

LISTA DE MEDICAMENTOS COMPLETA (Formulario) DE CIGNA PARA 2022

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

Planes de cobertura

Cigna Preferred AL Medicare (HMO)

Cigna Preferred Medicare (HMO)

Cigna Preferred Plus Medicare (HMO)



HPMS Approved Formulary File Submission ID 22235, 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_04_PI_04_S_V12
INT_22_98644_C_Final_4oS

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

Cuando esta Lista de medicamentos (Formulario) hace referencia a “nosotros”, “nos” o “nuestro”, significa Cigna. Cuando hace referencia al “plan” o a “nuestro plan”, significa Cigna Preferred AL Medicare (HMO), Cigna Preferred Medicare (HMO) y Cigna Preferred Plus Medicare (HMO).

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

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

¿Qué es la Lista de medicamentos completa de Cigna?

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

¿Cómo uso la lista de medicamentos?

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

Condición médica

La lista de medicamentos comienza en la página 10. 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 10. 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 66. El Índice de medicamentos cubiertos proporciona una lista alfabética de todos los medicamentos incluidos en este documento. En el Índice se incluyen los medicamentos de marca y los medicamentos genéricos. Busque en el Índice y encuentre su medicamento. Junto a su medicamento, verá el número de página en la que puede encontrar información sobre la cobertura. Vaya a la página indicada en el Índice de medicamentos cubiertos y busque el nombre de su medicamento en la columna "Nombre del medicamento" de la lista.

¿Qué son los medicamentos genéricos?

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

¿Existen restricciones con respecto a mi cobertura?

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

- **Autorización previa:** Cigna les exige a usted o a su médico que obtengan autorización previa para determinados

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

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

Para averiguar si su medicamento tiene requisitos o límites adicionales, consulte la lista de medicamentos que comienza en la página 10. 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, muéstresele a su médico y pídale que le recete un medicamento similar que esté cubierto por Cigna.
- Puede solicitarle a Cigna que haga una excepción y cubra su medicamento. Vea la próxima sección para encontrar información sobre cómo solicitar una excepción.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Lista de medicamentos de Cigna

La lista de medicamentos completa que comienza en la página 10 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 66.

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

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

Establecemos límites a la cantidad para determinados medicamentos, que están indicados con la sigla QL en la lista de Medicamentos cubiertos por categoría de la página 10, 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

H4513-046-001 – Cigna Preferred AL Medicare (HMO): Autauga, Baldwin, Bibb, Chilton, Cullman, Dallas, Elmore, Jefferson, Lowndes, Mobile, Montgomery, Shelby, Talladega y Walker, Alabama

H4513-046-002 – Cigna Preferred AL Medicare (HMO): Blount, Cherokee, Colbert, DeKalb, Etowah, Jackson, Lauderdale, Lawrence, Limestone, Madison, Marshall, Morgan, St. Clair y Tuscaloosa, Alabama

	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	\$2 / \$4 / \$4	\$9 / \$18 / \$27	\$2 / \$4 / \$0	\$9 / \$18 / \$27
Nivel 2: Medicamentos genéricos	\$8 / \$16 / \$16	\$15 / \$30 / \$45	\$8 / \$16 / \$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	41%	41%	41%	41%
Nivel 5: Nivel de especialidad	29% (30 días)	29% (30 días)	29% (30 días)	29% (30 días)

Área de servicio: Alabama

H4513-047 – Cigna Preferred Plus Medicare (HMO): Autauga, Baldwin, Bibb, Chilton, Cullman, Coosa, Dallas, Elmore, Jefferson, Lowndes, Mobile, Montgomery, Perry, Shelby, Talladega y Walker, Alabama

H4513-048 – Cigna Preferred Plus Medicare (HMO): Blount, Cherokee, Colbert, DeKalb, Etowah, Jackson, Lauderdale, Lawrence, Limestone, Madison, Marshall, Morgan, St. Clair y Tuscaloosa, Alabama

	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	\$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: Alabama

H4513-054 – Cigna Preferred Medicare (HMO): Blount, Cherokee, Colbert, DeKalb, Etowah, Jackson, Lauderdale, Lawrence, Limestone, Madison, Marshall, Morgan, St. Clair y Tuscaloosa, Alabama

H4513-057 – Cigna Preferred Medicare (HMO): Autauga, Baldwin, Bibb, Chilton, Coosa, Cullman, Dallas, Elmore, Jefferson, Lowndes, Mobile, Montgomery, Perry, Shelby, Talladega y Walker, Alabama

	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	\$2 / \$4 / \$4	\$7 / \$14 / \$21	\$2 / \$4 / \$0	\$7 / \$14 / \$21
Nivel 2: Medicamentos genéricos	\$8 / \$16 / \$16	\$13 / \$26 / \$39	\$8 / \$16 / \$0	\$13 / \$26 / \$39
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: North Carolina

H9725-001 – Cigna Preferred Medicare (HMO): Alexander, Anson, Cabarrus, Catawba, Cleveland, Davidson, Davie, Forsyth, Gaston, Guilford, Iredell, Lincoln, Mecklenburg, Polk, Rowan, Stokes, Union y Yadkin, North Carolina

	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	\$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)

Área de servicio: North Carolina

H9725-006 – Cigna Preferred Plus Medicare (HMO): Alexander, Anson, Cabarrus, Catawba, Cleveland, Davidson, Davie, Forsyth, Gaston, Guilford, Iredell, Lincoln, Mecklenburg, Polk, Rowan, Stokes, Union y Yadkin, North Carolina

	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	\$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)

H9725-007 – Cigna Preferred Medicare (HMO): Chatham, Durham y Orange, North Carolina

	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	\$5 / \$10 / \$15	\$0 / \$0 / \$0	\$5 / \$10 / \$15
Nivel 2: Medicamentos genéricos	\$5 / \$10 / \$10	\$15 / \$30 / \$45	\$5 / \$10 / \$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)

Mis medicamentos

En esta sección, puede escribir todos los medicamentos que está tomando actualmente. Luego puede buscar su medicamento en las siguientes páginas de la lista de medicamentos. Fijese 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	10
MEDICAMENTOS ANTINEOPLÁSICOS/INMUNODEPRESORES	17
MEDICAMENTOS PARA EL SISTEMA NERVIOSO AUTÓNOMO/CENTRAL, NEUROLOGÍA/PSIC.	25
CARDIOVASCULARES, HIPERTENSIÓN/LÍPIDOS	36
PRODUCTOS DERMATOLÓGICOS/TRATAMIENTO TÓPICO	41
PRODUCTOS DE DIAGNÓSTICO/AGENTES VARIOS	44
MEDICAMENTOS PARA NARIZ, GARGANTA Y OÍDO	46
SISTEMA ENDOCRINO/DIABETES	46
GASTROENTEROLOGÍA	51
INMUNOLOGÍA, VACUNAS/BIOTECNOLOGÍA	53
SISTEMA LOCOMOTOR/REUMATOLOGÍA	55
OBSTETRICIA/GINECOLOGÍA	56
OFTALMOLOGÍA	59
SISTEMA RESPIRATORIO Y ALERGIA	60
UROLÓGICOS	63
VITAMINAS, HEMATÍNICOS/ELECTROLITOS	63

Guía de la Lista de medicamentos:

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

LA: Disponibilidad limitada. Es posible que este medicamento con receta solo esté disponible en determinadas farmacias. Para obtener más información, consulte su Directorio de farmacias o llame a Servicio al Cliente al 1-800-668-3813 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes. Se usa un servicio de mensajes los fines de semana, fuera del horario de atención y en los días festivos federales. También puede visitar [CignaMedicare.com](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 9.

Medicamentos cubiertos por categoría

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

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

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

Cursiva minúscula = Medicamento genérico

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 9.

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)
RUKOBI	5	NDS

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
SELZENTRY, SOLUCIÓN ORAL	5	NDS
SELZENTRY, COMPRIMIDOS ORALES, 150 MG, 75 MG	5	QL (60/30); NDS
SELZENTRY, COMPRIMIDOS ORALES, 25 MG	3	QL (120/30)
SELZENTRY, COMPRIMIDOS ORALES, 300 MG	5	QL (120/30); NDS
<i>estavudina, cápsulas orales</i>	3	QL (60/30)
STRIBILD	5	QL (30/30); NDS
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 9.

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 9.

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>dapsone oral</i>	3	
DAPTOMYCIN, SOL. PARA RECONST. INTRAVENOSA, 350 MG	5	NDS
<i>daptomicina, sol. para reconst. intravenosa, 500 mg</i>	5	NDS
EMVERM	5	NDS
<i>ertapenem</i>	4	
<i>etambutol</i>	3	
FIRVANQ, SOL. PARA RECONST. INTRAVENOSA, 25 MG/ML	4	QL (400/10)
FIRVANQ, SOL. PARA RECONST. INTRAVENOSA, 50 MG/ML	4	QL (450/10)

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

Cursiva minúscula = Medicamento genérico

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 9.

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

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

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

Cursiva minúscula = Medicamento genérico

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 9.

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 9.

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	
<i>nitrofurantoína</i>	4	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<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
ALUNBRIG, COMPRIMIDOS ORALES, 30 MG	5	PA; QL (60/30); NDS

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

Cursiva minúscula = Medicamento genérico

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 9.

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
ALUNBRIG, COMPRIMIDOS ORALES, PAQUETE DOSIFICADO	5	PA; QL (60/365); NDS
<i>anastrozol</i>	2	
ARRANON	4	B/D PA
<i>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, inyetable</i>	5	PA; NDS
<i>bortezomib, sol. para reconst. intravenosa</i>	5	PA; NDS
BOSULIF, COMPRIMIDOS ORALES, 100 MG	5	PA; QL (90/30); NDS
BOSULIF, COMPRIMIDOS ORALES, 400 MG, 500 MG	5	PA; QL (30/30); NDS
BRAFTOVI, CÁPSULAS ORALES, 75 MG	5	PA; LA; QL (180/30); NDS
BRUKINSA	5	PA; LA; NDS
BUSULFAN	5	B/D PA; NDS

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

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

Cursiva minúscula = Medicamento genérico

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 9.

Medicamentos cubiertos por categoría

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

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

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

Cursiva minúscula = Medicamento genérico

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 9.

Medicamentos cubiertos por categoría

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

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

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

Cursiva minúscula = Medicamento genérico

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 9.

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
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
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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
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
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

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

Cursiva minúscula = Medicamento genérico

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 9.

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
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
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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
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
RYBREVA	5	PA; NDS
RYDAPT	5	PA; QL (240/30); NDS
RYLAZE	5	B/D PA; NDS
SANDIMMUNE, SOLUCIÓN ORAL	4	B/D PA
SANDOSTATIN LAR DEPOT, SUSPENSIÓN INTRAMUSCULAR, RECONST. DE LIB. PROLONGADA	5	PA; NDS
SARCLISA	5	PA; NDS
SCEMBLIX, COMPRIMIDOS ORALES, 20 MG	5	PA; QL (60/30); NDS
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

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

Cursiva minúscula = Medicamento genérico

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 9.

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
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
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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
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
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

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

Cursiva minúscula = Medicamento genérico

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 9.

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
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
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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
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
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

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

Cursiva minúscula = Medicamento genérico

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 9.

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
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	3	
<i>divalproex</i>	2	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
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)
<i>lamotrigina, comprimidos orales</i>	2	
<i>lamotrigina, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas</i>	2	
<i>lamotrigina, comprimidos orales masticables dispersables</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 9.

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<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	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
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
<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

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

Cursiva minúscula = Medicamento genérico

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 9.

Medicamentos cubiertos por categoría

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

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
<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)

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

Cursiva minúscula = Medicamento genérico

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 9.

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
INGREZZA	5	PA; LA; QL (30/30); NDS
INGREZZA, PAQUETE DE INICIACIÓN	5	PA; LA; QL (56/365); NDS
<i>memantina, cápsulas orales con gránulos, lib. prolongada, 24 horas</i>	4	PA
<i>memantina, solución oral</i>	3	PA; QL (300/30)
<i>memantina, comprimidos orales, 10 mg</i>	3	PA; QL (60/30)
<i>memantina, comprimidos orales, 5 mg</i>	3	PA; QL (90/30)
<i>memantina, comprimidos orales, paquete dosificado</i>	3	PA; QL (98/365)
NAMZARIC	3	PA
NUDEXTA	5	PA; NDS
OCREVUS	5	PA; NDS
<i>rivastigmina</i>	4	
<i>tartrato de rivastigmina</i>	4	QL (60/30)
<i>tetrabenazina, comprimidos orales, 12.5 mg</i>	5	PA; QL (240/30); NDS
<i>tetrabenazina, comprimidos orales, 25 mg</i>	5	PA; QL (120/30); NDS
TYSABRI	5	PA; NDS
VUMERITY	5	PA; QL (120/30); NDS
RELAJANTES MUSCULARES/TERAPIA ANTIESPASMÓDICA		
<i>baclofeno, comprimidos orales, 10 mg, 5 mg</i>	1	
<i>baclofeno, comprimidos orales, 20 mg</i>	2	
<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

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

Cursiva minúscula = Medicamento genérico

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 9.

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>bromuro de piridostigmina, comprimidos orales, 60 mg</i>	3	
<i>bromuro de piridostigmina, comprimidos orales, liberación prolongada</i>	4	
<i>regonol</i>	4	
<i>tizanidina, cápsulas orales</i>	4	
<i>tizanidina, comprimidos orales</i>	2	
ANALGÉSICOS NARCÓTICOS		
<i>acetaminofeno-codeína, solución oral</i>	2	QL (4500/30); NDS
<i>acetaminofeno-codeína, comprimidos orales, 300-15 mg, 300-30 mg</i>	2	QL (360/30); NDS
<i>acetaminofeno-codeína, comprimidos orales, 300-60 mg</i>	2	QL (180/30); NDS
<i>clorhidrato de buprenorfina inyectable</i>	4	NDS
<i>clorhidrato de buprenorfina sublingual</i>	4	PA
BUPRENORPHINE, PARCHE TRANSDÉRMICO SEMANAL, 10 MCG/HORA, 15 MCG/HORA, 20 MCG/HORA, 5 MCG/HORA	4	QL (4/28); NDS
<i>buprenorfina, parche transdérmico semanal, 7.5 mcg/hora</i>	4	QL (4/28); NDS
<i>endocet</i>	3	QL (360/30); NDS
<i>fentanilo</i>	4	QL (10/30); NDS
<i>citrato de fentanilo (pf), solución inyectable</i>	4	NDS
FENTANYL CITRATE (PF), JERINGA INYECTABLE, 50 MCG/ML	4	NDS
<i>citrato de fentanilo (pf), jeringa intravenosa, 100 mcg/2 ml (50 mcg/ml)</i>	4	NDS

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

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

Cursiva minúscula = Medicamento genérico

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 9.

Medicamentos cubiertos por categoría

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>buprenorfina-naloxona, comprimidos sublinguales, 8-2 mg</i>	2	QL (90/30)
<i>butorfanol nasal</i>	4	QL (10/28); NDS
<i>celecoxib</i>	3	QL (60/30)
<i>diclofenaco potásico, comprimidos orales, 50 mg</i>	2	
<i>diclofenaco sódico oral</i>	2	
<i>diclofenaco sódico, gotas tópicas</i>	4	QL (300/28)
<i>diclofenaco sódico, gel tópico al 1%</i>	3	QL (1000/28)
<i>diflunisal</i>	2	
<i>ec-naproxeno</i>	2	
<i>etodolaco</i>	4	
<i>flurbiprofeno, comprimidos orales, 100 mg</i>	2	
<i>ibu</i>	1	
<i>ibuprofeno, suspensión oral</i>	2	
<i>ibuprofeno, comprimidos orales, 400 mg, 600 mg, 800 mg</i>	1	
KLOXXADO	3	
<i>meloxicam, comprimidos orales, 15 mg</i>	1	
<i>meloxicam, comprimidos orales, 7.5 mg</i>	1	QL (60/30)
<i>nabumetona</i>	2	
<i>naloxona, solución inyectable</i>	2	
<i>naloxona, jeringa inyectable, 1 mg/ml</i>	2	
<i>naloxona nasal</i>	3	
<i>naltrexona</i>	2	
<i>naproxeno, suspensión oral</i>	3	
<i>naproxeno, comprimidos orales</i>	1	
<i>naproxeno, comprimidos orales, liberación retardada (dr/ec)</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 9.

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>naproxeno sódico, comprimidos orales, 275 mg, 550 mg</i>	4	
NARCAN	3	
<i>oxaprozina</i>	4	
<i>salsalato</i>	2	
<i>sulindaco</i>	2	
<i>tramadol, comprimidos orales, 50 mg</i>	2	QL (240/30); NDS
<i>tramadol-acetaminofeno</i>	3	QL (240/30); NDS
VIVITROL	5	NDS
ZUBSOLV, COMPRIMIDOS SUBLINGUALES, 0.7-0.18 MG, 1.4-0.36 MG, 11.4-2.9 MG, 2.9-0.71 MG, 5.7-1.4 MG	3	QL (30/30)
ZUBSOLV, COMPRIMIDOS SUBLINGUALES, 8.6-2.1 MG	3	QL (60/30)

MEDICAMENTOS PSICOTERAPÉUTICOS

ABILIFY MAINTENA	5	QL (1/28); NDS
<i>alprazolam, comprimidos orales, 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg</i>	2	QL (120/30)
<i>alprazolam, comprimidos orales, 2 mg</i>	2	QL (150/30)
<i>alprazolam, comprimidos de desintegración oral, 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg</i>	3	QL (90/30)
<i>alprazolam, comprimidos de desintegración oral, 2 mg</i>	3	QL (150/30)
<i>amitriptilina</i>	3	
<i>amoxapina</i>	3	
<i>aripiprazol, solución oral</i>	4	
<i>aripiprazol, comprimidos orales, 10 mg, 15 mg, 2 mg, 5 mg</i>	3	QL (60/30)
<i>aripiprazol, comprimidos orales, 20 mg, 30 mg</i>	3	QL (30/30)
<i>aripiprazol, comprimidos de desintegración oral</i>	4	QL (60/30)
ARISTADA INITIO	5	QL (4.8/365); NDS

ARISTADA, SUSPENSIÓN INTRAMUSCULAR, LIBERACIÓN PROLONGADA, JERINGA, 1,064 MG/3.9 ML	5	QL (3.9/56); NDS
ARISTADA, SUSPENSIÓN INTRAMUSCULAR, LIBERACIÓN PROLONGADA, JERINGA, 441 MG/1.6 ML	5	QL (1.6/28); NDS
ARISTADA, SUSPENSIÓN INTRAMUSCULAR, LIBERACIÓN PROLONGADA, JERINGA, 662 MG/2.4 ML	5	QL (2.4/28); NDS
ARISTADA, SUSPENSIÓN INTRAMUSCULAR, LIBERACIÓN PROLONGADA, JERINGA, 882 MG/3.2 ML	5	QL (3.2/28); NDS
<i>armodafinil</i>	3	PA; QL (30/30)
<i>maleato de asenapina, comprimidos sublinguales, 10 mg</i>	4	QL (60/30)
ASENAPINE MALEATE, COMPRIMIDOS SUBLINGUALES, 2.5 MG	4	QL (60/30)
<i>maleato de asenapina, comprimidos sublinguales, 5 mg</i>	4	QL (90/30)
<i>atomoxetina, cápsulas orales, 10 mg, 18 mg, 25 mg, 40 mg</i>	4	QL (60/30)
<i>atomoxetina, cápsulas orales, 100 mg, 60 mg, 80 mg</i>	4	QL (30/30)
BELSOMRA	3	QL (30/30)
<i>clorhidrato de bupropión, comprimidos orales, 100 mg</i>	3	QL (120/30)
<i>clorhidrato de bupropión, comprimidos orales, 75 mg</i>	3	QL (180/30)
<i>clorhidrato de bupropión, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas, 150 mg</i>	3	QL (90/30)
<i>clorhidrato de bupropión, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas, 300 mg</i>	3	QL (30/30)

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

Cursiva minúscula = Medicamento genérico

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 9.

Medicamentos cubiertos por categoría

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>sulfato de dextroanfetamina, cápsulas orales, liberación prolongada</i>	4	
<i>sulfato de dextroanfetamina, solución oral</i>	4	QL (1800/30)
<i>sulfato de dextroanfetamina, comprimidos orales</i>	4	
<i>dextroanfetamina-anfetamina, cápsulas orales, liberación prolongada, 24 horas</i>	4	QL (60/30)
<i>dextroanfetamina-anfetamina, comprimidos orales, 10 mg</i>	3	QL (180/30)
<i>dextroanfetamina-anfetamina, comprimidos orales, 12.5 mg, 30 mg, 7.5 mg</i>	3	QL (60/30)
<i>dextroanfetamina-anfetamina, comprimidos orales, 15 mg</i>	3	QL (120/30)
<i>dextroanfetamina-anfetamina, comprimidos orales, 20 mg</i>	3	QL (90/30)
<i>dextroanfetamina-anfetamina, comprimidos orales, 5 mg</i>	3	QL (360/30)
<i>diazepam inyectable</i>	2	
<i>diazepam, intensol</i>	2	QL (360/30)
<i>diazepam, concentrado oral</i>	2	QL (360/30)
<i>diazepam, solución oral</i>	2	QL (1800/30)
<i>diazepam, concentrado oral</i>	2	QL (360/30)
<i>diazepam, solución oral, 5 mg/5 ml (1 mg/ml)</i>	2	QL (1800/30)
<i>diazepam, comprimidos orales</i>	2	QL (180/30)
<i>doxepina, cápsulas orales</i>	3	
<i>doxepina, concentrado oral</i>	3	
DRIZALMA, CÁPSULAS ORALES CON GRÁNULOS, LIB. RETARDADA, 20 MG, 60 MG	4	QL (60/30)
DRIZALMA, CÁPSULAS ORALES CON GRÁNULOS, LIB. RETARDADA, 30 MG	4	QL (120/30)
DRIZALMA, CÁPSULAS ORALES CON GRÁNULOS, LIB. RETARDADA, 40 MG	4	QL (90/30)

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

Cursiva minúscula = Medicamento genérico

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 9.

