, 550 MG	39	ZATEAN-PN PLUS	88
XIIDRA	82	ZEJULA	47
XOFLUZA	36	ZELBORAF	47
XOLAIR, JERINGA SUBCUTÁNEA, 75 MG/0.5 ML	85	ZEMAIRA	68
XOLAIR, JERINGA SUBCUTÁNEA, 150 MG/ML	85	ZENATANE	65
XOLAIR, SOL. PARA RECONST. SUBCUTÁNEA	85	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	76
XOPENEX	86	ZEPZELCA	47
XOPENEX CONCENTRADO	86	ZIDOVUDINA, CÁPSULAS ORALES	36
XOSPATA	47		

Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
ZIDOVUDINA, COMPRIMIDOS ORALES	36		
ZIDOVUDINA, JARABE ORAL	36		
ZIRABEV	47		
ZIRGAN	82		
ZOLADEX	47		
ZOLEDRONIC ACID-MANNITOL-WATER, INFUSIÓN SECUNDARIA INTRAVENOSA, 5 MG/100 ML	68		
ZOLINZA	47		
ZOLPIDEM, COMPRIMIDOS ORALES	59		
ZONISADE	50		
ZONISAMIDA	50		
ZORTRESS, COMPRIMIDOS ORALES, 1 MG	48		
ZOSYN EN DEXTROSA (ISO-OSM.)	39		
ZOVIA 1-35 (28)	82		
ZTALMY	50		
ZTLIDO	65		
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	54		
ZUBSOLV, COMPRIMIDOS SUBLINGUALES, 8.6-2.1 MG	54		
ZUMANDIMINE (28)	82		
ZYDELIG	48		
ZYKADIA	48		
ZYLET	83		
ZYNLONTA	48		
ZYPREXA RELPREVV, SUSPENSIÓN INTRAMUSCULAR PARA RECONSTITUCIÓN, 210 MG ..	59		
ZYPREXA RELPREVV, SUSPENSIÓN INTRAMUSCULAR PARA RECONSTITUCIÓN, 300 MG ..	59		
ZYPREXA RELPREVV, SUSPENSIÓN INTRAMUSCULAR PARA RECONSTITUCIÓN, 405 MG ..	59		

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

952846SP o