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 9.

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 9.

Medicamentos cubiertos por categoría

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

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

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

Cursiva minúscula = Medicamento genérico

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 9.

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 9.

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	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>carvedilol</i>	1	
<i>fosfato de carvedilol</i>	3	
<i>clorotiazida sódica</i>	4	
<i>clortalidona, comprimidos orales, 25 mg, 50 mg</i>	2	
<i>clonidina</i>	4	QL (4/28)
<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 9.

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 9.

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 9.

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 PUSHTRONEX	3	PA; QL (3.5/28)
REPATHA SURECLICK	3	PA; QL (3/28)
REPATHA, JERINGA	3	PA; QL (3/28)
<i>rosuvastatina</i>	1	QL (30/30)
<i>simvastatina, comprimidos orales</i>	1	QL (30/30)
VASCEPA	3	
AGENTES CARDIOVASCULARES VARIOS		
CORLANOR, COMPRIMIDOS ORALES	4	PA; QL (60/30)
<i>digitek</i>	2	
<i>digoxina, solución inyectable</i>	4	

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

Cursiva minúscula = Medicamento genérico

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 9.

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>digoxina, solución oral</i>	3	
<i>digoxina, comprimidos orales, 125 mcg (0.125 mg), 250 mcg (0.25 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
VYNDAREL	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 con dosis medidas</i>	5	NDS
<i>imiquimod, crema tópica en paquete, 3.75%</i>	5	NDS
<i>imiquimod, crema tópica en paquete, 5%</i>	3	
<i>lidocaína (pf), solución inyectable</i>	4	

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

Cursiva minúscula = Medicamento genérico

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 9.

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>amneesteem</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</i>	4	PA
<i>tretinoína, gel tópico, 0.01%</i>	3	PA
<i>tretinoína, gel tópico, 0.025%, 0.05%</i>	4	PA
<i>zenatane</i>	4	
ANESTÉSICOS TÓPICOS		
<i>clorhidrato de lidocaína, gel para membrana mucosa en aplicador</i>	3	QL (60/30)
<i>clorhidrato de lidocaína, solución para membrana mucosa, 2%</i>	1	
ANTIBACTERIANOS TÓPICOS		
<i>gentamicina, crema tópica</i>	3	QL (60/30)
<i>gentamicina, pomada tópica</i>	3	
<i>mupirocina</i>	2	QL (44/30)

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

Cursiva minúscula = Medicamento genérico

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 9.

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<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>ketoconazol, crema tópica</i>	2	QL (60/28)
<i>ketoconazol, champú tópico</i>	2	QL (120/28)
<i>naftifina, crema tópica</i>	3	QL (60/28)
NAFTIN, GEL TÓPICO, 2%	3	QL (60/28)
<i>nyamyc</i>	3	QL (180/30)
<i>nistatina, crema tópica</i>	2	QL (30/28)
<i>nistatina, pomada tópica</i>	2	QL (30/28)
<i>nistatina, polvo tópico</i>	3	QL (180/30)
<i>nistatina-triamcinolona</i>	4	QL (60/28)
<i>nystop</i>	3	QL (180/30)
ANTIVIRALES TÓPICOS		
<i>aciclovir, pomada tópica</i>	4	QL (30/30)
DENAVIR	5	QL (5/30); NDS
CORTICOESTEROIDES TÓPICOS		
<i>ala-cort, crema tópica, 1%</i>	1	
<i>alclometasona</i>	2	
<i>dipropionato de betametasona</i>	3	
<i>valerato de betametasona, crema tópica</i>	2	
<i>valerato de betametasona, espuma tópica</i>	3	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<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)
<i>propionato de fluticasona, crema tópica</i>	2	

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

Cursiva minúscula = Medicamento genérico

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 9.

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<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 pentalito</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>betaina</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	

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

Cursiva minúscula = Medicamento genérico

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 9.

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
DEXTROSE AL 10% EN AGUA (D10W)	4	
<i>dextrosa al 25% en agua (d25w)</i>	4	
<i>dextrosa al 5% en agua (d5w)</i>	4	
<i>dextrosa al 5%-solución de lactato sódico compuesta</i>	4	
<i>dextrosa al 5%-cloruro de sodio al 0.2%</i>	4	
<i>dextrosa al 5%-cloruro de sodio al 0.3%</i>	4	
<i>dextrosa al 50% en agua (d50w)</i>	4	
<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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
PROLASTIN-C, SOLUCIÓN INTRAVENOSA	5	PA; NDS
<i>riluzol</i>	3	
<i>risedronato, comprimidos orales, 30 mg</i>	3	QL (30/30)
SEVELAMER CARBONATE	4	
<i>cloruro de sodio al 0.9% intravenoso</i>	4	
<i>cloruro de sodio para irrigación</i>	4	
<i>fenilbutirato sódico</i>	5	PA; NDS
<i>sulfonato de poliestireno sódico, polvo oral</i>	3	
<i>sps (con sorbitol)</i>	3	
<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	

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

Cursiva minúscula = Medicamento genérico

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 9.

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
MEDICAMENTOS PARA NARIZ, GARGANTA Y OÍDO		
AGENTES VARIOS		
<i>azelastina nasal</i>	3	QL (60/30)
<i>gluconato de clorhexidina, membrana mucosa</i>	1	
<i>fluoruro (de sodio), pasta dental</i>	4	
<i>bromuro de ipratropio nasal</i>	2	QL (30/30)
<i>oralone</i>	3	
<i>paroex, enjuague bucal</i>	1	
<i>fluoruro de sodio 5000 para sequedad en la boca</i>	4	
<i>fluoruro de sodio-nitrato potásico</i>	4	
<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	
<i>fosfato sódico de dexametasona, solución inyectable</i>	4	
<i>fludrocortisona</i>	2	
<i>hidrocortisona oral</i>	3	
MEDROL, COMPRIMIDOS ORALES, 2 MG	3	B/D PA
<i>methypred 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	
SOLU-CORTEF ACT-O-VIAL (PF)	4	

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

Cursiva minúscula = Medicamento genérico

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 9.

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>acetónido de triamcinolona, suspensión inyectable, 40 mg/ml</i>	2	
AGENTES ANTITIROIDEOS		
<i>metimazol, comprimidos orales, 10 mg, 5 mg</i>	2	
<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	
ASSURE ID, JERINGA DE SEGURIDAD PARA INSULINA, 1 ML, CALIBRE 29 X 1/2"	2	QL (200/30)
BAQSIMI	3	
<i>bd safetyglide, jeringa para insulina, 1 ml, calibre 31 x 15/64"</i>	2	QL (200/30)
<i>bd ultra-fine nano, aguja para lapicera</i>	2	QL (200/30)
<i>bd ultra-fine short, aguja para lapicera</i>	2	QL (200/30)
BYDUREON BCISE	3	QL (4/28)
CYCLOSET	4	QL (180/30)
<i>diazoxida</i>	4	
<i>dropsafe, paños preparados con alcohol</i>	2	
GASA, VENDA PARA APLICACIÓN TÓPICA, 2 X 2"	2	
<i>glimepirida, comprimidos orales, 1 mg</i>	1	QL (240/30)
<i>glimepirida, comprimidos orales, 2 mg</i>	1	QL (120/30)
<i>glimepirida, comprimidos orales, 4 mg</i>	1	QL (60/30)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>glipizida, comprimidos orales, 10 mg</i>	1	QL (120/30)
<i>glipizida, comprimidos orales, 5 mg</i>	1	QL (240/30)
<i>glipizida, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas, 10 mg</i>	1	QL (60/30)
<i>glipizida, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas, 2.5 mg</i>	1	QL (240/30)
<i>glipizida, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas, 5 mg</i>	1	QL (120/30)
<i>glipizida-metformina, comprimidos orales, 2.5-250 mg</i>	1	QL (240/30)
<i>glipizida-metformina, comprimidos orales, 2.5-500 mg, 5-500 mg</i>	1	QL (120/30)
GLUCAGEN HYPOKIT	3	
GLUCAGON (HCL), KIT DE EMERGENCIAS	3	
GLUCAGON, KIT DE EMERGENCIAS (HUMANO)	3	
GLYXAMBI	3	QL (30/30)
GVOKE	3	
GVOKE HYPOPEN, PAQUETE DE 1	3	
GVOKE HYPOPEN, 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 INSULIN	3	
HUMALOG MIX 50-50, INSULINA 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 9.

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
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	
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	
JERINGA PARA INSULINA CON AGUJA, U-100, 0.3 ML CALIBRE 29, 1 ML CALIBRE 29 X 1/2", 1/2 ML CALIBRE 28	2	QL (200/30)
INVOKAMET	3	QL (60/30)
INVOKAMET XR	3	QL (60/30)
INVOKANA	3	QL (30/30)
JANUMET	3	QL (60/30)
JANUMET XR, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA, MULTIFÁSICA, 24 HORAS, 100-1,000 MG	3	QL (30/30)

JANUMET XR, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA, MULTIFÁSICA, 24 HORAS, 50-1,000 MG, 50-500 MG	3	QL (60/30)
JANUVIA	3	QL (30/30)
JARDIANCE	3	QL (30/30)
JENTADUETO	3	QL (60/30)
JENTADUETO XR, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN INMEDIATA-LIBERACIÓN PROLONGADA, BIFÁSICA, 24 HORAS, 2.5-1,000 MG	3	QL (60/30)
JENTADUETO XR, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN INMEDIATA-LIBERACIÓN PROLONGADA, BIFÁSICA, 24 HORAS, 5-1,000 MG	3	QL (30/30)
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)

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

Cursiva minúscula = Medicamento genérico

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 9.

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>metformina, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas, 500 mg</i>	1	QL (120/30)
<i>metformina, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas, 750 mg</i>	1	QL (60/30)
<i>metformina, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas, 1,000 mg</i>	1	QL (60/30)
<i>metformina, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas, 500 mg</i>	1	QL (150/30)
<i>miglitol, comprimidos orales, 100 mg</i>	4	QL (90/30)
<i>miglitol, comprimidos orales, 25 mg</i>	4	QL (360/30)
<i>miglitol, comprimidos orales, 50 mg</i>	4	QL (180/30)
MOUNJARO	3	QL (2/28)
<i>nateglinida, comprimidos orales, 120 mg</i>	1	QL (90/30)
<i>nateglinida, comprimidos orales, 60 mg</i>	1	QL (180/30)
OMNIPOD 5 G6 INTRO KIT (GEN 5)	3	QL (1/365)
OMNIPOD 5 G6 PODS (GEN 5)	3	QL (30/30)
OMNIPOD CLASSIC PDM KIT (GEN 3)	3	QL (1/365)
OMNIPOD CLASSIC PODS (GEN 3)	3	QL (30/30)
OMNIPOD DASH INTRO KIT (GEN 4)	3	QL (1/365)
OMNIPOD DASH PDM KIT (GEN 4)	3	QL (30/30)
OMNIPOD DASH PODS (GEN 4)	3	QL (30/30)
OZEMPIC, LAPICERA PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA, 0.25 MG O 0.5 MG (2 MG/1.5 ML)	3	QL (1.5/28)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
OZEMPIC, LAPICERA PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA, 1 MG/DOSIS (4 MG/3 ML, 2 MG/DOSIS (8 MG/3 ML)	3	QL (3/28)
AGUJA PARA LAPICERA, AGUJA PARA DIABETES, CALIBRE 29 X 1/2"	2	QL (200/30)
<i>pioglitazona</i>	1	QL (30/30)
<i>pioglitazona-metformina</i>	1	QL (90/30)
<i>repaglinida, comprimidos orales, 0.5 mg</i>	1	QL (960/30)
<i>repaglinida, comprimidos orales, 1 mg</i>	1	QL (480/30)
<i>repaglinida, comprimidos orales, 2 mg</i>	1	QL (240/30)
RYBELSUS	3	QL (30/30)
SOLIQUA 100/33	3	QL (15/25)
SYMLINPEN 120	5	PA; QL (10.8/30); NDS
SYMLINPEN 60	5	PA; QL (6/30); NDS
SYNJARDY	3	QL (60/30)
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)

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

Cursiva minúscula = Medicamento genérico

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 9.

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
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	
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		
ALDURAZYME	5	PA; NDS

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>cabergolina</i>	3	
<i>calcitonina (salmón), inyección</i>	5	NDS
<i>calcitonina (salmón), nasal</i>	3	
<i>calcitriol, solución intravenosa, 1 mcg/ml</i>	4	
<i>calcitriol, cápsulas orales</i>	3	
<i>calcitriol, solución oral</i>	4	
CEREZYME, SOL. PARA RECONST. INTRAVENOSA, 400 UNIDADES	5	PA; NDS
CHORIONIC GONADOTROPIN, HUMANA INTRAMUSCULAR	4	PA
<i>cinacalcet, comprimidos orales, 30 mg, 60 mg</i>	4	QL (60/30)
<i>cinacalcet, comprimidos orales, 90 mg</i>	4	QL (120/30)
<i>danazol</i>	4	
<i>desmopresina inyectable</i>	5	NDS
<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

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

Cursiva minúscula = Medicamento genérico

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 9.

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>oxandrolona, comprimidos orales, 10 mg</i>	4	PA; QL (60/30)
<i>oxandrolona, comprimidos orales, 2.5 mg</i>	3	PA; QL (120/30)
<i>pamidronato</i>	4	
<i>paricalcitol oral</i>	4	
SAMSCA, COMPRIMIDOS ORALES, 15 MG	5	PA; QL (120/30); NDS
<i>sapropterina</i>	5	PA; NDS
SOMAVERT	5	PA; QL (30/30); NDS
SYNAREL	5	NDS
<i>cipionato de testosterona, aceite intramuscular, 100 mg/ml, 200 mg/ml (1 ml)</i>	3	
TESTOSTERONE CYPIONATE, ACEITE INTRAMUSCULAR, 200 MG/ML	3	
<i>enantato de testosterona</i>	4	
<i>testosterona, gel transdérmico</i>	4	PA; QL (300/30)
<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	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
LEVO-T	3	
<i>levotiroxina, comprimidos orales</i>	1	
<i>levoxyl, comprimidos orales, 100 mcg, 112 mcg, 175 mcg</i>	3	
LEVOXYL, COMPRIMIDOS ORALES, 125 MCG, 137 MCG, 150 MCG, 200 MCG, 25 MCG, 50 MCG, 75 MCG, 88 MCG	3	
<i>liotironina oral</i>	2	
SYNTHROID	3	
UNITHROID, COMPRIMIDOS ORALES, 100 MCG, 112 MCG, 125 MCG, 150 MCG, 175 MCG, 200 MCG, 25 MCG, 300 MCG, 50 MCG, 75 MCG, 88 MCG	3	
<i>unithroid, comprimidos orales, 137 mcg</i>	3	

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	

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

Cursiva minúscula = Medicamento genérico

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 9.

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>loperamida, cápsulas orales</i>	2	
AGENTES GASTROINTESTINALES VARIOS		
<i>alosetrón, comprimidos orales, 0.5 mg</i>	4	PA
<i>alosetrón, comprimidos orales, 1 mg</i>	5	PA; NDS
<i>aprepitant</i>	4	B/D PA
<i>balsalazida</i>	4	
<i>budesonida, cápsulas orales, liberación retardada y prolongada</i>	4	
<i>budesonida, comprimidos orales, liberación retardada y prolongada</i>	5	NDS
<i>compro</i>	2	
<i>constulosa</i>	2	
CORTIFOAM	4	
CREON	3	
<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	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
INFLECTRA	5	PA; QL (20/30); NDS
<i>lactulosa, solución oral</i>	2	
LINZESS	3	QL (30/30)
<i>meclizina, comprimidos orales, 12.5 mg, 25 mg</i>	2	
<i>mesalamina, cápsulas orales, liberación prolongada, 24 horas</i>	3	
<i>mesalamina, enema rectal</i>	4	
<i>mesalamina con pañuelo limpiador</i>	4	
<i>clorhidrato de metoclopramida, solución oral</i>	2	
<i>clorhidrato de metoclopramida, comprimidos orales</i>	2	
MOVANTIK	4	QL (30/30)
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, solución</i>	2	
PENTASA	4	
<i>proclorperazina</i>	2	
<i>edisilato de proclorperazina, solución inyectable, 10 mg/2 ml (5 mg/ml)</i>	4	
<i>maleato de proclorperazina</i>	2	

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

Cursiva minúscula = Medicamento genérico

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 9.

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>procto-med hc</i>	2	
<i>procto-pak</i>	2	
<i>proctosol hc tópico</i>	2	
<i>proctozona-hc</i>	2	
RECTIV	4	
SANCUSO	5	NDS
<i>escopolamina base</i>	4	QL (10/30)
SKYRIZI, INYECTOR PONIBLE SUBCUTÁNEO	5	PA; QL (2.4/28); NDS
SUCRAID	5	PA; NDS
<i>sulfasalazina</i>	2	
SUPREP, KIT DE PREPARACIÓN INTESTINAL	3	
SUTAB	4	
<i>ursodiol, cápsulas orales, 300 mg</i>	3	
<i>ursodiol, comprimidos orales</i>	4	
VIOKACE	4	
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	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>nizatidina, cápsulas orales</i>	3	
<i>omeprazol, cápsulas orales, liberación retardada (dr/ec)</i>	2	QL (60/30)
<i>pantoprazol, comprimidos orales, liberación retardada (dr/ec)</i>	1	QL (60/30)
<i>sucralfato, suspensión oral</i>	4	
<i>sucralfato, comprimidos orales</i>	2	
TALICIA	4	QL (168/28)
INMUNOLOGÍA, VACUNAS/BIOTECNOLOGÍA		
MEDICAMENTOS BIOTECNOLÓGICOS		
ACTIMMUNE	5	PA; NDS
ARCALYST	5	PA; NDS
AVONEX, KIT DE LAPICERA PARA INYECCIÓN INTRAMUSCULAR	5	PA; QL (1/28); NDS
AVONEX, 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

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

Cursiva minúscula = Medicamento genérico

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 9.

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
PROLEUKIN	4	B/D PA
REBIF (CON ALBÚMINA)	5	PA; QL (6/28); NDS
REBIF REBIDOSE, LAPICERA PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA, 22 MCG/0.5 ML, 44 MCG/0.5 ML	5	PA; QL (6/28); NDS
REBIF REBIDOSE, LAPICERA PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA, 8.8 MCG/0.2 ML, 22 MCG/0.5 ML (6)	5	PA; QL (8.4/365); NDS
REBIF, PAQUETE DE AJUSTE DE DOSIS	5	PA; QL (8.4/365); NDS
RETACRIT	3	PA
VACUNAS/AGENTES INMUNOLÓGICOS VARIOS		
ACTHIB (PF)	3	
ADACEL (TDAP ADOLESC./ ADULTOS) (PF)	3	
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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
GARDASIL 9 (PF)	3	
HAVRIX (PF)	3	
HIBERIX (PF)	3	
HIZENTRA	5	B/D PA; NDS
IMOVAX (PF), VACUNA ANTIRRÁBICA	3	
INFANRIX (DTAP) (PF), JERINGA INTRAMUSCULAR	3	
IPOL	3	
IXIARO (PF)	3	
KINRIX (PF), JERINGA INTRAMUSCULAR	3	
MENACTRA (PF), SOLUCIÓN INTRAMUSCULAR	3	
MENQUADFI (PF)	3	
MENVEO A-C-Y-W-135-DIP (PF)	3	
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	
RABAVERT (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	

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

Cursiva minúscula = Medicamento genérico

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 9.

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
TWINRIX (PF)	3	
TYPHIM VI	3	
VAQTA (PF)	3	
VARIVAX (PF)	3	
VARIZIG	4	
YF-VAX (PF), SUSPENSIÓN SUBCUTÁNEA PARA RECONSTITUCIÓN, 10 EXP 4.74 UNIDADES/0.5 ML	3	

SISTEMA LOCOMOTOR/REUMATOLOGÍA

TRATAMIENTO DE LA GOTA

<i>alopurinol, comprimidos orales, 100 mg, 300 mg</i>	1	
<i>colchicina, comprimidos orales</i>	4	QL (120/30)
FEBUXOSTAT	3	ST
MITIGARE	3	
<i>probenecid</i>	2	
<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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
OTROS AGENTES REUMATOLÓGICOS		
BENLYSTA	5	PA; NDS
ENBREL MINI	5	PA; QL (8/28); NDS
ENBREL, SOL. PARA RECONST. SUBCUTÁNEA	5	PA; QL (16/28); NDS
ENBREL, SOLUCIÓN SUBCUTÁNEA	5	PA; QL (8/28); NDS
ENBREL, JERINGA SUBCUTÁNEA	5	PA; QL (8/28); NDS
ENBREL SURECLICK	5	PA; QL (8/28); NDS
HUMIRA PEN	5	PA; QL (4/28); NDS
HUMIRA PEN CROHNS-UC-HS, PAQUETE INICIAL	5	PA; QL (12/365); NDS
HUMIRA PEN PSOR-UEITS-ADOL HS	5	PA; QL (8/365); NDS
HUMIRA, KIT DE JERINGA SUBCUTÁNEA, 40 MG/0.8 ML	5	PA; QL (4/28); NDS
HUMIRA (CF) PEDI CROHNS, PAQUETE INICIAL, KIT DE JERINGA SUBCUTÁNEA, 80 MG/0.8 ML	5	PA; QL (6/365); NDS
HUMIRA (CF) PEDI CROHNS, PAQUETE INICIAL, KIT DE JERINGA SUBCUTÁNEA, 80 MG/0.8 ML-40 MG/0.4 ML	5	PA; QL (4/365); NDS
HUMIRA (CF) PEN CROHNS-UC-HS	5	PA; QL (6/365); NDS
HUMIRA (CF) PEN PEDIATRIC UC	5	PA; QL (4/180); NDS
HUMIRA (CF) PEN PSOR-UV-ADOL HS	5	PA; QL (6/365); NDS
HUMIRA (CF) PEN, KIT DE LAPICERA PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA, 40 MG/0.4 ML	5	PA; QL (4/28); NDS
HUMIRA (CF) PEN, KIT DE LAPICERA PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA, 80 MG/0.8 ML	5	PA; QL (2/28); NDS
HUMIRA (CF), KIT DE JERINGA SUBCUTÁNEA, 10 MG/0.1 ML, 20 MG/0.2 ML	5	PA; QL (2/28); NDS

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

Cursiva minúscula = Medicamento genérico

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 9.

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
HUMIRA (CF), KIT DE JERINGA SUBCUTÁNEA, 40 MG/0.4 ML	5	PA; QL (4/28); NDS
<i>leflunomida</i>	2	QL (30/30)
ORENCIA CLICKJECT	5	PA; QL (4/28); NDS
ORENCIA, JERINGA SUBCUTÁNEA, 125 MG/ML	5	PA; QL (4/28); NDS
ORENCIA, JERINGA SUBCUTÁNEA, 50 MG/0.4 ML	5	PA; QL (1.6/28); NDS
ORENCIA, JERINGA SUBCUTÁNEA, 87.5 MG/0.7 ML	5	PA; QL (2.8/28); NDS
<i>penicilamina</i>	5	NDS
RIDAURA	5	NDS
RINVOQ	5	PA; QL (30/30); NDS
XELJANZ, SOLUCIÓN ORAL	5	PA; QL (300/30); NDS
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	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<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>yuvaferm</i>	4	
PRODUCTOS OBSTÉTRICOS/GINECOLÓGICOS VARIOS		
<i>fosfato de clindamicina vaginal</i>	3	
<i>metronidazol vaginal</i>	3	
<i>terconazol</i>	3	
<i>ácido tranexámico oral</i>	3	
<i>vandazol</i>	3	
ANTICONCEPTIVOS ORALES/AGENTES RELACIONADOS		
<i>afirmelle</i>	3	
<i>altavera (28)</i>	3	

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

Cursiva minúscula = Medicamento genérico

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 9.

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>alyacen 1/35 (28)</i>	3	
<i>alyacen 7/7/7 (28)</i>	3	
<i>amethia</i>	3	
<i>amethyst (28)</i>	3	
<i>apri</i>	3	
<i>aranelle (28)</i>	3	
<i>ashlyna</i>	3	
<i>aubra</i>	3	
<i>aubra eq</i>	3	
<i>aurovela 1.5/30 (21)</i>	3	
<i>aurovela 1/20 (21)</i>	3	
<i>aurovela 24 fe</i>	3	
<i>aurovela fe 1.5/30 (28)</i>	3	
<i>aurovela fe 1-20 (28)</i>	3	
<i>aviane</i>	3	
<i>ayuna</i>	3	
<i>azurette (28)</i>	3	
<i>balziva (28)</i>	3	
<i>blisovi 24 fe</i>	3	
<i>blisovi fe 1.5/30 (28)</i>	3	
<i>blisovi fe 1/20 (28)</i>	3	
<i>briellyn</i>	3	
<i>camrese</i>	3	
<i>camrese lo</i>	3	
<i>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	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>dolishale</i>	3	
<i>drospirenona-e.estradiol-lm.fa</i>	3	
<i>drospirenona-etinilestradiol</i>	3	
<i>elinest</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	
<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	

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

Cursiva minúscula = Medicamento genérico

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 9.

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<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-etinilestradiol trifásico</i>	3	
<i>levora-28</i>	3	
<i>lojaimiess</i>	3	
<i>loryna (28)</i>	3	
<i>low-ogestrel (28)</i>	3	
<i>lo-zumandimine (28)</i>	3	
<i>lutra (28)</i>	3	
<i>marlissa (28)</i>	3	
<i>merzee</i>	3	
<i>mibelas 24 fe</i>	3	
<i>microgestin 1.5/30 (21)</i>	3	
<i>microgestin 1/20 (21)</i>	3	
<i>microgestin fe 1.5/30 (28)</i>	3	
<i>microgestin fe 1/20 (28)</i>	3	
<i>mili</i>	3	
<i>mono-linyah</i>	3	
<i>necon 0.5/35 (28)</i>	3	
<i>nikki (28)</i>	3	
<i>noret.-etinilestradiol/hierro</i>	3	
<i>noretisterona ac-etinilestradiol, comprimidos orales, 1-20 mg-mcg, 1.5-30 mg-mcg</i>	3	
<i>noretisterona-etinilestradiol-hierro</i>	3	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>norgestimato-etinilestradiol</i>	3	
<i>nortrel 0.5/35 (28)</i>	3	
<i>nortrel 1/35 (21)</i>	3	
<i>nortrel 1/35 (28)</i>	3	
<i>nortrel 7/7/7 (28)</i>	3	
<i>nylia 1/35 (28)</i>	3	
<i>nylia 7/7/7 (28)</i>	3	
<i>nymyo</i>	3	
<i>ocella</i>	3	
<i>philith</i>	3	
<i>pimtrea (28)</i>	3	
PIRMELLA, COMPRIMIDOS ORALES, 0.5/0.75/1 MG-35 MCG	3	
<i>pirmella, comprimidos orales, 1-35 mg-mcg</i>	3	
<i>portia 28</i>	3	
<i>reclipsen (28)</i>	3	
<i>rivelsa</i>	3	
<i>setlakin</i>	3	
<i>simliya (28)</i>	3	
<i>simpesse</i>	3	
<i>sprintec (28)</i>	3	
<i>sronyx</i>	3	
<i>syeda</i>	3	
<i>tarina 24 fe</i>	3	
<i>tarina fe 1/20 (28)</i>	3	
<i>tarina fe 1-20 eq (28)</i>	3	
TAYSOFY	3	
<i>tilia fe</i>	3	
<i>tri femynor</i>	3	
<i>tri-estarylla</i>	3	
<i>tri-legest fe</i>	3	
<i>tri-linyah</i>	3	
<i>tri-lo-estarylla</i>	3	
<i>tri-lo-marzia</i>	3	
<i>tri-lo-mili</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 9.

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>tri-lo-sprintec</i>	3	
<i>tri-mili</i>	3	
<i>tri-nymyo</i>	3	
<i>tri-sprintec (28)</i>	3	
<i>trivora (28)</i>	3	
<i>tri-vylibra</i>	3	
<i>tri-vylibra lo</i>	3	
<i>tyblume</i>	3	
<i>tydemy</i>	3	
<i>velivet, régimen trifásico (28)</i>	3	
<i>vestura (28)</i>	3	
<i>vienva</i>	3	
<i>violele (28)</i>	3	
<i>volnea (28)</i>	3	
<i>vyfemla (28)</i>	3	
<i>vylibra</i>	3	
<i>wera (28)</i>	3	
<i>wymzya fe</i>	3	
<i>zovia 1-35 (28)</i>	3	
<i>zumandimine (28)</i>	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	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<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	
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>azelastina 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

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

Cursiva minúscula = Medicamento genérico

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 9.

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
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	
MEDICAMENTOS ORALES PARA EL GLAUCOMA		
<i>acetazolamida</i>	3	
<i>acetazolamida sódica</i>	4	
<i>metazolamida</i>	4	
OTROS MEDICAMENTOS PARA EL GLAUCOMA		
<i>bimatoprost oftálmico (ojos)</i>	2	
<i>brinzolamida</i>	4	
COMBIGAN	3	
<i>dorzolamida</i>	2	
<i>dorzolamida-timolol</i>	2	
<i>latanoprost</i>	1	
LUMIGAN, GOTAS OFTÁLMICAS (OJOS), 0.01%	3	
RHOPRESSA	4	ST
ROCKLATAN	4	ST
SIMBRINZA	4	
<i>travoprost</i>	3	
COMBINACIONES DE ESTEROIDES-ANTIBIÓTICOS		
<i>neomicina-bacitracina-polimixina-hc</i>	3	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<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	
DIFLUPREDNATO	3	
DUREZOL	3	
EYSUVIS	3	QL (20/30)
<i>fluorometolona</i>	3	
INVELTYS	3	
LOTEMAX	4	
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	

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

Cursiva minúscula = Medicamento genérico

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 9.

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<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)
<i>sulfato de albuterol para inhalar, inhalador en aerosol de hfa, 90 mcg/activación</i>	4	QL (17/30)
ALBUTEROL SULFATE INHALATION, INHALADOR EN AEROSOL DE HFA, 90 MCG/ ACTIVACIÓN (NDA020503)	4	QL (13.4/30)
<i>sulfato de albuterol para inhalar, inhalador en aerosol de hfa, 90 mcg/activación (NDA020983)</i>	4	QL (36/30)
<i>sulfato de albuterol para inhalar, solución para nebulización</i>	2	B/D PA
<i>sulfato de albuterol, jarabe oral</i>	2	
<i>sulfato de albuterol, comprimidos orales</i>	4	
<i>sulfato de albuterol, comprimidos orales, liberación prolongada, 12 horas</i>	4	
<i>alyq</i>	4	PA; QL (60/30)

<i>ambrisentán</i>	5	PA; LA; QL (30/30); NDS
ANORO ELLIPTA	2	QL (60/30)
<i>arformoterol</i>	4	B/D PA
ARNUIITY ELLIPTA	3	QL (30/30)
ATROVENT HFA	4	QL (25.8/30)
<i>bosentán</i>	5	PA; LA; NDS
BREO ELLIPTA	3	QL (60/30)
BROVANA	4	B/D PA
<i>budesonida, suspensión para inhalación para nebulización, 0.25 mg/2 ml, 0.5 mg/2 ml</i>	4	B/D PA; QL (120/30)
<i>budesonida, suspensión para inhalación para nebulización, 1 mg/2 ml</i>	4	B/D PA; QL (60/30)
COMBIVENT RESPIMAT	3	QL (8/30)
<i>cromoglicato para inhalar</i>	2	B/D PA
DALIRESP	4	PA; QL (30/30)
ESBRIET, CÁPSULAS ORALES	5	PA; QL (270/30); NDS
ESBRIET, COMPRIMIDOS ORALES, 267 MG	5	PA; QL (270/30); NDS
ESBRIET, COMPRIMIDOS ORALES, 801 MG	5	PA; QL (90/30); NDS
FLOVENT DISKUS PARA INHALAR, BLÍSTER CON DISPOSITIVO, 100 MCG/ ACTIVACIÓN, 50 MCG/ ACTIVACIÓN	3	QL (60/30)
FLOVENT DISKUS PARA INHALAR, BLÍSTER CON DISPOSITIVO, 250 MCG/ ACTIVACIÓN	3	QL (240/30)
FLOVENT HFA INHALATION, INHALADOR EN AEROSOL DE HFA, 110 MCG/ ACTIVACIÓN	3	QL (12/30)
FLOVENT HFA INHALATION, INHALADOR EN AEROSOL DE HFA, 220 MCG/ ACTIVACIÓN	3	QL (24/30)

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

Cursiva minúscula = Medicamento genérico

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 9.

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
FLOVENT HFA INHALATION, INHALADOR EN AEROSOL DE HFA, 44 MCG/ ACTIVACIÓN	3	QL (10.6/30)
<i>flunisolida</i>	3	QL (50/30)
<i>propionato de fluticasona nasal</i>	2	QL (16/30)
<i>propionato de fluticasona-salmeterol para inhalación, blíster con dispositivo</i>	2	QL (60/30)
<i>fumarato de formoterol</i>	3	B/D PA; QL (120/30)
HAEGARDA	5	PA; LA; NDS
<i>icatibanto</i>	5	PA; QL (18/30); NDS
INCRUSE ELLIPTA	2	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
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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
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)
PULMOZYME	5	B/D PA; QL (150/30); NDS
<i>sajazir</i>	5	PA; QL (18/30); NDS
SEREVENT DISKUS	3	QL (60/30)
<i>sildenafil (hipertensión pulmonar), comprimidos orales</i>	3	PA; QL (90/30)
SYMDEKO	5	PA; QL (56/28); NDS
<i>tadalafil (hipertensión pulmonar)</i>	4	PA; QL (60/30)
TADLIQ	5	PA; QL (300/30); NDS
<i>terbutalina</i>	4	
THEO-24	4	
<i>teofilina, comprimidos orales, liberación prolongada, 12 horas, 300 mg, 450 mg</i>	3	
<i>teofilina, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas</i>	3	
TRELEGY ELLIPTA	3	QL (60/30)

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

Cursiva minúscula = Medicamento genérico

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 9.

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
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)
wixela inhub	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
XOPENEX	4	B/D PA
XOPENEX CONCENTRADO	4	B/D PA
YUPELRI	4	B/D PA; QL (90/30)
zafirlukast	3	QL (60/30)

UROLÓGICOS

ANTICOLINÉRGICOS/ANTIESPASMÓDICOS

darifenacina	4	
flavoxato	2	
GEMTESA	4	QL (30/30)
MYRBETRIQ, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA, 24 HORAS	3	
cloruro de oxibutinina, jarabe oral	2	
cloruro de oxibutinina, comprimidos orales	2	
cloruro de oxibutinina, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas	3	QL (60/30)
solifenacina	2	
tolterodina	4	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
TOVIAZ	3	QL (30/30)
ANTICOLINÉRGICOS/ANTIESPASMÓDICOS		
fesoterodina	3	QL (30/30)
TRATAMIENTO DE LA HIPERPLASIA PROSTÁTICA BENIGNA (HPB)		
alfuzosina	2	
dutasterida	2	
dutasterida-tamsulosina	4	
finasterida, comprimidos orales, 5 mg	2	QL (30/30)
tamsulosina	2	QL (60/30)

AGENTES UROLÓGICOS VARIOS

cloruro de betanecol	2	
CYSTAGON	4	LA
ELMIRON	4	
K-PHOS ORIGINAL	4	
citrato de potasio, comprimidos orales, liberación prolongada	4	
RENACIDIN	4	

VITAMINAS, HEMATÍNICOS/ELECTROLITOS

ELECTROLITOS

acetato de calcio (aglutinante de fosfato)	3	
klor-con	2	
KLOR-CON 10	3	
KLOR-CON 8	3	
klor-con m10	2	
klor-con m15	2	
klor-con m20	2	
solución de lactato sódico compuesta intravenosa	4	
sulfato de magnesio en d5w, infusión secundaria intravenosa, 1 gramo/100 ml	4	
sulfato de magnesio en agua	4	
sulfato de magnesio inyectable	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 9.

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
POTASSIUM CHLORIDE-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	
<i>cloruro de potasio en agua, infusión secundaria intravenosa, 10 meq/100 ml, 20 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	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<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
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

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

Cursiva minúscula = Medicamento genérico

Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 9.

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
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	
<i>fluoruro Ludent, comprimidos orales masticables, 1 mg (2.2 mg de fluoruro de sodio)</i>	1	
M-NATAL PLUS	3	
PNV-DHA	3	
PNV-OMEGA	3	
PNV-SELECT	3	
PR NATAL 400	3	
PR NATAL 400 EC	3	
PR NATAL 430	3	
PR NATAL 430 EC	3	
<i>prenatal plus (carbonato de calcio)</i>	3	
PRENATAL VITAMIN PLUS LOW IRON	3	
SE-NATAL 19, MASTICABLE	3	
SE-NATAL-19	3	
TARON-C DHA	3	
TRINATAL RX 1	3	
VIRT-NATE DHA	3	
VIRT-PN DHA	3	
<i>westab plus</i>	2	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<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 9.

Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
A			
ABACAVIR, COMPRIMIDOS ORALES	10	ACETÓNIDO DE TRIAMCINOLONA, POMADA TÓPICA	44
ABACAVIR-LAMIVUDINA	10	ACETÓNIDO DE TRIAMCINOLONA, SUSPENSIÓN INYECTABLE, 40 MG/ML	47
ABACAVIR, SOLUCIÓN ORAL	10	ACICLOVIR, CÁPSULAS ORALES	10
ABELCET	10	ACICLOVIR, COMPRIMIDOS ORALES	10
ABILIFY MAINTENA	31	ACICLOVIR, POMADA TÓPICA	43
ABIRATERONA, COMPRIMIDOS ORALES, 250 MG	17	ACICLOVIR SÓDICO, SOLUCIÓN INTRAVENOSA	10
ABIRATERONE, COMPRIMIDOS ORALES, 500 MG	17	ACICLOVIR, SUSPENSIÓN ORAL, 200 MG/5 ML	10
ABRAXANE	17	ÁCIDO ACÉTICO ÓTICO (OÍDO)	46
ACAMPROSATO	44	ÁCIDO AMINOCAPROICO ORAL	39
ACARBOSA, COMPRIMIDOS ORALES, 25 MG	47	ÁCIDO CARGLÚMICO	44
ACARBOSA, COMPRIMIDOS ORALES, 50 MG	47	ÁCIDO FENOFÍBRICO (COLINA)	40
ACARBOSA, COMPRIMIDOS ORALES, 100 MG	47	ÁCIDO TRANEXÁMICO ORAL	56
ACEBUTOLOL	37	ÁCIDO VALPROICO	26
ACETAMINOFENO-CODEÍNA, COMPRIMIDOS ORALES, 300-15 MG, 300-30 MG	29	ÁCIDO VALPROICO (COMO SAL SÓDICA)	26
ACETAMINOFENO-CODEÍNA, COMPRIMIDOS ORALES, 300-60 MG	29	ÁCIDO ZOLEDRÓNICO-MANITOL-AGUA, INFUSIÓN SECUNDARIA INTRAVENOSA, 4 MG/100 ML	51
ACETAMINOFENO-CODEÍNA, SOLUCIÓN ORAL	29	ÁCIDO ZOLEDRÓNICO-MANITOL-NACL AL 0.9%	51
ACETATO DE CALCIO (AGLUTINANTE DE FOSFATO) ..	63	ÁCIDO ZOLEDRÓNICO, SOLUCIÓN INTRAVENOSA ..	51
ACETATO DE METILPREDNISOLONA	46	ACITRETINA	41
ACETATO DE NORETISTERONA	56	ACTHIB (PF)	54
ACETATO DE NORETISTERONA-ETINILESTRADIOL, COMPRIMIDOS ORALES, 0.5-2.5 MG-MCG	56	ACTIMMUNE	53
ACETATO DE OCTREOTIDA, JERINGA INYECTABLE ..	22	ADACEL (TDAP ADOLESC./ADULTOS) (PF)	54
ACETATO DE OCTREOTIDA, SOLUCIÓN INYECTABLE, 1,000 MCG/ML, 100 MCG/ML, 200 MCG/ML, 50 MCG/ML	22	ADCETRIS	17
ACETATO DE OCTREOTIDA, SOLUCIÓN INYECTABLE, 500 MCG/ML	22	ADEFOVIR	10
ACETATO DE PREDNISOLONA	60	ADEMPAS	61
ACETAZOLAMIDA	60	ADLARITY	28
ACETAZOLAMIDA SÓDICA	60	ADVAIR HFA	61
ACETILCISTEÍNA	61	AFINITOR, COMPRIMIDOS ORALES, 10 MG	17
ACETÓNIDO DE FLUOCINOLONA, ACEITE	46	AFINITOR DISPERZ, COMPRIMIDOS ORALES PARA SUSPENSIÓN, 2 MG	17
ACETÓNIDO DE TRIAMCINOLONA, CREMA TÓPICA, 0.1%	44	AFINITOR DISPERZ, COMPRIMIDOS ORALES PARA SUSPENSIÓN, 3 MG, 5 MG	17
ACETÓNIDO DE TRIAMCINOLONA, CREMA TÓPICA, 0.025%, 0.5%	44	AFIRMELLE	56
ACETÓNIDO DE TRIAMCINOLONA, LOCIÓN TÓPICA ..	44	AGUA PARA IRRIGACIÓN, ESTÉRIL	45
ACETÓNIDO DE TRIAMCINOLONA, PASTA DENTAL ..	46	AGUJA PARA LAPICERA, AGUJA PARA DIABETES, CALIBRE 29 X 1/2"	49
		AIMOVIG, AUTOINYECTOR	27
		AJOVY, AUTOINYECTOR	27
		AJOVY, JERINGA	27

Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
AK-POLY-BAC	59	AMIKACINA, SOLUCIÓN INYECTABLE, 1,000 MG/4 ML, 500 MG/2 ML	14
ALA-CORT, CREMA TÓPICA, 1%	43	AMILORIDA	37
ALBENDAZOL	14	AMILORIDA-HIDROCLOROTIAZIDA	37
ALBUTEROL SULFATE INHALATION, INHALADOR EN AEROSOL DE HFA, 90 MCG/ACTIVACIÓN (NDA020503)	61	AMINOSYN II 15%	64
ALCLOMETASONA	43	AMINOSYN-PF 7% (SIN SULFITOS)	64
ALDURAZYME	50	AMIODARONA ORAL	36
ALECENSA	17	AMIODARONA, SOLUCIÓN INTRAVENOSA	36
ALENDRONATO, COMPRIMIDOS ORALES, 10 MG, 5 MG	55	AMITRIPTILINA	31
ALENDRONATO, COMPRIMIDOS ORALES, 35 MG, 70 MG	55	AMLODIPINA	37
ALFUZOSINA	63	AMLODIPINA-ATORVASTATINA	37
ALIMTA	17	AMLODIPINA-BENAZEPRIL	37
ALIQOPA	17	AMLODIPINA-OLMESARTÁN	37
ALISKIRENO	37	AMLODIPINA-VALSARTÁN	37
ALOPURINOL, COMPRIMIDOS ORALES, 100 MG, 300 MG	55	AMLODIPINA-VALSARTÁN-HIDROCLOROTIAZIDA	37
ALOSETRÓN, COMPRIMIDOS ORALES, 0.5 MG	52	AMNESTEEM	42
ALOSETRÓN, COMPRIMIDOS ORALES, 1 MG	52	AMOXAPINA	31
ALPHAGAN P, GOTAS OFTÁLMICAS (OJOS), 0.1%	60	AMOXICILINA, CÁPSULAS ORALES	16
ALPRAZOLAM, COMPRIMIDOS DE DESINTEGRACIÓN ORAL, 0.25 MG, 0.5 MG, 1 MG	31	AMOXICILINA-CLAVULANATO DE POT., COMPRIMIDOS ORALES	16
ALPRAZOLAM, COMPRIMIDOS DE DESINTEGRACIÓN ORAL, 2 MG	31	AMOXICILINA-CLAVULANATO DE POT., COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA, 12 HORAS	16
ALPRAZOLAM, COMPRIMIDOS ORALES, 0.25 MG, 0.5 MG, 1 MG	31	AMOXICILINA-CLAVULANATO DE POT., COMPRIMIDOS ORALES MASTICABLES	16
ALPRAZOLAM, COMPRIMIDOS ORALES, 2 MG	31	AMOXICILINA-CLAVULANATO DE POT., SUSPENSIÓN ORAL PARA RECONSTITUCIÓN	16
ALTAVERA (28)	56	AMOXICILINA, COMPRIMIDOS ORALES	16
ALUNBRIG, COMPRIMIDOS ORALES, 30 MG	17	AMOXICILINA, COMPRIMIDOS ORALES MASTICABLES, 125 MG, 250 MG	16
ALUNBRIG, COMPRIMIDOS ORALES, 180 MG, 90 MG	17	AMOXICILINA, SUSPENSIÓN ORAL PARA RECONSTITUCIÓN	16
ALUNBRIG, COMPRIMIDOS ORALES, PAQUETE DOSIFICADO	18	AMPICILINA, CÁPSULAS ORALES, 500 MG	16
ALYACEN 1/35 (28)	57	AMPICILINA SÓDICA	16
ALYACEN 7/7/7 (28)	57	AMPICILINA-SULBACTAM	16
ALYQ	61	ANAGRELIDA	44
AMBISOME	10	ANASTROZOL	18
AMBRISENTÁN	61	ANFOTERICINA B	10
AMETHIA	57	ANFOTERICINA B LIPOSOMAL	10
AMETHYST (28)	57	ANORO ELLIPTA	61
		APRACLONIDINA	60
		APREPITANT	52

Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
APRETUDE.....	10	ASSURE ID, JERINGA DE SEGURIDAD PARA INSULINA, 1 ML, CALIBRE 29 X 1/2".....	47
APRI.....	57	ATAZANAVIR, CÁPSULAS ORALES, 150 MG, 300 MG... 10	
APTOM, COMPRIMIDOS ORALES, 200 MG.....	25	ATAZANAVIR, CÁPSULAS ORALES, 200 MG.....	10
APTOM, COMPRIMIDOS ORALES, 400 MG.....	25	ATENOLOL.....	37
APTOM, COMPRIMIDOS ORALES, 600 MG, 800 MG... 25		ATENOLOL-CLORTALIDONA.....	37
APTIVUS.....	10	ATGAM.....	54
ARALAST NP, SOL. PARA RECONST. INTRAVENOSA, 1,000 MG.....	44	ATOMOXETINA, CÁPSULAS ORALES, 10 MG, 18 MG, 25 MG, 40 MG.....	31
ARALAST NP, SOL. PARA RECONST. INTRAVENOSA, 500 MG.....	44	ATOMOXETINA, CÁPSULAS ORALES, 100 MG, 60 MG, 80 MG.....	31
ARANELLE (28).....	57	ATORVASTATINA.....	40
ARCALYST.....	53	ATOVACUONA.....	14
ARFORMOTEROL.....	61	ATOVACUONA-PROGUANIL.....	14
ARIKAYCE.....	14	ATROPINA, GOTAS OFTÁLMICAS (OJOS).....	59
ARIPIRAZOL, COMPRIMIDOS DE DESINTEGRACIÓN ORAL.....	31	ATROPINA, JERINGA INYECTABLE, 0.05 MG/ML, 0.1 MG/ML.....	51
ARIPIRAZOL, COMPRIMIDOS ORALES, 10 MG, 15 MG, 2 MG, 5 MG.....	31	ATROPINA, SOLUCIÓN INYECTABLE, 0.4 MG/ML.....	51
ARIPIRAZOL, COMPRIMIDOS ORALES, 20 MG, 30 MG.....	31	ATROVENT HFA.....	61
ARIPIRAZOL, SOLUCIÓN ORAL.....	31	AUBRA.....	57
ARISTADA INITIO.....	31	AUBRA EQ.....	57
ARISTADA, SUSPENSIÓN INTRAMUSCULAR, LIBERACIÓN PROLONGADA, JERINGA, 1,064 MG/3.9 ML.....	31	AUGMENTIN, SUSPENSIÓN ORAL PARA RECONSTITUCIÓN, 125-31.25 MG/5 ML.....	16
ARISTADA, SUSPENSIÓN INTRAMUSCULAR, LIBERACIÓN PROLONGADA, JERINGA, 441 MG/1.6 ML.....	31	AUROVELA 1.5/30 (21).....	57
ARISTADA, SUSPENSIÓN INTRAMUSCULAR, LIBERACIÓN PROLONGADA, JERINGA, 662 MG/2.4 ML.....	31	AUROVELA 1/20 (21).....	57
ARISTADA, SUSPENSIÓN INTRAMUSCULAR, LIBERACIÓN PROLONGADA, JERINGA, 882 MG/3.2 ML.....	31	AUROVELA 24 FE.....	57
ARMODAFINIL.....	31	AUROVELA FE 1.5/30 (28).....	57
ARNUIITY ELLIPTA.....	61	AUROVELA FE 1-20 (28).....	57
ARRANON.....	18	AUSTEDO, COMPRIMIDOS ORALES, 6 MG.....	28
ARZERRA.....	18	AUSTEDO, COMPRIMIDOS ORALES, 12 MG, 9 MG.....	28
ASENAPINE MALEATE, COMPRIMIDOS SUBLINGUALES, 2.5 MG.....	31	AVIANE.....	57
ASHLYNA.....	57	AVITA.....	42
ASPIRINA-DIPIRIDAMOL.....	39	AVONEX, KIT DE JERINGA INTRAMUSCULAR.....	53
		AVONEX, KIT DE LAPICERA PARA INYECCIÓN INTRAMUSCULAR.....	53
		AYUNA.....	57
		AYVAKIT.....	18
		AZACITIDINA.....	18
		AZASAN.....	18
		AZASITE.....	59
		AZATIOPRINA, COMPRIMIDOS ORALES, 50 MG.....	18

Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
AZATIOPRINA, COMPRIMIDOS ORALES, 100 MG, 75 MG	18	BENLYSTA	55
AZATIOPRINA SÓDICA	18	BENZATROPINA INYECTABLE	27
AZELASTINA NASAL	46	BENZATROPINA ORAL	27
AZELASTINA OFTÁLMICA (OJOS)	59	BESIVANCE	59
AZITROMICINA, COMPRIMIDOS ORALES	13	BESPONSA	18
AZITROMICINA INTRAVENOSA	13	BESREMI	53
AZITROMICINA, PAQUETE ORAL	13	BETAÍNA	44
AZITROMICINA, SUSPENSIÓN ORAL PARA RECONSTITUCIÓN	13	BETAMETASONA, AUMENTADA	43
AZTREONAM, SOL. PARA RECONST. INYECT., 1 GRAMO	14	BETASERON, KIT PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA	53
AZTREONAM, SOL. PARA RECONST. INYECT., 2 GRAMOS	14	BETAXOLOL ORAL	37
AZURETTE (28)	57	BEXAROTENO	18
B		BEXSERO	54
BACITRACINA INTRAMUSCULAR	14	BICALUTAMIDA	18
BACITRACINA OFTÁLMICA (OJOS)	59	BICARBONATO DE SODIO, JERINGA INTRAVENOSA	64
BACITRACINA-POLIMIXINA B	59	BICILLIN L-A	16
BACLOFENO, COMPRIMIDOS ORALES, 10 MG, 5 MG	28	BIDIL	37
BACLOFENO, COMPRIMIDOS ORALES, 20 MG	28	BIKTARVY	10
BAL-CARE DHA	65	BIMATOPROST OFTÁLMICO (OJOS)	60
BALSALAZIDA	52	BINOSTO	55
BALVERSA	18	BISOPROLOL-HIDROCLOROTIAZIDA	37
BALZIVA (28)	57	BLNREP	18
BANZEL, SUSPENSIÓN ORAL	25	BLEOMICINA	18
BAQSIMI	47	BLINCYTO, KIT INTRAVENOSO	18
BARACLUDE, SOLUCIÓN ORAL	10	BLISOVI 24 FE	57
BAVENCIO	18	BLISOVI FE 1.5/30 (28)	57
BCG (PF), VACUNA CON VIRUS VIVOS	54	BLISOVI FE 1/20 (28)	57
BD SAFETYGLIDE, JERINGA PARA INSULINA, 1 ML, CALIBRE 31 X 15/64"	47	BOOSTRIX TDAP	54
BD ULTRA-FINE NANO, AGUJA PARA LAPICERA	47	BORTEZOMIB, INYECTABLE	18
BD ULTRA-FINE SHORT, AGUJA PARA LAPICERA	47	BORTEZOMIB, SOL. PARA RECONST. INTRAVENOSA	18
BELEODAQ	18	BOSENTÁN	61
BELSOMRA	31	BOSULIF, COMPRIMIDOS ORALES, 100 MG	18
BENZAEPRIIL	37	BOSULIF, COMPRIMIDOS ORALES, 400 MG, 500 MG	18
BENZAEPRIIL-HIDROCLOROTIAZIDA	37	BOTOX	54
BENDEKA	18	BRAFTOVI, CÁPSULAS ORALES, 75 MG	18
		BREO ELLIPTA	61
		BRIELLYN	57
		BRILINTA	39
		BRIMONIDINA, GOTAS OFTÁLMICAS (OJOS), 0.2%	60
		BRIMONIDINA, GOTAS OFTÁLMICAS (OJOS), 0.15%	60

Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
BRINZOLAMIDA	60	BUTIRATO DE HIDROCORTISONA, CREMA TÓPICA ...	44
BRIVIACT, COMPRIMIDOS ORALES.....	25	BUTIRATO DE HIDROCORTISONA-EMOLIENTE.....	44
BRIVIACT INTRAVENOSO	25	BUTIRATO DE HIDROCORTISONA, POMADA TÓPICA.....	44
BRIVIACT, SOLUCIÓN ORAL.....	25	BUTIRATO DE HIDROCORTISONA, SOLUCIÓN TÓPICA.....	44
BROMFENACO	60	BUTORFANOL NASAL	30
BROMOCRIPTINA	27	BYDUREON BCISE	47
BROMURO DE IPRATROPIO NASAL	46		
BROMURO DE IPRATROPIO PARA INHALAR.....	62	C	
BROMURO DE PIRIDOSTIGMINA, COMPRIMIDOS ORALES, 60 MG	29	CABENUVA.....	10
BROMURO DE PIRIDOSTIGMINA, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA.....	29	CABERGOLINA.....	50
BROMURO DE PIRIDOSTIGMINA, JARABE ORAL	28	CABOMETYX	18
BROVANA	61	CALCIPOTRIENO, CREMA TÓPICA	41
BRUKINSA	18	CALCIPOTRIENO, CUERO CABELLUDO	41
BUDESONIDA, CÁPSULAS ORALES, LIBERACIÓN RETARDADA Y PROLONGADA.....	52	CALCIPOTRIENO, POMADA TÓPICA.....	41
BUDESONIDA, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN RETARDADA Y PROLONGADA	52	CALCITONINA (SALMÓN), INYECCIÓN	50
BUDESONIDA, SUSPENSIÓN PARA INHALACIÓN PARA NEBULIZACIÓN, 0.25 MG/2 ML, 0.5 MG/2 ML.....	61	CALCITONINA (SALMÓN), NASAL.....	50
BUDESONIDA, SUSPENSIÓN PARA INHALACIÓN PARA NEBULIZACIÓN, 1 MG/2 ML.....	61	CALCITRIOL, CÁPSULAS ORALES.....	50
BUMETANIDA INYECTABLE.....	37	CALCITRIOL, SOLUCIÓN INTRAVENOSA, 1 MCG/ML.....	50
BUMETANIDA ORAL	37	CALCITRIOL, SOLUCIÓN ORAL.....	50
BUPRENORFINA-NALOXONA, COMPRIMIDOS SUBLINGUALES, 2-0.5 MG.....	30	CALCITRIOL TÓPICO	41
BUPRENORFINA-NALOXONA, COMPRIMIDOS SUBLINGUALES, 8-2 MG.....	30	CALQUENCE	18
BUPRENORFINA-NALOXONA, PELÍCULA SUBLINGUAL, 2-0.5 MG.....	30	CALQUENCE (ACALABRUTINIB MAL).....	18
BUPRENORFINA-NALOXONA, PELÍCULA SUBLINGUAL, 4-1 MG, 8-2 MG	30	CAMILA	56
BUPRENORFINA-NALOXONA, PELÍCULA SUBLINGUAL, 12-3 MG	30	CAMRESE.....	57
BUPRENORFINA, PARCHE TRANSDÉRMICO SEMANAL, 7.5 MCG/HORA.....	29	CAMRESE LO	57
BUPRENORPHINE, PARCHE TRANSDÉRMICO SEMANAL, 10 MCG/HORA, 15 MCG/HORA, 20 MCG/HORA, 5 MCG/HORA.....	29	CANDESARTÁN, COMPRIMIDOS ORALES, 16 MG, 4 MG, 8 MG	37
BUSPIRONA.....	32	CANDESARTÁN, COMPRIMIDOS ORALES, 32 MG	37
BUSULFAN	18	CANDESARTÁN-HIDROCLOROTIAZIDA.....	37
		CAPASTAT.....	14
		CAPLYTA	32
		CAPRELSA, COMPRIMIDOS ORALES, 100 MG	18
		CAPRELSA, COMPRIMIDOS ORALES, 300 MG	18
		CAPROATO DE HIDROXIPROGESTERONA	56
		CAPTOPRIL	37
		CARBAGLU.....	44
		CARBAMAZEPINA	25
		CARBIDOPA.....	27

Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
CARBIDOPA-LEVODOPA, COMPRIMIDOS DE DESINTEGRACIÓN ORAL.....	27	CEFEPIMA INYECTABLE.....	13
CARBIDOPA-LEVODOPA, COMPRIMIDOS ORALES	27	CEFIXIMA	13
CARBIDOPA-LEVODOPA, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA.....	27	CEFLACLOR, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA, 12 HORAS.....	13
CARBIDOPA-LEVODOPA-ENTACAPONA	27	CEFOTETAN EN DEXTROSA, ISO-OSM.	13
CARBONATO DE LITIO	34	CEFOTETAN INYECTABLE.....	13
CARBOPLATINO, SOLUCIÓN INTRAVENOSA	18	CEFOXITINA.....	13
CARMUSTINA, SOL. PARA RECONST. INTRAVENOSA, 100 MG	18	CEFOXITINA EN DEXTROSA, ISO-OSM.	13
CAROSPIR	37	CEFPODOXIMA.....	13
CARTEOLOL	59	CEFPROZILO	13
CARTIA XT	37	CEFTAZIDIMA	13
CARVEDILOL.....	37	CEFTAZIDIMA EN D5W	13
CASPOFUNGINA, SOL. PARA RECONST. INTRAVENOSA, 50 MG.....	10	CEFTRIAXONA	13
CASPOFUNGINA, SOL. PARA RECONST. INTRAVENOSA, 70 MG.....	10	CEFTRIAXONA EN DEXTROSA, ISO-OSM.	13
CAYSTON	14	CEFUROXIMA AXETILO, COMPRIMIDOS ORALES	13
CEFACLOR, CÁPSULAS ORALES.....	13	CEFUROXIMA SÓDICA INTRAVENOSA.....	13
CEFACLOR, SUSPENSIÓN ORAL PARA RECONSTITUCIÓN, 125 MG/5 ML, 250 MG/5 ML, 375 MG/5 ML	13	CEFUROXIMA SÓDICA, SOL. PARA RECONST. INYECT., 750 MG	13
CEFADROXILO, CÁPSULAS ORALES	13	CELECOXIB	30
CEFADROXILO, COMPRIMIDOS ORALES.....	13	CELONTIN, CÁPSULAS ORALES, 300 MG.....	25
CEFADROXILO, SUSPENSIÓN ORAL PARA RECONSTITUCIÓN, 250 MG/5 ML, 500 MG/5 ML.....	13	CEREZYME, SOL. PARA RECONST. INTRAVENOSA, 400 UNIDADES.....	50
CEFALEXINA, CÁPSULAS ORALES, 250 MG, 500 MG ..	13	CHANTIX, COMPRIMIDOS ORALES, 1 MG	45
CEFALEXINA, SUSPENSIÓN ORAL PARA RECONSTITUCIÓN	13	CHANTIX, PAQUETE MENSUAL DE CONTINUACIÓN...	45
CEFAZOLINA EN DEXTROSA (ISO-OSM.), INFUSIÓN SECUNDARIA INTRAVENOSA, 1 GRAMO/50 ML, 2 GRAMOS/100 ML, 2 GRAMOS/50 ML	13	CHANTIX, PAQUETE MENSUAL INICIAL.....	45
CEFAZOLINA INTRAVENOSA	13	CHARLOTTE 24 FE	57
CEFAZOLINA, SOL. PARA RECONST. INYECT., 1 GRAMO, 10 GRAMOS, 100 GRAMOS, 2 GRAMOS, 300 GRAMOS, 500 MG	13	CHATEAL (28)	57
CEFDINIR, CÁPSULAS ORALES	13	CHATEAL EQ (28).....	57
CEFDINIR, SUSPENSIÓN ORAL PARA RECONSTITUCIÓN	13	CHEMET	44
CEFEPIMA EN DEXTROSA AL 5%.....	13	CHORIONIC GONADOTROPIN, HUMANA INTRAMUSCULAR.....	50
CEFEPIMA EN DEXTROSA, ISO-OSM.	13	CICLOBENZAPRINA, COMPRIMIDOS ORALES, 10 MG, 5 MG.....	28
CEFEPIMA INTRAVENOSA.....	13	CICLODAN, SOLUCIÓN TÓPICA	43
		CICLOFOSFAMIDA INTRAVENOSA.....	18
		CICLOFOSFAMIDA ORAL	18
		CICLOPIROX, CHAMPÚ TÓPICO.....	43
		CICLOPIROX, CREMA TÓPICA.....	43
		CICLOPIROX, SOLUCIÓN TÓPICA	43
		CICLOPIROX, SUSPENSIÓN TÓPICA	43
		CICLOSERINA.....	14

Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
CICLOSPORINA, CÁPSULAS ORALES	18	CLINDACIN P	42
CICLOSPORINA INTRAVENOSA	18	CLINDAMICINA EN CLORURO DE SODIO AL 0.9%	14
CICLOSPORINA MODIFICADA	18	CLINDAMICINA EN DEXTROSA AL 5%	14
CILOSTAZOL	39	CLINDAMICINA PEDIÁTRICA	14
CILOXAN, POMADA OFTÁLMICA (OJOS)	59	CLINDAMYCIN PHOSPHATE, GEL TÓPICO, UNA VEZ AL DÍA	42
CIMDUO	10	CLINIMIX, 4.25%/D5W, SIN SULFITOS	44
CINACALCET, COMPRIMIDOS ORALES, 30 MG, 60 MG	50	CLINIMIX 4.25%/D10W, SIN SULFITOS	64
CINACALCET, COMPRIMIDOS ORALES, 90 MG	50	CLINIMIX 5%/D15W, SIN SULFITOS	64
CIPIONATO DE TESTOSTERONA, ACEITE INTRAMUSCULAR, 100 MG/ML, 200 MG/ML (1 ML)	51	CLINIMIX 5%-D20W (SIN SULFITOS)	64
CIPROFLOXACINA-DEXAMETASONA	46	CLINIMIX 6%-D5W (SIN SULFITOS)	64
CIPROFLOXACINA EN DEXTROSA AL 5%	16	CLINIMIX 8%-D10W (SIN SULFITOS)	64
CIPRO HC	46	CLINIMIX 8%-D14W (SIN SULFITOS)	64
CIPRO, RECONST. DE MICROCÁPSULAS PARA SUSPENSIÓN ORAL	16	CLINIMIX E 4.25%/D10W, SIN SULFITOS	64
CISPLATINO, SOLUCIÓN INTRAVENOSA	18	CLINISOL SF 15%	64
CITALOPRAM, COMPRIMIDOS ORALES, 10 MG, 20 MG	32	CLOBAZAM, COMPRIMIDOS ORALES, 10 MG	25
CITALOPRAM, COMPRIMIDOS ORALES, 40 MG	32	CLOBAZAM, COMPRIMIDOS ORALES, 20 MG	25
CITALOPRAM, SOLUCIÓN ORAL	32	CLOBAZAM, SUSPENSIÓN ORAL	25
CITARABINA	18	CLOBETASOL, CHAMPÚ TÓPICO	43
CITARABINA (PF)	18	CLOBETASOL, CREMA TÓPICA	43
CITRATO DE FENTANILO, PASTILLA BUCAL CON APLICADOR, 1,200 MCG, 1,600 MCG, 400 MCG, 600 MCG, 800 MCG	29	CLOBETASOL, CUERO CABELLUDO	43
CITRATO DE FENTANILO, PASTILLA BUCAL CON APLICADOR, 200 MCG	29	CLOBETASOL-EMOLIENTE, CREMA TÓPICA	43
CITRATO DE FENTANILO (PF), JERINGA INTRAVENOSA, 100 MCG/2 ML (50 MCG/ML)	29	CLOBETASOL-EMOLIENTE, ESPUMA TÓPICA	43
CITRATO DE FENTANILO (PF), SOLUCIÓN INYECTABLE	29	CLOBETASOL, ESPUMA TÓPICA	43
CITRATO DE POTASIO, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA	63	CLOBETASOL, GEL TÓPICO	43
CLADTRIBINA	18	CLOBETASOL, POMADA TÓPICA	43
CLARAVIS	42	CLOCORTOLONE PIVALATE	43
CLARITROMICINA, COMPRIMIDOS ORALES	13	CLODAN	43
CLARITROMICINA, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA, 24 HORAS	13	CLOFARABINA	18
CLARITROMICINA, SUSPENSIÓN ORAL PARA RECONSTITUCIÓN	13	CLOMIPRAMINA	32
CLINDACIN ETZ, PAÑO TÓPICO	42	CLONAZEPAM, COMPRIMIDOS DE DESINTEGRACIÓN ORAL, 0.5 MG, 1 MG	25
		CLONAZEPAM, COMPRIMIDOS DE DESINTEGRACIÓN ORAL, 0.125 MG, 0.25 MG	25
		CLONAZEPAM, COMPRIMIDOS DE DESINTEGRACIÓN ORAL, 2 MG	25
		CLONAZEPAM, COMPRIMIDOS ORALES, 0.5 MG, 1 MG	25
		CLONAZEPAM, COMPRIMIDOS ORALES, 2 MG	25
		CLONIDINA	37
		CLOPIDOGREL, COMPRIMIDOS ORALES, 75 MG	39

Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
CLOPIDOGREL, COMPRIMIDOS ORALES, 300 MG.....	39	CLORHIDRATO DE DILTIAZEM, CÁPSULAS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA, 24 HORAS, 120 MG, 180 MG, 240 MG, 300 MG	37
CLORAZEPATO DIPOTÁSICO, COMPRIMIDOS ORALES, 3.75 MG	32	CLORHIDRATO DE DILTIAZEM, CÁPSULAS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA, 24 HORAS, 120 MG, 180 MG, 240 MG, 300 MG, 420 MG	37
CLORAZEPATO DIPOTÁSICO, COMPRIMIDOS ORALES, 7.5 MG	32	CLORHIDRATO DE DILTIAZEM, CÁPSULAS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA, 24 HORAS, DEGRADABLE	37
CLORAZEPATO DIPOTÁSICO, COMPRIMIDOS ORALES, 15 MG	32	CLORHIDRATO DE DILTIAZEM, COMPRIMIDOS ORALES	37
CLORHIDRATO DE AMANTADINA	10	CLORHIDRATO DE DILTIAZEM, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA, 24 HORAS	37
CLORHIDRATO DE BUPRENORFINA INYECTABLE	29	CLORHIDRATO DE DILTIAZEM INTRAVENOSO	37
CLORHIDRATO DE BUPRENORFINA SUBLINGUAL	29	CLORHIDRATO DE FLUFENAZINA, COMPRIMIDOS ORALES	33
CLORHIDRATO DE BUPROPIÓN (AGENTE PARA DEJAR DE FUMAR)	45	CLORHIDRATO DE FLUFENAZINA, CONCENTRADO ORAL	33
CLORHIDRATO DE BUPROPIÓN, COMPRIMIDOS ORALES, 75 MG	31	CLORHIDRATO DE FLUFENAZINA, ELIXIR ORAL	33
CLORHIDRATO DE BUPROPIÓN, COMPRIMIDOS ORALES, 100 MG	31	CLORHIDRATO DE FLUFENAZINA INYECTABLE	33
CLORHIDRATO DE BUPROPIÓN, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA, 24 HORAS, 150 MG	31	CLORHIDRATO DE GRANISETRÓN INTRAVENOSO	52
CLORHIDRATO DE BUPROPIÓN, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA, 24 HORAS, 300 MG	31	CLORHIDRATO DE GRANISETRÓN ORAL	52
CLORHIDRATO DE BUPROPIÓN, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN SOSTENIDA, 12 HORAS, 100 MG	32	CLORHIDRATO DE HIDROXIZINA, COMPRIMIDOS ORALES	61
CLORHIDRATO DE BUPROPIÓN, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN SOSTENIDA, 12 HORAS, 150 MG, 200 MG	32	CLORHIDRATO DE IMIPRAMINA	33
CLORHIDRATO DE CIPROFLOXACINA, COMPRIMIDOS ORALES, 100 MG	16	CLORHIDRATO DE LEVALBUTEROL	62
CLORHIDRATO DE CIPROFLOXACINA, COMPRIMIDOS ORALES, 250 MG, 500 MG, 750 MG	16	CLORHIDRATO DE LIDOCAÍNA, GEL PARA MEMBRANA MUCOSA	42
CLORHIDRATO DE CIPROFLOXACINA OFTÁLMICO (OJOS)	59	CLORHIDRATO DE LIDOCAÍNA, GEL PARA MEMBRANA MUCOSA EN APLICADOR	42
CLORHIDRATO DE CLINDAMICINA	14	CLORHIDRATO DE LIDOCAÍNA, LARINGOTRAQUEAL	42
CLORHIDRATO DE CLONIDINA, COMPRIMIDOS ORALES, 0.1 MG, 0.2 MG	37	CLORHIDRATO DE LIDOCAÍNA, SOLUCIÓN INYECTABLE	42
CLORHIDRATO DE CLONIDINA, COMPRIMIDOS ORALES, 0.3 MG	37	CLORHIDRATO DE LIDOCAÍNA, SOLUCIÓN PARA MEMBRANA MUCOSA, 2%	42
CLORHIDRATO DE DIFENHIDRAMINA, SOLUCIÓN INYECTABLE, 50 MG/ML	60	CLORHIDRATO DE LIDOCAÍNA, SOLUCIÓN PARA MEMBRANA MUCOSA, 4% (40 MG/ML)	42
CLORHIDRATO DE DILTIAZEM, CÁPSULAS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA, 12 HORAS	37	CLORHIDRATO DE MELFALÁN	21
		CLORHIDRATO DE METILFENIDATO, COMPRIMIDOS ORALES	34
		CLORHIDRATO DE METILFENIDATO, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA	34

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)	34	CLORURO DE OXIBUTININA, COMPRIMIDOS ORALES	63
CLORHIDRATO DE METOCLOPRAMIDA, COMPRIMIDOS ORALES	52	CLORURO DE OXIBUTININA, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA, 24 HORAS	63
CLORHIDRATO DE METOCLOPRAMIDA, SOLUCIÓN ORAL	52	CLORURO DE OXIBUTININA, JARABE ORAL	63
CLORHIDRATO DE ONDANSETRÓN, COMPRIMIDOS ORALES, 4 MG, 8 MG	52	CLORURO DE POTASIO, CÁPSULAS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA	64
CLORHIDRATO DE ONDANSETRÓN INTRAVENOSO	52	CLORURO DE POTASIO, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA	64
CLORHIDRATO DE ONDANSETRÓN (PF)	52	CLORURO DE POTASIO, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA, PARTÍCULAS/CRISTALES	64
CLORHIDRATO DE ONDANSETRÓN, SOLUCIÓN ORAL	52	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	64
CLORHIDRATO DE PAROXETINA, COMPRIMIDOS ORALES, 10 MG	35	CLORURO DE POTASIO EN D5-NACL AL 0.45%, SOLUCIÓN PARENTERAL INTRAVENOSA, 30 MEQ/L	64
CLORHIDRATO DE PAROXETINA, COMPRIMIDOS ORALES, 20 MG, 40 MG	35	CLORURO DE POTASIO EN DEXT. AL 5%, SOLUCIÓN PARENTERAL INTRAVENOSA, 20 MEQ/L	64
CLORHIDRATO DE PAROXETINA, COMPRIMIDOS ORALES, 30 MG	35	CLORURO DE POTASIO EN LR-D5, SOLUCIÓN PARENTERAL INTRAVENOSA, 20 MEQ/L	64
CLORHIDRATO DE PAROXETINA, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA, 24 HORAS	35	CLORURO DE POTASIO EN NACL AL 0.9%, SOLUCIÓN PARENTERAL INTRAVENOSA, 20 MEQ/L, 40 MEQ/L	64
CLORHIDRATO DE PAROXETINA, SUSPENSIÓN ORAL, 10 MG/5 ML	35	CLORURO DE POTASIO INTRAVENOSO	64
CLORHIDRATO DE PILOCARPINA, GOTAS OFTÁLMICAS (OJOS), 1%, 2%, 4%	60	CLORURO DE POTASIO, LÍQUIDO ORAL	64
CLORHIDRATO DE PILOCARPINA ORAL	45	CLORURO DE POTASIO-NACL AL 0.45%	64
CLORHIDRATO DE SELEGILINA	27	CLORURO DE POTASIO, PAQUETE ORAL	64
CLORHIDRATO DE TERBINAFINA ORAL	10	CLORURO DE SODIO AL 0.9% INTRAVENOSO	45
CLORHIDRATO DE ZIPRASIDONA, CÁPSULAS ORALES, 20 MG	36	CLORURO DE SODIO AL 0.45%, SOLUCIÓN PARENTERAL INTRAVENOSA	64
CLORHIDRATO DE ZIPRASIDONA, CÁPSULAS ORALES, 40 MG	36	CLORURO DE SODIO HIPERTÓNICO AL 3%	64
CLORHIDRATO DE ZIPRASIDONA, CÁPSULAS ORALES, 60 MG, 80 MG	36	CLORURO DE SODIO HIPERTÓNICO AL 5%	64
CLORHIRATO DE PALMITATO DE CLINDAMICINA	14	CLORURO DE SODIO INTRAVENOSO	64
CLOROTIAZIDA SÓDICA	37	CLORURO DE SODIO PARA IRRIGACIÓN	45
CLORPROMAZINA INYECTABLE	32	CLOTRIMAZOL-BETAMETASONA, CREMA TÓPICA	43
CLORPROMAZINA ORAL	32	CLOTRIMAZOL-BETAMETASONA, LOCIÓN TÓPICA	43
CLORTALIDONA, COMPRIMIDOS ORALES, 25 MG, 50 MG	37	CLOTRIMAZOL, CREMA TÓPICA	43
CLORURO DE BETANECOL	63	CLOTRIMAZOL, MEMBRANA MUCOSA	10
		CLOTRIMAZOL, SOLUCIÓN TÓPICA	43
		CLOZAPINA, COMPRIMIDOS DE DESINTEGRACIÓN ORAL	32

Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
CLOZAPINA, COMPRIMIDOS ORALES	32	CYRED	57
C-NATE DHA	65	CYRED EQ	57
COARTEM	14	CYSTADANE	52
COLCHICINA, COMPRIMIDOS ORALES	55	CYSTAGON	63
COLESEVELAM	40	CYSTARAN	59
COLESTIPOL, COMPRIMIDOS ORALES	40		
COLESTIPOL, GRÁNULOS ORALES	40	D	
COLESTIPOL, PAQUETE ORAL	40	DACARBAZINA	19
COLESTIRAMINA-ASPARTAMO	40	DACTINOMICINA	19
COLESTIRAMINA (CON AZÚCAR)	40	D AL 2.5%-CLORURO DE SODIO AL 0.45%	44
COLESTIRAMINA SUAVE	40	D AL 5%-CLORURO DE SODIO AL 0.45%	44
COLISTINA (COLISTIMETATO SÓDICO)	14	D AL 5% Y CLORURO DE SODIO AL 0.9%	44
COMBIGAN	60	D AL 10%-CLORURO DE SODIO AL 0.45%	44
COMBIVENT RESPIMAT	61	DALFAMPRIDINA	28
COMETRIQ, CÁPSULAS ORALES, 60 MG/DÍA (20 MG X 3/DÍA)	18	DALIRESP	61
COMETRIQ, CÁPSULAS ORALES, 100 MG/DÍA (80 MG X 1-20 MG X 1)	18	DANAZOL	50
COMETRIQ, CÁPSULAS ORALES, 140 MG/DÍA (80 MG X 1-20 MG X 3)	18	DANTROLENO ORAL	28
COMPLERA	10	DANYELZA	19
COMPLETE NATAL DHA	65	DAPSONA ORAL	14
COMPRO	52	DAPTACEL (DTAP PEDIÁTRICA) (PF)	54
CONSTULOSA	52	DAPTOMICINA, SOL. PARA RECONST. INTRAVENOSA, 500 MG	14
COPAXONE, JERINGA SUBCUTÁNEA, 20 MG/ML	28	DAPTOMYCIN, SOL. PARA RECONST. INTRAVENOSA, 350 MG	14
COPAXONE, JERINGA SUBCUTÁNEA, 40 MG/ML	28	DARIFENACINA	63
COPIKTRA	18	DARZALEX	19
CORLANOR, COMPRIMIDOS ORALES	40	DARZALEX FASPRO	19
CORTIFOAM	52	DASETTA 1/35 (28)	57
CORTISPORIN-TC	46	DASETTA 7/7/7 (28)	57
COSMEGEN	18	DAUNORRUBICINA, SOLUCIÓN INTRAVENOSA	19
COTELLIC	18	DAURISMO, COMPRIMIDOS ORALES, 25 MG	19
CREON	52	DAURISMO, COMPRIMIDOS ORALES, 100 MG	19
CRESEMBA ORAL	10	DAYSEE	57
CROMOGLICATO OFTÁLMICO (OJOS)	59	DAYVIGO	32
CROMOGLICATO ORAL	52	DEBLITANE	56
CROMOGLICATO PARA INHALAR	61	DECANOATO DE FLUFENAZINA	33
CRYSELLE (28)	57	DECANOATO DE HALOPERIDOL	33
CYCLOSET	47	DECITABINA	19
CYRAMZA	18	DEFERASIROX, COMPRIMIDOS ORALES	44
		DEFERASIROX, PAQUETE DE GRÁNULOS ORALES	44

Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
DEFERIPRONA	44	DEXTROSA AL 5%-CLORURO DE SODIO AL 0.2%.....	45
DELESTROGEN, ACEITE INTRAMUSCULAR, 10 MG/ML	56	DEXTROSA AL 5%-CLORURO DE SODIO AL 0.3%.....	45
DELSTRIGO	10	DEXTROSA AL 5% EN AGUA (D5W)	45
DEMECLOCICLINA	17	DEXTROSA AL 5%-SOLUCIÓN DE LACTATO SÓDICO COMPUESTA	45
DENAVIR	43	DEXTROSA AL 10% Y NACL AL 0.2%	44
DENGAXIA (PF)	54	DEXTROSA AL 25% EN AGUA (D25W).....	45
DEPO-ESTRADIOL	56	DEXTROSA AL 50% EN AGUA (D50W).....	45
DEPO-MEDROL	46	DEXTROSA AL 70% EN AGUA (D70W).....	45
DESCOVY	10	DEXTROSE AL 10% EN AGUA (D10W).....	45
DESIPRAMINA	32	DIACOMIT	25
DESLOMATADINA, COMPRIMIDOS ORALES	60	DIAZEPAM, COMPRIMIDOS ORALES	32
DESMOPRESINA INYECTABLE	50	DIAZEPAM, CONCENTRADO ORAL	32
DESMOPRESINA ORAL	50	DIAZEPAM, CONCENTRADO ORAL	32
DESMOPRESINA, ROCIADOR NASAL CON BOMBA.....	50	DIAZEPAM, INTENSOL.....	32
DESMOPRESINA, ROCIADOR NASAL NO AEROSOL, 10 MCG/APLICACIÓN (0.1 ML).....	50	DIAZEPAM INYECTABLE.....	32
DESOG-E.ESTRADIOL/E.ESTRADIOL.....	57	DIAZEPAM RECTAL.....	25
DESOGESTREL-ETINILESTRADIOL.....	57	DIAZEPAM, SOLUCIÓN ORAL.....	32
DESONIDA, CREMA TÓPICA.....	43	DIAZEPAM, SOLUCIÓN ORAL, 5 MG/5 ML (1 MG/ML) ...	32
DESONIDA, LOCIÓN TÓPICA	43	DIAZOXIDA.....	47
DESONIDA, POMADA TÓPICA	43	DICICLOMINA, CÁPSULAS ORALES	51
DESOXIMETASONA, CREMA TÓPICA.....	43	DICICLOMINA, COMPRIMIDOS ORALES	51
DESOXIMETASONA, GEL TÓPICO	43	DICICLOMINA, SOLUCIÓN ORAL	51
DESOXIMETASONA, POMADA TÓPICA	43	DICLOFENACO POTÁSICO, COMPRIMIDOS ORALES, 50 MG.....	30
DEXAMETASONA, COMPRIMIDOS ORALES	46	DICLOFENACO SÓDICO, GEL TÓPICO AL 1%.....	30
DEXAMETASONA, ELIXIR ORAL	46	DICLOFENACO SÓDICO, GOTAS TÓPICAS	30
DEXAMETASONA, INTENSOL.....	46	DICLOFENACO SÓDICO OFTÁLMICO (OJOS).....	60
DEXAMETASONA, SOLUCIÓN ORAL.....	46	DICLOFENACO SÓDICO ORAL	30
DEXMETILFENIDATO, COMPRIMIDOS ORALES.....	32	DICLOXACILINA	16
DEXTROANFETAMINA-ANFETAMINA, CÁPSULAS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA, 24 HORAS.....	32	DIFENOXILATO-ATROPINA	51
DEXTROANFETAMINA-ANFETAMINA, COMPRIMIDOS ORALES, 5 MG	32	DIFICID, COMPRIMIDOS ORALES	14
DEXTROANFETAMINA-ANFETAMINA, COMPRIMIDOS ORALES, 10 MG	32	DIFICID, SUSPENSIÓN ORAL PARA RECONSTITUCIÓN	14
DEXTROANFETAMINA-ANFETAMINA, COMPRIMIDOS ORALES, 12.5 MG, 30 MG, 7.5 MG	32	DIFLUNISAL	30
DEXTROANFETAMINA-ANFETAMINA, COMPRIMIDOS ORALES, 15 MG	32	DIFLUPREDNATO	60
DEXTROANFETAMINA-ANFETAMINA, COMPRIMIDOS ORALES, 20 MG	32	DIGITEK.....	40
		DIGOXINA, COMPRIMIDOS ORALES, 62.5 MCG (0.0625 MG)	41
		DIGOXINA, COMPRIMIDOS ORALES, 125 MCG (0.125 MG), 250 MCG (0.25 MG)	41

Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
DIGOXINA, SOLUCIÓN INYECTABLE.....	40	DOXAZOSINA, COMPRIMIDOS ORALES, 1 MG, 2 MG, 4 MG	37
DIGOXINA, SOLUCIÓN ORAL	41	DOXAZOSINA, COMPRIMIDOS ORALES, 8 MG	37
DIHIDROERGOTAMINA NASAL.....	27	DOXEPINA, CÁPSULAS ORALES	32
DILANTIN.....	25	DOXEPINA, CONCENTRADO ORAL.....	32
DILT-XR	37	DOXERCALCIFEROL	50
DIMETILFUMARATO, CÁPSULAS ORALES, LIBERACIÓN RETARDADA (DR/EC), 120 MG (14)-240 MG (46).....	28	DOXICICLINA-100	17
DIMETILFUMARATO, CÁPSULAS ORALES, LIBERACIÓN RETARDADA (DR/EC), 120 MG, 240 MG	28	DOXORRUBICINA, LIPOSOMAL PEGILADA	19
DINITRATO DE ISOSORBIDA, COMPRIMIDOS ORALES	41	DOXORRUBICINA, SOL. PARA RECONST. INTRAVENOSA, 50 MG.....	19
DIPIRIDAMOL ORAL	39	DOXORRUBICINA, SOLUCIÓN INTRAVENOSA.....	19
DIPROPIONATO DE BETAMETASONA.....	43	DRIZALMA, CÁPSULAS ORALES CON GRÁNULOS, LIB. RETARDADA, 20 MG, 60 MG	32
DISOPROXILO DE EFAVIRENZ-LAMIVUDINA- TENOFVIR, COMPRIMIDOS ORALES, 400-300-300 MG	10	DRIZALMA, CÁPSULAS ORALES CON GRÁNULOS, LIB. RETARDADA, 30 MG	32
DISOPROXILO DE EFAVIRENZ-LAMIVUDINA- TENOFVIR, COMPRIMIDOS ORALES, 600-300-300 MG	10	DRIZALMA, CÁPSULAS ORALES CON GRÁNULOS, LIB. RETARDADA, 40 MG	32
DISULFIRAM	45	DRONABINOL	52
DIVALPROEX.....	25	DROPSAFE, PAÑOS PREPARADOS CON ALCOHOL ...	47
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)	19	DROSPIRENONA-E. ESTRADIOL-LM.FA	57
DOFETILIDA.....	36	DROSPIRENONA-ETINILESTRADIOL	57
DOLISHALE	57	DROXIA	19
DONEPEZILO, COMPRIMIDOS DE DESINTEGRACIÓN ORAL, 5 MG	28	DROXIDOPA, CÁPSULAS ORALES, 100 MG.....	45
DONEPEZILO, COMPRIMIDOS DE DESINTEGRACIÓN ORAL, 10 MG	28	DROXIDOPA, CÁPSULAS ORALES, 200 MG, 300 MG ...	45
DONEPEZILO, COMPRIMIDOS ORALES, 5 MG.....	28	DUAVEE.....	56
DONEPEZILO, COMPRIMIDOS ORALES, 10 MG.....	28	DULOXETINA, CÁPSULAS ORALES, LIBERACIÓN RETARDADA (DR/EC), 20 MG, 60 MG	33
DOPTLET (PAQUETE DE 10 COMPRIMIDOS)	39	DULOXETINA, CÁPSULAS ORALES, LIBERACIÓN RETARDADA (DR/EC), 30 MG	33
DOPTLET (PAQUETE DE 15 COMPRIMIDOS)	39	DUPIXENT, JERINGA SUBCUTÁNEA, 100 MG/0.67 ML	41
DOPTLET (PAQUETE DE 30 COMPRIMIDOS)	39	DUPIXENT, JERINGA SUBCUTÁNEA, 200 MG/1.14 ML	41
DORZOLAMIDA.....	60	DUPIXENT, JERINGA SUBCUTÁNEA, 300 MG/2 ML	41
DORZOLAMIDA-TIMOLOL.....	60	DUPIXENT, LAPICERA PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA, 200 MG/1.14 ML.....	41
DOTTI.....	56	DUPIXENT, LAPICERA PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA, 300 MG/2 ML.....	41
DOVATO.....	10	DUREZOL	60
		DUTASTERIDA	63
		DUTASTERIDA-TAMSULOSINA	63

Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
E			
EC-NAPROXENO	30	ENALAPRIL-HIDROCLOROTIAZIDA	38
ECONAZOL	43	ENANTATO DE TESTOSTERONA	51
EDARBI	37	ENBREL, JERINGA SUBCUTÁNEA	55
EDARBYCLOR	37	ENBREL MINI	55
EDISILATO DE PROCLORPERAZINA, SOLUCIÓN INYECTABLE, 10 MG/2 ML (5 MG/ML)	52	ENBREL, SOL. PARA RECONST. SUBCUTÁNEA	55
EDURANT	10	ENBREL, SOLUCIÓN SUBCUTÁNEA	55
EFAVIRENZ, CÁPSULAS ORALES, 50 MG	10	ENBREL SURECLICK	55
EFAVIRENZ, CÁPSULAS ORALES, 200 MG	10	ENDOCET	29
EFAVIRENZ, COMPRIMIDOS ORALES	10	ENERGIX-B (PF)	54
EFAVIRENZ-EMTRICITABINA-TENOFOVIR	10	ENERGIX-B (PF), USO PEDIÁTRICO	54
ELAPRASE	50	ENHERTU	19
ELECTROLITOS-48 EN D5W	64	ENOXAPARINA	39
ELIGARD	19	ENPRESSE	57
ELIGARD (3 MESES)	19	ENSKYCE	57
ELIGARD (4 MESES)	19	ENTACAPONA	27
ELIGARD (6 MESES)	19	ENTECAVIR	11
ELINEST	57	ENTRESTO	41
ELIQUIS	39	ENULOSA	52
ELIQUIS, TRATAMIENTO INICIAL PARA TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA/EMBOLIA PULMONAR, 30 DÍAS	39	ENVARUS XR	19
ELITE-OB	65	EPCLUSA, COMPRIMIDOS ORALES, 200-50 MG	11
ELLA	57	EPCLUSA, COMPRIMIDOS ORALES, 400-100 MG	11
ELMIRON	63	EPCLUSA, PÍLDORAS DE ADMINISTRACIÓN ORAL EN PAQUETES, 150-37.5 MG	11
ELZONRIS	19	EPCLUSA, PÍLDORAS DE ADMINISTRACIÓN ORAL EN PAQUETES, 200-50 MG	11
EMCYT	19	EPIDIOLEX	25
EMEND, SUSPENSIÓN ORAL PARA RECONSTITUCIÓN	52	EPINASTINA	59
EMOQUETTE	57	EPINEFRINA, AUTOINYECTOR PARA INYECCIÓN	61
EMPLICITI	19	EPINEFRINA, SOLUCIÓN INYECTABLE, 1 MG/ML	61
EMSAM	33	EPIRUBICINA, SOLUCIÓN INTRAVENOSA	19
EMTRICITABINA	10	EPITOL	25
EMTRICITABINA-TENOFOVIR (TDF), COMPRIMIDOS ORALES, 200-300 MG	11	EPIVIR HBV, SOLUCIÓN ORAL	11
EMTRICITABINE-TENOFOVIR (TDF), COMPRIMIDOS ORALES, 100-150 MG, 133-200 MG, 167-250 MG	11	ERBITUX	19
EMTRIVA, SOLUCIÓN ORAL	11	ERGOTAMINA-CAFEÍNA	27
EMVERM	14	ERITROCINA (COMO ESTEARATO), COMPRIMIDOS ORALES, 250 MG	14
		ERITROMICINA, COMPRIMIDOS ORALES	14
		ERITROMICINA, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN RETARDADA (DR/EC)	14
		ERITROMICINA CON ETANOL, SOLUCIÓN TÓPICA	42
		ERITROMICINA OFTÁLMICA (OJOS)	59

Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
ERITROMICINA, PAÑOS	42	ETILSUCCINATO DE ERITROMICINA, SUSPENSIÓN ORAL PARA RECONSTITUCIÓN, 200 MG/5 ML	14
ERITROMICINA-PERÓXIDO DE BENZOÍLO.....	42	ETILSUCCINATO DE ERITROMICINA, SUSPENSIÓN ORAL PARA RECONSTITUCIÓN, 400 MG/5 ML	14
ERIVEDGE	19	ETIODIOL DIAC-ETINILESTRADIOL	57
ERLEADA	19	ETODOLACO.....	30
ERLOTINIB, COMPRIMIDOS ORALES, 25 MG	19	ETOPOPHOS.....	19
ERLOTINIB, COMPRIMIDOS ORALES, 100 MG, 150 MG	19	ETOPÓSIDO INTRAVENOSO.....	19
ERRIN.....	56	ETOSUXIMIDA.....	25
ERTAPENEM	14	ETRAVIRINA.....	11
ERY-TAB, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN RETARDADA (DR/EC), 250 MG	14	EUTHYROX.....	51
ERY-TAB, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN RETARDADA (DR/EC), 333 MG	14	EVEROLIMUS (ANTINEOPLÁSICO), COMPRIMIDOS ORALES	19
ERYTHROCIN, SOL. PARA RECONST. INTRAVENOSA, 500 MG	14	EVEROLIMUS (ANTINEOPLÁSICO), COMPRIMIDOS ORALES PARA SUSPENSIÓN, 2 MG	19
ERYTHROMYCIN CON ETANOL, GEL TÓPICO	42	EVEROLIMUS (ANTINEOPLÁSICO), COMPRIMIDOS ORALES PARA SUSPENSIÓN, 3 MG, 5 MG.....	19
ESBRIET, CÁPSULAS ORALES	61	EVEROLIMUS (INMUNODEPRESOR)	19
ESBRIET, COMPRIMIDOS ORALES, 267 MG	61	EVOMELA	19
ESBRIET, COMPRIMIDOS ORALES, 801 MG	61	EVOTAZ	11
ESCOPOLAMINA BASE	53	EXEMESTANO.....	19
ESOMEPRAZOL MAGNÉSICO, CÁPSULAS ORALES, LIBERACIÓN RETARDADA (DR/EC)	53	EXKIVITY.....	19
ESPIRONOLACTONA	38	EYLEA.....	59
ESPIRONOLACTONA-HIDROCLOROTIAZIDA	38	EYSUVIS	60
ESTARYLLA	57	EZETIMIBA	40
ESTAVUDINA, CÁPSULAS ORALES.....	12	EZETIMIBA-SIMVASTATINA	40
ÉSTERES ETÍLICOS DE LOS ÁCIDOS OMEGA 3	40		
ESTRADIOL ORAL	56	F	
ESTRADIOL, PARCHE TRANSDÉRMICO QUINCENAL..	56	FABRAZYME	50
ESTRADIOL, PARCHE TRANSDÉRMICO SEMANAL	56	FALMINA (28).....	57
ESTRADIOL VAGINAL.....	56	FAMCICLOVIR	11
ESTREPTOMICINA	15	FAMOTIDINA, COMPRIMIDOS ORALES, 20 MG, 40 MG	53
ESTRING	56	FAMOTIDINA, SUSPENSIÓN ORAL.....	53
ETABONATO DE LOTEPREDNOL, GOTAS OFTÁLMICAS (OJOS), SUSPENSIÓN	60	FANAPT, COMPRIMIDOS ORALES, 1 MG, 2 MG, 4 MG	33
ETACRINATO SÓDICO	38	FANAPT, COMPRIMIDOS ORALES, 8 MG.....	33
ETAMBUTOL.....	14	FANAPT, COMPRIMIDOS ORALES, 10 MG, 12 MG, 6 MG.....	33
ETEXILATO DE DABIGATRÁN.....	39	FANAPT, COMPRIMIDOS ORALES, PAQUETE DOSIFICADO	33
ETILSUCCINATO DE ERITROMICINA, COMPRIMIDOS ORALES	14		

Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
FARYDAK	19	FLAC, ACEITE ÓTICO	46
FEBUXOSTAT	55	FLAVOXATO	63
FELBAMATO	25	FLECAINIDA	36
FELODIPINA	38	FLOVENT DISKUS PARA INHALAR, BLÍSTER CON DISPOSITIVO, 100 MCG/ACTIVACIÓN, 50 MCG/ ACTIVACIÓN	61
FEMINOR	57	FLOVENT DISKUS PARA INHALAR, BLÍSTER CON DISPOSITIVO, 250 MCG/ACTIVACIÓN	61
FENELZINA	35	FLOVENT HFA INHALATION, INHALADOR EN AEROSOL DE HFA, 44 MCG/ACTIVACIÓN	62
FENILBUTIRATO SÓDICO	45	FLOVENT HFA INHALATION, INHALADOR EN AEROSOL DE HFA, 110 MCG/ACTIVACIÓN	61
FENITOÍNA, COMPRIMIDOS ORALES MASTICABLES ..	26	FLOVENT HFA INHALATION, INHALADOR EN AEROSOL DE HFA, 220 MCG/ACTIVACIÓN	61
FENITOÍNA SÓDICA, LIBERACIÓN PROLONGADA	26	FLOXURIDINA	19
FENITOÍNA SÓDICA, SOLUCIÓN INTRAVENOSA	26	FLUCITOSINA	10
FENITOÍNA, SUSPENSIÓN ORAL	26	FLUCONAZOL	10
FENOBARBITAL, COMPRIMIDOS ORALES	26	FLUCONAZOL EN NACL (ISO-OSM.)	10
FENOBARBITAL, ELIXIR ORAL	26	FLUDARABINA	19
FENOBARBITAL SÓDICO, SOLUCIÓN INYECTABLE	26	FLUDROCORTISONA	46
FENOFIBRATO, CÁPSULAS ORALES MICRONIZADAS, 134 MG, 200 MG, 67 MG	40	FLUNISOLIDA	62
FENOFIBRATO, COMPRIMIDOS ORALES, 160 MG, 54 MG	40	FLUOCINOLONA, ACEITE TÓPICO	43
FENOFIBRATO NANOCRISTALIZADO	40	FLUOCINOLONA, CREMA TÓPICA	43
FENOXIBENZAMINA	38	FLUOCINOLONA, POMADA TÓPICA	43
FENTANILO	29	FLUOCINOLONA, SOLUCIÓN TÓPICA	43
FENTANYL CITRATE (PF), JERINGA INYECTABLE, 50 MCG/ML	29	FLUOCINOLONA Y GORRA DE BAÑO	43
FERRIPROX	45	FLUOCINONIDA, CREMA TÓPICA, 0.1%	43
FERRIPROX (2 VECES POR DÍA)	45	FLUOCINONIDA, CREMA TÓPICA, 0.05%	43
FESOTERODINA	63	FLUOCINONIDA, GEL TÓPICO	43
FETZIMA, CÁPSULAS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA, 24 HORAS	33	FLUOCINONIDA, POMADA TÓPICA	43
FETZIMA, CÁPSULAS ORALES, LIB. PROL., 24 HORAS, PAQUETE DOSIFICADO	33	FLUOCINONIDA, SOLUCIÓN TÓPICA	43
FINASTERIDA, COMPRIMIDOS ORALES, 5 MG	63	FLUOROMETOLONA	60
FINTEPLA	25	FLUOROURACILO, CREMA TÓPICA, 0.5%	41
FINZALA	57	FLUOROURACILO, CREMA TÓPICA, 5%	41
FIRDAPSE	28	FLUOROURACILO INTRAVENOSO	19
FIRMAGON, KIT CON JERINGA DILUYENTE, SOL. PARA RECONST. SUBCUTÁNEA, 80 MG	19	FLUOROURACILO, SOLUCIÓN TÓPICA	41
FIRMAGON, KIT CON JERINGA DILUYENTE, SOL. PARA RECONST. SUBCUTÁNEA, 120 MG	19	FLUORURO DE SODIO 5000 PARA SEQUEDAD EN LA BOCA	46
FIRVANQ, SOL. PARA RECONST. INTRAVENOSA, 25 MG/ML	14	FLUORURO (DE SODIO), COMPRIMIDOS ORALES	65
FIRVANQ, SOL. PARA RECONST. INTRAVENOSA, 50 MG/ML	14	FLUORURO (DE SODIO), COMPRIMIDOS ORALES MASTICABLES, 1 MG (2.2 MG DE FLUORURO DE SODIO) 65	

Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
FLUORURO DE SODIO-NITRATO POTÁSICO.....	46	FOSFATO DE CLINDAMICINA VAGINAL	56
FLUORURO (DE SODIO), PASTA DENTAL	46	FOSFATO DE CLOROQUINA	14
FLUORURO LUDENT, COMPRIMIDOS ORALES MASTICABLES, 1 MG (2.2 MG DE FLUORURO DE SODIO)	65	FOSFATO SÓDICO DE DEXAMETASONA OFTÁLMICO (OJOS)	60
FLUOXETINA, CÁPSULAS ORALES, 10 MG	33	FOSFATO SÓDICO DE DEXAMETASONA (PF), SOLUCIÓN INYECTABLE	46
FLUOXETINA, CÁPSULAS ORALES, 20 MG	33	FOSFATO SÓDICO DE DEXAMETASONA, SOLUCIÓN INYECTABLE	46
FLUOXETINA, CÁPSULAS ORALES, 40 MG	33	FOSFATO SÓDICO DE PREDNISOLONA OFTÁLMICO (OJOS)	60
FLUOXETINA, CÁPSULAS ORALES, LIBERACIÓN RETARDADA (DR/EC).....	33	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)	46
FLUOXETINA, COMPRIMIDOS ORALES, 10 MG	33	FOSFENITOÍNA.....	25
FLUOXETINA, COMPRIMIDOS ORALES, 20 MG	33	FOSFOMICINA TROMETAMINA	17
FLUOXETINA, SOLUCIÓN ORAL	33	FOSINOPRIL	38
FLUOXETINA (TRASTORNO DISFÓRICO PREMENSTRUAL), COMPRIMIDOS ORALES, 10 MG ...	33	FOSINOPRIL-HIDROCLOROTIAZIDA.....	38
FLUOXETINA (TRASTORNO DISFÓRICO PREMENSTRUAL), COMPRIMIDOS ORALES, 20 MG ...	33	FOTIVDA	19
FLURBIPROFENO, COMPRIMIDOS ORALES, 100 MG ...	30	FULVESTRANT	19
FLURBIPROFENO SÓDICO	60	FUMARATO DE BISOPROLOL.....	37
FLUTAMIDA	19	FUMARATO DE DISOPROXILO DE TENOFOVIR.....	12
FLUVASTATINA, CÁPSULAS ORALES, 20 MG	40	FUMARATO DE FORMOTEROL	62
FLUVASTATINA, CÁPSULAS ORALES, 40 MG	40	FUROSEMIDA, COMPRIMIDOS ORALES.....	38
FLUVASTATINA, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA, 24 HORAS	40	FUROSEMIDA INYECTABLE	38
FLUVOXAMINA, COMPRIMIDOS ORALES, 50 MG	33	FUROSEMIDA, SOLUCIÓN ORAL, 10 MG/ML, 40 MG/5 ML (8 MG/ML).....	38
FLUVOXAMINA, COMPRIMIDOS ORALES, 100 MG, 25 MG	33	FUROSEMIDE, SOLUCIÓN ORAL, 40 MG/4 ML	38
FOLIVANE-OB	65	FUZEON, SOL. PARA RECONST. SUBCUTÁNEA	11
FOLOTYN	19	FYAVOLV	56
FOMEPIZOL	54	FYCOMPA, COMPRIMIDOS ORALES, 2 MG	25
FONDAPARINUX, JERINGA SUBCUTÁNEA, 2.5 MG/0.5 ML	39	FYCOMPA, COMPRIMIDOS ORALES, 4 MG, 6 MG.....	25
FONDAPARINUX, JERINGA SUBCUTÁNEA, 10 MG/0.8 ML, 5 MG/0.4 ML, 7.5 MG/0.6 ML.....	39	FYCOMPA, COMPRIMIDOS ORALES, 10 MG, 12 MG, 8 MG.....	25
FOSAMPRENAVIR.....	11	FYCOMPA, SUSPENSIÓN ORAL	25
FOSFATO DE CARVEDILOL.....	37		
FOSFATO DE CLINDAMICINA, GEL TÓPICO.....	42		
FOSFATO DE CLINDAMICINA INTRAVENOSO	14		
FOSFATO DE CLINDAMICINA INYECTABLE	14		
FOSFATO DE CLINDAMICINA, LOCIÓN TÓPICA.....	42		
FOSFATO DE CLINDAMICINA, PAÑO TÓPICO	42		
FOSFATO DE CLINDAMICINA, SOLUCIÓN TÓPICA.....	42		

G

GABAPENTINA, CÁPSULAS ORALES, 100 MG, 300 MG	25
GABAPENTINA, CÁPSULAS ORALES, 400 MG	25
GABAPENTINA, COMPRIMIDOS ORALES, 600 MG	25
GABAPENTINA, COMPRIMIDOS ORALES, 800 MG	25

Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
GABAPENTINA, SOLUCIÓN ORAL	25	GILENYA, CÁPSULAS ORALES, 0.5 MG	28
GALANTAMINA, CÁPSULAS ORALES, PÍLDORAS DE LIB. PROL., 24 HORAS	28	GILOTRIF	20
GALANTAMINA, COMPRIMIDOS ORALES	28	GLICOPIRRONIO, COMPRIMIDOS ORALES	51
GALANTAMINA, SOLUCIÓN ORAL	28	GLICOPIRRONIO INYECTABLE	51
GAMMAGARD, LÍQUIDO	54	GLICOPIRRONIO (PF)	51
GAMMAGARD S-D (IGA < 1 MCG/ML)	54	GLICOPIRRONIO (PF) EN AGUA INYECTABLE	51
GAMMAKED	54	GLICOPIRRONIO (PF) EN AGUA, JERINGA INTRAVENOSA, 0.4 MG/2 ML (0.2 MG/ML)	51
GAMMAPLEX	54	GLIMEPIRIDA, COMPRIMIDOS ORALES, 1 MG	47
GAMMAPLEX (CON SORBITOL)	54	GLIMEPIRIDA, COMPRIMIDOS ORALES, 2 MG	47
GAMUNEX-C	54	GLIMEPIRIDA, COMPRIMIDOS ORALES, 4 MG	47
GARDASIL 9 (PF)	54	GLIPIZIDA, COMPRIMIDOS ORALES, 5 MG	47
GASA, VENDA PARA APLICACIÓN TÓPICA, 2 X 2"	47	GLIPIZIDA, COMPRIMIDOS ORALES, 10 MG	47
GATTEX, VIAL DE 30	52	GLIPIZIDA, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA, 24 HORAS, 2.5 MG	47
GATTEX, VIAL DE UNO	52	GLIPIZIDA, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA, 24 HORAS, 5 MG	47
GAVILYTE-C	52	GLIPIZIDA, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA, 24 HORAS, 10 MG	47
GAVRETO	19	GLIPIZIDA-METFORMINA, COMPRIMIDOS ORALES, 2.5-250 MG	47
GAZYVA	19	GLIPIZIDA-METFORMINA, COMPRIMIDOS ORALES, 2.5-500 MG, 5-500 MG	47
GEMCITABINA, SOL. PARA RECONST. INTRAVENOSA	20	GLUCAGEN HYPOKIT	47
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)	20	GLUCAGON (HCL), KIT DE EMERGENCIAS	47
GEMCITABINA, SOLUCIÓN INTRAVENOSA, 100 MG/ML	20	GLUCAGON, KIT DE EMERGENCIAS (HUMANO)	47
GEMFIBROZIL	40	GLUCONATO DE CLORHEXIDINA, MEMBRANA MUCOSA	46
GEMMILY	57	GLYDO	41
GEMTESA	63	GLYXAMBI	47
GENERLAC	52	GRANISETRÓN (PF), SOLUCIÓN INTRAVENOSA, 1 MG/ML (1 ML)	52
GENGRAF	20	GRISEOFULVINA MICRONIZADA	10
GENOTROPIN	53	GRISEOFULVINA ULTRAMICRONIZADA	10
GENOTROPIN MINISQUICK	53	GUANFACINA, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA, 24 HORAS	33
GENTAK, POMADA OFTÁLMICA (OJOS)	59	GVOKE	47
GENTAMICINA, CREMA TÓPICA	42	GVOKE HYPOPEN, PAQUETE DE 1	47
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	15	GVOKE HYPOPEN, PAQUETE DE 2	47
GENTAMICINA, GOTAS OFTÁLMICAS (OJOS)	59	GVOKE PFS, PAQUETE CON 1 JERINGA	47
GENTAMICINA, POMADA TÓPICA	42	GVOKE PFS, PAQUETE CON 2 JERINGAS	47
GENTAMICINA, SOLUCIÓN INYECTABLE, 40 MG/ML	15		
GENVOYA	11		

Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
H			
HAEGARDA	62	HIDROCODONA-ACETAMINOFENO, COMPRIMIDOS ORALES, 10-325 MG, 5-325 MG, 7.5-325 MG	29
HAILEY	57	HIDROCODONA-ACETAMINOFENO, SOLUCIÓN ORAL, 7.5-325 MG/15 ML	29
HAILEY 24 FE.	57	HIDROCODONA-IBUPROFENO	29
HAILEY FE 1.5/30 (28)	57	HIDROCORTISONA-ÁCIDO ACÉTICO	46
HAILEY FE 1/20 (28)	57	HIDROCORTISONA, CREMA TÓPICA, 1%, 2.5%	44
HALAVEN	20	HIDROCORTISONA, CREMA TÓPICA CON APLICADOR PERINEAL, 1%	44
HALOPERIDOL, COMPRIMIDOS ORALES, 0.5 MG, 1 MG, 2 MG, 5 MG	33	HIDROCORTISONA, CREMA TÓPICA CON APLICADOR PERINEAL, 2.5%	52
HALOPERIDOL, COMPRIMIDOS ORALES, 10 MG, 20 MG	33	HIDROCORTISONA, LOCION TÓPICA, 2.5%	44
HARVONI, COMPRIMIDOS ORALES, 45-200 MG	11	HIDROCORTISONA ORAL	46
HARVONI, COMPRIMIDOS ORALES, 90-400 MG	11	HIDROCORTISONA, POMADA TÓPICA, 1%, 2.5%	44
HARVONI, PÍLDORAS DE ADMINISTRACIÓN ORAL EN PAQUETES, 33.75-150 MG	11	HIDROCORTISONA RECTAL	52
HARVONI, PÍLDORAS DE ADMINISTRACIÓN ORAL EN PAQUETES, 45-200 MG	11	HIDROMORFONA, COMPRIMIDOS ORALES	29
HAVRIX (PF)	54	HIDROMORFONA, LÍQUIDO ORAL	29
HEATHER	56	HIDROXICLOROQUINA	15
HEPARINA (PORCINA) EN DEXT. AL 5%	39	HIDROXIUREA	20
HEPARINA (PORCINA) EN NACL AL 0.45%, SOLUCIÓN PARENTERAL, INTRAVENOSA, 25,000 UNIDADES/250 ML, 25,000 UNIDADES/500 ML	39	HIPURATO DE METENAMINA	17
HEPARINA (PORCINA) EN NACL (PF)	39	HIZENTRA	54
HEPARINA, PORCINA (PF), JERINGA INYECTABLE	40	HUMALOG JUNIOR KWIKPEN U-100	47
HEPARINA (PORCINA), SOLUCIÓN INYECTABLE	39	HUMALOG KWIKPEN INSULIN	47
HEPARIN (PORCINA), JERINGA INYECTABLE, 5,000 UNIDADES/ML	39	HUMALOG MIX 50-50, INSULINA U-100	47
HETLIOZ	33	HUMALOG MIX 50-50 KWIKPEN	48
HIBERIX (PF)	54	HUMALOG MIX 75-25 KWIKPEN	48
HICLATO DE DOXICICLINA, CÁPSULAS ORALES	17	HUMALOG MIX 75-25 (U-100), INSULINA	48
HICLATO DE DOXICICLINA, COMPRIMIDOS ORALES, 20 MG	17	HUMALOG U-100, INSULINA	48
HICLATO DE DOXICICLINA, COMPRIMIDOS ORALES, 100 MG	17	HUMIRA (CF), KIT DE JERINGA SUBCUTÁNEA, 10 MG/0.1 ML, 20 MG/0.2 ML	55
HICLATO DE DOXICICLINA INTRAVENOSO	17	HUMIRA (CF), KIT DE JERINGA SUBCUTÁNEA, 40 MG/0.4 ML	56
HIDRALAZINA INYECTABLE	38	HUMIRA (CF) PEDI CROHNS, PAQUETE INICIAL, KIT DE JERINGA SUBCUTÁNEA, 80 MG/0.8 ML	55
HIDRALAZINA ORAL	38	HUMIRA (CF) PEDI CROHNS, PAQUETE INICIAL, KIT DE JERINGA SUBCUTÁNEA, 80 MG/0.8 ML-40 MG/0.4 ML	55
HIDROCLOROTIAZIDA	38	HUMIRA (CF) PEN CROHNS-UC-HS	55
		HUMIRA (CF) PEN, KIT DE LAPICERA PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA, 40 MG/0.4 ML	55
		HUMIRA (CF) PEN, KIT DE LAPICERA PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA, 80 MG/0.8 ML	55

Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
HUMIRA (CF) PEN PEDIATRIC UC.....	55	IMIQUIMOD, CREMA TÓPICA EN PAQUETE, 3.75%.....	41
HUMIRA (CF) PEN PSOR-UV-ADOL HS.....	55	IMIQUIMOD, CREMA TÓPICA EN PAQUETE, 5%.....	41
HUMIRA, KIT DE JERINGA SUBCUTÁNEA, 40 MG/0.8 ML.....	55	IMOVAX (PF), VACUNA ANTIRRÁBICA.....	54
HUMIRA PEN.....	55	INCASSIA.....	56
HUMIRA PEN CROHNS-UC-HS, PAQUETE INICIAL.....	55	INCRELEX.....	45
HUMIRA PEN PSOR-UVEITS-ADOL HS.....	55	INCRUSE ELLIPTA.....	62
HUMULIN 70/30 U-100, INSULINA.....	48	INDAPAMIDA.....	38
HUMULIN 70/30 U-100 KWIKPEN.....	48	INFANRIX (DTAP) (PF), JERINGA INTRAMUSCULAR.....	54
HUMULIN N NPH, INSULINA KWIKPEN.....	48	INFLECTRA.....	52
HUMULIN N NPH U-100, INSULINA.....	48	INFUGEM.....	20
HUMULIN R REGULAR U-100, INSULINA.....	48	INFUMORPH P/F.....	29
HUMULIN R U-500 (CONC) INSULINA.....	48	INGREZZA.....	28
HUMULIN R U-500 (CONC) KWIKPEN.....	48	INGREZZA, PAQUETE DE INICIACIÓN.....	28
HYDROCODONE-ACETAMINOPHEN, COMPRIMIDOS ORALES, 10-300 MG, 7.5-300 MG.....	29	INLYTA, COMPRIMIDOS ORALES, 1 MG.....	20
I		INLYTA, COMPRIMIDOS ORALES, 5 MG.....	20
IBANDRONATO ORAL.....	55	INQOVI.....	20
IBRANCE.....	20	INREBIC.....	20
IBU.....	30	INSULIN LISPRO.....	48
IBUPROFENO, COMPRIMIDOS ORALES, 400 MG, 600 MG, 800 MG.....	30	INSULIN LISPRO PROTAMIN-LISPRO.....	48
IBUPROFENO, SUSPENSIÓN ORAL.....	30	INTELENCE, COMPRIMIDOS ORALES, 25 MG.....	11
ICATIBANTO.....	62	INTELENCE, COMPRIMIDOS ORALES, 100 MG, 200 MG.....	11
ICLEVIA.....	57	INTRALIPID, EMULSIÓN INTRAVENOSA, 20%, 30%.....	64
ICLUSIG.....	20	INTRON A, SOL. PARA RECONST. INYECT., 10 MILLONES DE UNIDADES (1 ML), 50 MILLONES DE UNIDADES (1 ML).....	53
IDARRUBICINA.....	20	INTROVALE.....	57
IDHIFA.....	20	INVEGA HAFYERA, JERINGA INTRAMUSCULAR, 1,092 MG/3.5 ML.....	33
IFOSFAMIDA.....	20	INVEGA HAFYERA, JERINGA INTRAMUSCULAR, 1,560 MG/5 ML.....	34
IMATINIB, COMPRIMIDOS ORALES, 100 MG.....	20	INVEGA SUSTENNA, JERINGA INTRAMUSCULAR, 39 MG/0.25 ML.....	34
IMATINIB, COMPRIMIDOS ORALES, 400 MG.....	20	INVEGA SUSTENNA, JERINGA INTRAMUSCULAR, 78 MG/0.5 ML.....	34
IMBRUVICA, CÁPSULAS ORALES, 70 MG.....	20	INVEGA SUSTENNA, JERINGA INTRAMUSCULAR, 117 MG/0.75 ML.....	34
IMBRUVICA, CÁPSULAS ORALES, 140 MG.....	20	INVEGA SUSTENNA, JERINGA INTRAMUSCULAR, 156 MG/ML.....	34
IMBRUVICA, COMPRIMIDOS ORALES.....	20	INVEGA SUSTENNA, JERINGA INTRAMUSCULAR, 234 MG/1.5 ML.....	34
IMBRUVICA, SUSPENSIÓN ORAL.....	20		
IMFINZI.....	20		
IMIPENEM-CILASTATINA.....	15		
IMIQUIMOD, CREMA TÓPICA EN BOMBA CON DOSIS MEDIDAS.....	41		

Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
INVEGA TRINZA, JERINGA INTRAMUSCULAR, 273 MG/0.88 ML	34	IXIARO (PF)	54
INVEGA TRINZA, JERINGA INTRAMUSCULAR, 410 MG/1.32 ML	34	J	
INVEGA TRINZA, JERINGA INTRAMUSCULAR, 546 MG/1.75 ML	34	JAIMESS	57
INVEGA TRINZA, JERINGA INTRAMUSCULAR, 819 MG/2.63 ML	34	JAKAFI	20
INVELTYS	60	JANTOVEN	40
INVIRASE, COMPRIMIDOS ORALES	11	JANUMET	48
INVOKAMET	48	JANUMET XR, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA, MULTIFÁSICA, 24 HORAS, 50-1,000 MG, 50-500 MG	48
INVOKAMET XR	48	JANUMET XR, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA, MULTIFÁSICA, 24 HORAS, 100-1,000 MG	48
INVOKANA	48	JANUVIA	48
IPOLE	54	JARDIANCE	48
IPRATROPIO-ALBUTEROL	62	JASMIEL (28)	57
IRBESARTÁN	38	JEMPERLI	20
IRBESARTÁN-HIDROCLOROTIAZIDA	38	JENCYCLA	56
IRESSA	20	JENTADUETO	48
IRINOTECÁN	20	JENTADUETO XR, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN INMEDIATA-LIBERACIÓN PROLONGADA, BIFÁSICA, 24 HORAS, 2.5-1,000 MG	48
IRRIGACIÓN DE SOLUCIÓN DE LACTATO SÓDICO COMPUESTA	44	JENTADUETO XR, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN INMEDIATA-LIBERACIÓN PROLONGADA, BIFÁSICA, 24 HORAS, 5-1,000 MG	48
IRRIGACIÓN DE SOLUCIÓN DE LACTATO SÓDICO COMPUESTA	44	JERINGA PARA INSULINA CON AGUJA, U-100, 0.3 ML CALIBRE 29, 1 ML CALIBRE 29 X 1/2", 1/2 ML CALIBRE 28	48
ISENTRESS, COMPRIMIDOS ORALES	11	JEVTANA	20
ISENTRESS, COMPRIMIDOS ORALES MASTICABLES, 25 MG	11	JOLESSA	57
ISENTRESS, COMPRIMIDOS ORALES MASTICABLES, 100 MG	11	JULEBER	57
ISENTRESS, DE DOSIS ALTA	11	JULUCA	11
ISENTRESS, PAQUETE DE POLVO ORAL	11	JUNEL 1.5/30 (21)	57
ISIBLOOM	57	JUNEL 1/20 (21)	57
ISONIAZIDA, COMPRIMIDOS ORALES	15	JUNEL FE 1.5/30 (28)	57
ISONIAZIDA, SOLUCIÓN ORAL	15	JUNEL FE 1/20 (28)	57
ISOSORBIDA-HIDRALAZINA	41	JUNEL FE 24	57
ISOTRETINOÍNA, CÁPSULAS ORALES, 10 MG, 20 MG, 30 MG, 40 MG	42	K	
ISRADIPINA	38	KABIVEN	64
ITRACONAZOL, CÁPSULAS ORALES	10	KADCYLA	20
ITRACONAZOL, SOLUCIÓN ORAL	10		
IVERMECTINA ORAL	15		
IXEMPRA	20		

Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
KAITLIB FE	57	L	
KALETRA, COMPRIMIDOS ORALES, 100-25 MG	11	LABETALOL ORAL	38
KALETRA, COMPRIMIDOS ORALES, 200-50 MG	11	LACOSAMIDA, COMPRIMIDOS ORALES, 50 MG	25
KALLIGA	57	LACOSAMIDA, COMPRIMIDOS ORALES, 100 MG, 150 MG, 200 MG	25
KALYDECO, COMPRIMIDOS ORALES	62	LACOSAMIDA INTRAVENOSA	25
KALYDECO, PAQUETE DE GRÁNULOS ORALES	62	LACOSAMIDA, SOLUCIÓN ORAL	25
KARIVA (28)	57	LACRISERT	59
KELNOR 1/35 (28)	57	LACTATO DE AMONIO	41
KELNOR 1-50 (28)	57	LACTATO DE HALOPERIDOL INYECTABLE	33
KETOCONAZOL, CHAMPÚ TÓPICO	43	LACTATO DE HALOPERIDOL ORAL	33
KETOCONAZOL, CREMA TÓPICA	43	LACTULOSA, SOLUCIÓN ORAL	52
KETOCONAZOL ORAL	10	LAMIVUDINA, COMPRIMIDOS ORALES, 100 MG, 300 MG	11
KETOROLACO OFTÁLMICO (OJOS)	60	LAMIVUDINA, COMPRIMIDOS ORALES, 150 MG	11
KEYTRUDA	20	LAMIVUDINA, SOLUCIÓN ORAL	11
KIMMTRAK	20	LAMIVUDINA-ZIDOVUDINA	11
KINRIX (PF), JERINGA INTRAMUSCULAR	54	LAMOTRIGINA, COMPRIMIDOS DE DESINTEGRACIÓN ORAL	26
KISQALI	20	LAMOTRIGINA, COMPRIMIDOS ORALES	25
KISQALI FEMARA CO-PACK, COMPRIMIDOS ORALES, 200 MG/DÍA (200 MG X 1), 2.5 MG	20	LAMOTRIGINA, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA, 24 HORAS	25
KISQALI FEMARA CO-PACK, COMPRIMIDOS ORALES, 400 MG/DÍA (200 MG X 2), 2.5 MG	20	LAMOTRIGINA, COMPRIMIDOS ORALES MASTICABLES DISPERSABLES	25
KISQALI FEMARA CO-PACK, COMPRIMIDOS ORALES, 600 MG/DÍA (200 MG X 3), 2.5 MG	20	LANOXIN, COMPRIMIDOS ORALES, 62.5 MCG (0.0625 MG)	41
KLISYRI	20	LANOXIN, PEDIÁTRICO	41
KLOR-CON	63	LANSOPRAZOL, CÁPSULAS ORALES, LIBERACIÓN RETARDADA (DR/EC)	53
KLOR-CON 8	63	LANTUS SOLOSTAR U-100, INSULINA	48
KLOR-CON 10	63	LANTUS U-100, INSULINA	48
KLOR-CON M10	63	LAPATINIB	20
KLOR-CON M15	63	LARIN 1.5/30 (21)	58
KLOR-CON M20	63	LARIN 1/20 (21)	58
KLOXXADO	30	LARIN 24 FE	58
KORLYM	50	LARIN FE 1.5/30 (28)	58
K-PHOS ORIGINAL	63	LARIN FE 1/20 (28)	58
KURVELO (28)	57	LATANOPROST	60
KUVAN	50	LATUDA, COMPRIMIDOS ORALES, 80 MG	34
KYNMOBI, PELÍCULA SUBLINGUAL, 10 MG, 15 MG, 20 MG, 25 MG, 30 MG	27	LATUDA, COMPRIMIDOS ORALES, 120 MG, 20 MG, 40 MG, 60 MG	34
KYPROLIS	20		

Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
LAYOLIS FE	58	LEVORA-28.....	58
LEENA 28.....	58	LEVO-T.....	51
LEFLUNOMIDA	56	LEVOTIROXINA, COMPRIMIDOS ORALES	51
LENALIDOMIDA, CÁPSULAS ORALES, 2.5 MG	20	LEVOXYL, COMPRIMIDOS ORALES, 100 MCG, 112 MCG, 175 MCG.	51
LENALIDOMIDA, CÁPSULAS ORALES, 10 MG, 15 MG, 25 MG, 5 MG	20	LEVOXYL, COMPRIMIDOS ORALES, 125 MCG, 137 MCG, 150 MCG, 200 MCG, 25 MCG, 50 MCG, 75 MCG, 88 MCG	51
LENALIDOMIDA, CÁPSULAS ORALES, 20 MG	20	LEXIVA, SUSPENSIÓN ORAL	11
LENVIMA, CÁPSULAS ORALES, 10 MG/DÍA (10 MG X 1), 4 MG	20	LIBTAYO.....	21
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)	21	LIDOCAÍNA, PARCHE ADHESIVO TÓPICO, MEDICADO, 5%.....	42
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)	21	LIDOCAÍNA (PF) INTRAVENOSA	36
LESSINA	58	LIDOCAÍNA (PF), SOLUCIÓN INYECTABLE	41
LETROZOL	21	LIDOCAÍNA, POMADA TÓPICA	42
LEUCOVORINA CÁLCICA INYECTABLE	17	LIDOCAÍNA-PRILOCAÍNA, CREMA TÓPICA.....	42
LEUCOVORINA CÁLCICA ORAL.....	17	LIDOCAÍNA VISCOSA	42
LEUKERAN	21	LINCOMICINA	15
LEUKINE, SOL. PARA RECONST. INYECTABLE.....	53	LINDANO, CHAMPÚ TÓPICO.....	44
LEUPROLIDA SUBCUTÁNEA, KIT	21	LINEZOLIDA-CLORURO DE SODIO AL 0.9%.....	15
LEVEMIR FLEXTOUCH U-100, INSULINA.....	48	LINEZOLIDA, COMPRIMIDOS ORALES	15
LEVEMIR U-100, INSULINA	48	LINEZOLIDA EN DEXTROSA AL 5%	15
LEVETIRACETAM EN NACL (ISO-OSM.), INFUSIÓN SECUNDARIA INTRAVENOSA, 1,000 MG/100 ML, 1,500 MG/100 ML, 500 MG/100 ML.....	26	LINEZOLIDA, SUSPENSIÓN ORAL PARA RECONSTITUCIÓN	15
LEVETIRACETAM INTRAVENOSO.....	26	LINZESS.....	52
LEVETIRACETAM ORAL	26	LIOTIRONINA ORAL	51
LEVOBUNOLOL, GOTAS OFTÁLMICAS (OJOS), 0.5% ..	59	LISINOPRIL.....	38
LEVOCARNITINA, COMPRIMIDOS ORALES.....	45	LISINOPRIL-HIDROCLOROTIAZIDA	38
LEVOCARNITINA (CON AZÚCAR)	45	LIVALO	40
LEVOCARNITINA, SOLUCIÓN ORAL, 100 MG/ML.....	45	L NORGEST/E.ESTRADIOL-E.ESTRAD.....	58
LEVOCETIRIZINA, COMPRIMIDOS ORALES.....	61	LOJAIMIESS.....	58
LEVOCETIRIZINA, SOLUCIÓN ORAL	61	LOKELMA	45
LEVOFLOXACINA, COMPRIMIDOS ORALES	16	LONSURF, COMPRIMIDOS ORALES, 15-6.14 MG.....	21
LEVOFLOXACINA EN D5W.....	16	LONSURF, COMPRIMIDOS ORALES, 20-8.19 MG.....	21
LEVOFLOXACINA INTRAVENOSA.....	16	LOPERAMIDA, CÁPSULAS ORALES	52
LEVOFLOXACINA, SOLUCIÓN ORAL.....	16	LOPINAVIR-RITONAVIR, COMPRIMIDOS ORALES, 100-25 MG.....	11
LEVONEST (28).....	58	LOPINAVIR-RITONAVIR, COMPRIMIDOS ORALES, 200-50 MG.....	11
LEVONORGESTREL-ETINILESTRADIOL	58	LOPINAVIR-RITONAVIR, SOLUCIÓN ORAL	11
LEVONORG-ETETINILESTRADIOL TRIFÁSICO	58	LORAZEPAM, COMPRIMIDOS ORALES, 0.5 MG, 1 MG	34

Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
LORAZEPAM, COMPRIMIDOS ORALES, 2 MG.....	34	LYZA	56
LORAZEPAM, CONCENTRADO ORAL.....	34	M	
LORAZEPAM, INTENSOL	34	MALATIÓN.....	44
LORAZEPAM, JERINGA INYECTABLE, 2 MG/ML.....	34	MALEATO DE ASENAPINA, COMPRIMIDOS	
LORAZEPAM, JERINGA ORAL	34	SUBLINGUALES, 5 MG	31
LORAZEPAM, SOLUCIÓN INYECTABLE.....	34	MALEATO DE ASENAPINA, COMPRIMIDOS	
LORBRENA, COMPRIMIDOS ORALES, 25 MG.....	21	SUBLINGUALES, 10 MG	31
LORBRENA, COMPRIMIDOS ORALES, 100 MG.....	21	MALEATO DE ENALAPRIL, COMPRIMIDOS ORALES ...	38
LORYNA (28)	58	MALEATO DE PROCLORPERAZINA.....	52
LOSARTÁN	38	MALEATO DE TIMOLOL,	
LOSARTÁN-HIDROCLOROTIAZIDA,		GOTAS OFTÁLMICAS (OJOS).....	59
COMPRIMIDOS ORALES, 50-12.5 MG.....	38	MALEATO DE TIMOLOL ORAL	39
LOSARTÁN-HIDROCLOROTIAZIDA,		MARAVIROC, COMPRIMIDOS ORALES, 150 MG	11
COMPRIMIDOS ORALES, 100-12.5 MG, 100-25 MG....	38	MARAVIROC, COMPRIMIDOS ORALES, 300 MG	11
LOTEMAX	60	MARGENZA	21
LOTEMAX SM	60	MARLISSA (28)	58
LOVASTATINA, COMPRIMIDOS ORALES, 10 MG	40	MARPLAN	34
LOVASTATINA, COMPRIMIDOS ORALES,		MARQIBO	21
20 MG, 40 MG	40	MATULANE.....	21
LOW-OGESTREL (28).....	58	MATZIM LA	38
LO-ZUMANDIMINE (28)	58	MAVYRET, COMPRIMIDOS ORALES	12
LUMAKRAS.....	21	MAVYRET, PÍLDORAS DE ADMINISTRACIÓN	
LUMIGAN, GOTAS OFTÁLMICAS (OJOS), 0.01%	60	ORAL EN PAQUETES.....	11
LUMIZYME	50	MECLIZINA, COMPRIMIDOS ORALES,	
LUMOXITI	21	12.5 MG, 25 MG.....	52
LUPRON DEPOT	21	MEDROL, COMPRIMIDOS ORALES, 2 MG.....	46
LUPRON DEPOT (3 MESES)	21	MEDROXIPROGESTERONA INTRAMUSCULAR	56
LUPRON DEPOT (4 MESES)	21	MEDROXIPROGESTERONA ORAL	56
LUPRON DEPOT (6 MESES)	21	MEFLOQUINA	15
LUPRON DEPOT-PED	21	MEGESTROL, COMPRIMIDOS ORALES.....	21
LUPRON DEPOT-PED (3 MESES), KIT CON		MEGESTROL, SUSPENSIÓN ORAL, 400 MG/10 ML	
JERINGA INTRAMUSCULAR, 11.25 MG.....	21	(10 ML), 400 MG/10 ML (40 MG/ML), 800 MG/20 ML	
LUPRON DEPOT-PED (3 MESES), KIT CON		(20 ML)	21
JERINGA INTRAMUSCULAR, 30 MG	21	MEKINIST, COMPRIMIDOS ORALES, 0.5 MG	21
LUTERA (28).....	58	MEKINIST, COMPRIMIDOS ORALES, 2 MG	21
LYBALVI	34	MEKTOVI.....	21
LYNPARZA	21	MELFALÁN	21
LYSODREN.....	21	MELOXICAM, COMPRIMIDOS ORALES, 7.5 MG	30
LYUMJEV KWIKPEN U-100, INSULINA.....	48	MELOXICAM, COMPRIMIDOS ORALES, 15 MG.....	30
LYUMJEV KWIKPEN U-200, INSULINA.....	48		
LYUMJEV U-100, INSULINA	48		

Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
MEMANTINA, CÁPSULAS ORALES CON GRÁNULOS, LIB. PROLONGADA, 24 HORAS.....	28	METFORMINA, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA, 24 HORAS, 750 MG.....	49
MEMANTINA, COMPRIMIDOS ORALES, 5 MG.....	28	METFORMIN, SOLUCIÓN ORAL.....	48
MEMANTINA, COMPRIMIDOS ORALES, 10 MG.....	28	METHYLPRED DP.....	46
MEMANTINA, COMPRIMIDOS ORALES, PAQUETE DOSIFICADO.....	28	METILDOPA.....	38
MEMANTINA, SOLUCIÓN ORAL.....	28	METILPREDNISOLONA, COMPRIMIDOS ORALES.....	46
MENACTRA (PF), SOLUCIÓN INTRAMUSCULAR.....	54	METILPREDNISOLONA, COMPRIMIDOS ORALES, PAQUETE DOSIFICADO.....	46
MENOSTAR.....	56	METIMAZOL, COMPRIMIDOS ORALES, 10 MG, 5 MG.....	47
MENQUADFI (PF).....	54	METIROSINA.....	38
MENVEO A-C-Y-W-135-DIP (PF).....	54	METOCARBAMOL, COMPRIMIDOS ORALES, 500 MG, 750 MG.....	28
MERCAPTOPURINA.....	21	METOLAZONA.....	38
MEROPENEM.....	15	METOTREXATO SÓDICO INYECTABLE.....	21
MEROPENEM-CLORURO DE SODIO AL 0.9%.....	15	METOTREXATO SÓDICO ORAL.....	21
MERZEE.....	58	METOTREXATO SÓDICO (PF).....	21
MESALAMINA, CÁPSULAS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA, 24 HORAS.....	52	METOXALENO.....	42
MESALAMINA CON PAÑUELO LIMPIADOR.....	52	METRO INTRAVENOSO.....	15
MESALAMINA, ENEMA RECTAL.....	52	METRONIDAZOL, COMPRIMIDOS ORALES.....	15
MESILATO DE ZIPRASIDONA.....	36	METRONIDAZOL EN NACL (ISO-OSM.).....	15
MESNA.....	17	METRONIDAZOL TÓPICO.....	42
MESNEX ORAL.....	17	METRONIDAZOL VAGINAL.....	56
METADATE, LIBERACIÓN PROLONGADA.....	34	MEXILETINA.....	36
METADONA, COMPRIMIDOS ORALES, 5 MG.....	29	MIACALCIN INYECTABLE.....	50
METADONA, COMPRIMIDOS ORALES, 10 MG.....	29	MIBELAS 24 FE.....	58
METADONA, CONCENTRADO ORAL.....	29	MICAFUNGINA.....	10
METADONA, SOLUCIÓN INYECTABLE.....	29	MICOFENOLATO SÓDICO.....	21
METADONA, SOLUCIÓN ORAL, 5 MG/5 ML.....	29	MICROGESTIN 1.5/30 (21).....	58
METADONA, SOLUCIÓN ORAL, 10 MG/5 ML.....	29	MICROGESTIN 1/20 (21).....	58
METAPROTERENOL, JARABE ORAL.....	62	MICROGESTIN FE 1.5/30 (28).....	58
METAZOLAMIDA.....	60	MICROGESTIN FE 1/20 (28).....	58
METFORMINA, COMPRIMIDOS ORALES, 1,000 MG.....	48	MIDODRINA.....	45
METFORMINA, COMPRIMIDOS ORALES, 500 MG.....	48	MIGERGOT.....	27
METFORMINA, COMPRIMIDOS ORALES, 850 MG.....	48	MIGLITOL, COMPRIMIDOS ORALES, 25 MG.....	49
METFORMINA, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA, 24 HORAS, 1,000 MG.....	49	MIGLITOL, COMPRIMIDOS ORALES, 50 MG.....	49
METFORMINA, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA, 24 HORAS, 500 MG.....	49	MIGLITOL, COMPRIMIDOS ORALES, 100 MG.....	49
METFORMINA, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA, 24 HORAS, 500 MG.....	49	MIGLUSTATO.....	50
		MILI.....	58
		MINOCICLINA, CÁPSULAS ORALES.....	17
		MINOCICLINA, COMPRIMIDOS ORALES.....	17

Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
MINOXIDIL ORAL	38	MORFINA, JERINGA INTRAVENOSA, 2 MG/ML, 4 MG/ML	30
MIRTAZAPINA, COMPRIMIDOS DE DESINTEGRACIÓN ORAL	34	MORFINA (PF), SOLUCIÓN INYECTABLE, 0.5 MG/ML, 1 MG/ML	29
MIRTAZAPINA, COMPRIMIDOS ORALES	34	MORFINA, SOLUCIÓN INTRAVENOSA, 10 MG/ML, 4 MG/ML, 8 MG/ML	30
MISOPROSTOL	53	MORFINA, SOLUCIÓN INYECTABLE, 8 MG/ML	29
MITIGARE	55	MORFINA, SOLUCIÓN ORAL	30
MITOMICINA INTRAVENOSA	21	MORFINA, SOLUCIÓN ORAL CONCENTRADA	29
MITOXANTRONA	21	MORPHINE, COMPRIMIDOS ORALES	30
M-M-R II (PF)	54	MORPHINE, JERINGA INTRAVENOSA, 10 MG/ML, 8 MG/ML	30
M-NATAL PLUS	65	MORPHINE, JERINGA INYECTABLE, 2 MG/ML, 4 MG/ML	30
MODAFINIL, COMPRIMIDOS ORALES, 100 MG	34	MORPHINE, SOLUCIÓN INYECTABLE, 10 MG/ML, 2 MG/ML, 4 MG/ML, 5 MG/ML	29
MODAFINIL, COMPRIMIDOS ORALES, 200 MG	34	MOUNJARO	49
MOEXIPRIL	38	MOVANTIK	52
MOFETIL MICOFENOLATO, CÁPSULAS ORALES	21	MOXIFLOXACINA-ACETATO SÓDICO, SULFATO EN AGUA	16
MOFETIL MICOFENOLATO (CLORHIDRATO)	21	MOXIFLOXACINA-CLORURO DE SODIO (ISO)	16
MOFETIL MICOFENOLATO, COMPRIMIDOS ORALES ..	21	MOXIFLOXACINA OFTÁLMICA (OJOS)	59
MOFETIL MICOFENOLATO, SUSPENSIÓN ORAL PARA RECONSTITUCIÓN	21	MOXIFLOXACINA ORAL	16
MOLINDONA	34	MOZOBIL	53
MOMETASONA NASAL	62	MUPIROCINA	42
MOMETASONA TÓPICA	44	MUPIROCINA CÁLCICA	43
MONDOXYNE NL, CÁPSULAS ORALES, 100 MG	17	MYLOTARG	21
MONJUVI	21	MYORISAN	42
MONOHIDRATO DE DOXICICLINA, CÁPSULAS ORALES, 100 MG, 50 MG	17	MYRBETRIQ, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA, 24 HORAS	63
MONOHIDRATO DE DOXICICLINA, CÁPSULAS ORALES, LIB. INMEDIATA-LIB. RETARDADA, BIFÁSICA	17		
MONOHIDRATO DE DOXICICLINA, COMPRIMIDOS ORALES	17	N	
MONOHIDRATO DE DOXICICLINA, SUSPENSIÓN ORAL PARA RECONSTITUCIÓN	17	NABUMETONA	30
MONOHIDRATO DE NITROFURANTOÍNA/ MACROCRIST	17	NADOLOL	38
MONO-LINYAH	58	NAFCILINA EN DEXTROSA, ISO-OSM.	16
MONONITRATO DE ISOSORBIDA	41	NAFCILINA INYECTABLE	16
MONTelukAST, COMPRIMIDOS ORALES	62	NAFCILINA, SOL. PARA RECONST. INTRAVENOSA, 2 GRAMOS	16
MONTelukAST, COMPRIMIDOS ORALES MASTICABLES	62	NAFTIFINA, CREMA TÓPICA	43
MONTelukAST, PAQUETE DE GRÁNULOS ORALES ..	62	NAFTIN, GEL TÓPICO, 2%	43
MORFINA, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA	30	NAGLAZYME	50

Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
NALOXONA, JERINGA INYECTABLE, 1 MG/ML	30	NEVIRAPINA, SUSPENSIÓN ORAL	12
NALOXONA NASAL	30	NEXAVAR	21
NALOXONA, SOLUCIÓN INYECTABLE	30	NEXLETOL	40
NALTREXONA	30	NEXLIZET	40
NAMZARIC	28	NIACINA, COMPRIMIDOS ORALES, 500 MG	40
NAPROXENO, COMPRIMIDOS ORALES	30	NIACINA, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA, 24 HORAS	40
NAPROXENO, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN RETARDADA (DR/EC)	30	NIACOR	40
NAPROXENO SÓDICO, COMPRIMIDOS ORALES, 275 MG, 550 MG	31	NICARDIPINA ORAL	38
NAPROXENO, SUSPENSIÓN ORAL	30	NICARDIPINA, SOLUCIÓN INTRAVENOSA	38
NARATRIPTÁN	27	NICOTROL	45
NARCAN	31	NICOTROL NS	45
NATACYN	59	NIFEDIPINA, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA	38
NATEGLINIDA, COMPRIMIDOS ORALES, 60 MG	49	NIFEDIPINA, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA, 24 HORAS	38
NATEGLINIDA, COMPRIMIDOS ORALES, 120 MG	49	NIKKI (28)	58
NATPARA	50	NILUTAMIDA	21
NAYZILAM	26	NIMODIPINA	38
NDS	10	NINLARO	21
NEBIVOLOL	38	NIPENT	21
NECON 0.5/35 (28)	58	NISOLDIPINA	38
NEFAZODONA	34	NISTATINA, COMPRIMIDOS ORALES	10
NELARABINA	21	NISTATINA, CREMA TÓPICA	43
NEOMICINA	15	NISTATINA, POLVO TÓPICO	43
NEOMICINA-BACITRACINA-POLIMIXINA	59	NISTATINA, POMADA TÓPICA	43
NEOMICINA-BACITRACINA-POLIMIXINA-HC	60	NISTATINA, SUSPENSIÓN ORAL	10
NEOMICINA-POLIMIXINA B-DEXAMETASONA	60	NISTATINA-TRIAMCINOLONA	43
NEOMICINA-POLIMIXINA B GU	44	NITAZOXANIDE	15
NEOMICINA-POLIMIXINA-GRAMICIDINA	59	NITISINONA	45
NEOMICINA-POLIMIXINA-HC OFTÁLMICA (OJOS)	60	NITROFURANTOÍNA	17
NEOMICINA-POLIMIXINA-HIDROCORTISONA ÓTICA (OÍDO)	46	NITROFURANTOÍNA, MACROCRISTALES	17
NEO-POLYCIN	59	NITROGLICERINA INTRAVENOSA	41
NEO-POLYCIN HC	60	NITROGLICERINA, PARCHE TRANSDÉRMICO, 24 HORAS	41
NERLYNX	21	NITROGLICERINA SUBLINGUAL	41
NEUPRO	27	NITROGLICERINA, TRANSLINGUAL	41
NEVIRAPINA, COMPRIMIDOS ORALES	12	NIVESTYM	53
NEVIRAPINA, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA, 24 HORAS, 100 MG	12	NIZATIDINA, CÁPSULAS ORALES	53
NEVIRAPINA, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA, 24 HORAS, 400 MG	12	NORA-BE	56
		NORET.-ETINILESTRADIOL/HIERRO	58

Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
NORETISTERONA AC-ETINILESTRADIOL, COMPRIMIDOS ORALES, 1-20 MG-MCG, 1.5-30 MG-MCG	58	OFLOXACINA OFTÁLMICA (OJOS)	59
NORETISTERONA (ANTICONCEPTIVO)	56	OFLOXACINA ÓTICA (OÍDOS)	46
NORETISTERONA-ETINILESTRADIOL-HIERRO	58	OLANZAPINA, COMPRIMIDOS DE DESINTEGRACIÓN ORAL, 10 MG, 5 MG	35
NORGESTIMATO-ETINILESTRADIOL	58	OLANZAPINA, COMPRIMIDOS DE DESINTEGRACIÓN ORAL, 15 MG, 20 MG	35
NORTHERA, CÁPSULAS ORALES, 100 MG	45	OLANZAPINA, COMPRIMIDOS ORALES, 10 MG, 2.5 MG, 5 MG, 7.5 MG	34
NORTHERA, CÁPSULAS ORALES, 200 MG, 300 MG	45	OLANZAPINA, COMPRIMIDOS ORALES, 15 MG, 20 MG	35
NORTREL 0.5/35 (28)	58	OLANZAPINA-FLUOXETINA	35
NORTREL 1/35 (21)	58	OLANZAPINA INTRAMUSCULAR	34
NORTREL 1/35 (28)	58	OLMESARTÁN	38
NORTREL 7/7/7 (28)	58	OLMESARTÁN-AMLODIPINA-HIDROCLOROTIAZIDA	38
NORTRIPTILINA, CÁPSULAS ORALES	34	OLMESARTÁN-HIDROCLOROTIAZIDA	38
NORTRIPTILINA, SOLUCIÓN ORAL	34	OLOPATADINA OFTÁLMICA (OJOS)	59
NORVIR, PAQUETE DE POLVO ORAL	12	OMEPRAZOL, CÁPSULAS ORALES, LIBERACIÓN RETARDADA (DR/EC)	53
NORVIR, SOLUCIÓN ORAL	12	OMNIPOD 5 G6 INTRO KIT (GEN 5)	49
NUBEQA	22	OMNIPOD 5 G6 PODS (GEN 5)	49
NUCALA, AUTOINYECTOR, VÍA SUBCUTÁNEA	62	OMNIPOD CLASSIC PDM KIT (GEN 3)	49
NUCALA, JERINGA SUBCUTÁNEA, 40 MG/0.4 ML	62	OMNIPOD CLASSIC PODS (GEN 3)	49
NUCALA, JERINGA SUBCUTÁNEA, 100 MG/ML	62	OMNIPOD DASH INTRO KIT (GEN 4)	49
NUEDEXTA	28	OMNIPOD DASH PDM KIT (GEN 4)	49
NULOJIX	22	OMNIPOD DASH PODS (GEN 4)	49
NUPLAZID	34	ONCASPAR	22
NUTRILIPID	64	ONDANSETRÓN	52
NUZYRA INTRAVENOSO	17	ONIVYDE	22
NUZYRA ORAL	17	ONUREG	22
NYAMYC	43	OPDIVO	22
NYLIA 1/35 (28)	58	OPDUALAG	22
NYLIA 7/7/7 (28)	58	OPSUMIT	62
NYMYO	58	ORALONE	46
NYSTOP	43	ORBACTIV	15
NYVEPRIA	53	ORENCIA CLICKJECT	56
O		ORENCIA, JERINGA SUBCUTÁNEA, 50 MG/0.4 ML	56
OALIVA	52	ORENCIA, JERINGA SUBCUTÁNEA, 87.5 MG/0.7 ML	56
OCELLA	58	ORENCIA, JERINGA SUBCUTÁNEA, 125 MG/ML	56
OCREVUS	28	ORGOVYX	22
ODEFSEY	12	ORKAMBI, COMPRIMIDOS ORALES	62
ODOMZO	22	ORKAMBI, PAQUETE DE GRÁNULOS ORALES	62
OFEV	62		

Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
OSELTAMIVIR	12	PALIPERIDONA, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA, 24 HORAS, 3 MG, 6 MG.....	35
OXACILINA INYECTABLE	16	PALONOSETRÓN, SOLUCIÓN INTRAVENOSA, 0.25 MG/5 ML	52
OXALATO DE ESCITALOPRAM, COMPRIMIDOS ORALES, 10 MG, 5 MG	33	PAMIDRONATO	51
OXALATO DE ESCITALOPRAM, COMPRIMIDOS ORALES, 20 MG	33	PA; NDS	39
OXALATO DE ESCITALOPRAM, SOLUCIÓN ORAL.....	33	PAÑOS CON ALCOHOL	47
OXALIPLATINO	22	PANTOPRAZOL, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN RETARDADA (DR/EC)	53
OXANDROLONA, COMPRIMIDOS ORALES, 2.5 MG	51	PA; QL (1/28); NDS	41
OXANDROLONA, COMPRIMIDOS ORALES, 10 MG	51	PARICALCITOL ORAL	51
OXAPROZINA	31	PAROEX, ENJUAGUE BUCAL	46
OXAZEPAM	35	PAROMOMICINA	15
OXCARBAZEPINA	26	PAROXETINE HCL, SUSPENSIÓN ORAL, 10 MG/5 ML	35
OXERVATE	59	PASER	15
OXICODONA-ACETAMINOFENO, COMPRIMIDOS ORALES, 10-325 MG, 2.5-325 MG, 5-325 MG, 7.5-325 MG	30	PAXIL, SUSPENSIÓN ORAL	35
OXICODONA, COMPRIMIDOS ORALES, 5 MG	30	PEDIARIX (PF)	54
OXICODONA, COMPRIMIDOS ORALES, 10 MG, 15 MG, 20 MG, 30 MG	30	PEDVAX HIB (PF)	54
OXICODONA, CONCENTRADO ORAL	30	PEG 3350-ELECTROLITOS, SOL. PARA RECONST. ORAL, 236-22.74-6.74-5.86 GRAMOS	52
OXICODONA, SOLUCIÓN ORAL	30	PEGASYS, JERINGA SUBCUTÁNEA	53
OXICODONE, JERINGA ORAL	30	PEGASYS, SOLUCIÓN SUBCUTÁNEA	53
OXIMORFONA, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA, 12 HORAS	30	PEG-ELECTROLITOS, SOLUCIÓN	52
OZEMPIC, LAPICERA PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA, 0.25 MG O 0.5 MG (2 MG/1.5 ML)	49	PEMAZYRE	22
OZEMPIC, LAPICERA PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA, 1 MG/DOSIS (4 MG/3 ML, 2 MG/DOSIS (8 MG/3 ML)	49	PEMETREXED DISÓDICO, SOL. PARA RECONST. INTRAVENOSA	22
P		PENICILAMINA	56
PACERONA, COMPRIMIDOS ORALES, 100 MG, 200 MG, 400 MG	36	PENICILINA G POTÁSICA	16
PACLITAXEL	22	PENICILINA V POTÁSICA, COMPRIMIDOS ORALES, 250 MG	16
PACLITAXEL PROTEIN-BOUND	22	PENICILINA V POTÁSICA, COMPRIMIDOS ORALES, 500 MG	16
PADCEV	22	PENICILINA V POTÁSICA, SOLUCIÓN PARA RECONST. ORAL	16
PA; LA; NDS	39	PENTACEL (PF)	54
PA; LA; NDS	39	PENTAMIDINA INYECTABLE	15
PALIPERIDONA, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA, 24 HORAS, 1.5 MG, 9 MG	35	PENTAMIDINA PARA INHALAR	15
		PENTASA	52
		PENTOXIFILINA	40
		PERFENAZINA	35

Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
PERFENAZINA-AMITRIPTILINA	35	POSACONAZOL	10
PERFOROMIST	62	POTASSIUM CHLORID-D5-0.45% NACL, SOLUCIÓN PARENTERAL INTRAVENOSA, 10 MEQ/L, 20 MEQ/L, 40 MEQ/L	64
PERIKABIVEN	64	POTASSIUM CHLORIDE-D5-0.2% NACL, SOLUCIÓN PARENTERAL INTRAVENOSA, 20 MEQ/L ..	64
PERINDOPRIL ERBUMINA	38	POTASSIUM CHLORIDE-D5-0.9% NACL	64
PERJETA	22	POTELIGEO	22
PERMETRINA	44	PRADAXA	40
PERSERIS	35	PRAMIPEXOL, COMPRIMIDOS ORALES	27
PFIZERPEN-G	16	PRAMIPEXOL, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA, 24 HORAS	27
PHESGO	22	PRASUGREL	40
PHILITH	58	PRAVASTATINA	40
PHOSPHOLINE IODIDE	60	PRAZIQUANTEL	15
PIFELTRO	12	PRAZOSINA	38
PIMECROLIMUS	42	PREDNICARBATO, POMADA TÓPICA	44
PIMOZIDA	35	PREDNISOLONA, SOLUCIÓN ORAL	46
PIMTREA (28)	58	PREDNISONA, COMPRIMIDOS ORALES, 1 MG, 10 MG, 2.5 MG, 20 MG, 5 MG	46
PINDOLOL	38	PREDNISONA, COMPRIMIDOS ORALES, 50 MG	46
PIOGLITAZONA	49	PREDNISONA, COMPRIMIDOS ORALES, PAQUETE DOSIFICADO	46
PIOGLITAZONA-METFORMINA	49	PREDNISONA, INTENSOL	46
PIPERACILINA-TAZOBACTAM	16	PREDNISONA, SOLUCIÓN ORAL	46
PIQRAY	22	PREGABALINA, CÁPSULAS ORALES, 100 MG, 150 MG, 25 MG, 50 MG, 75 MG	26
PIRAZINAMIDA	15	PREGABALINA, CÁPSULAS ORALES, 200 MG	26
PIRFENIDONA, COMPRIMIDOS ORALES, 267 MG	62	PREGABALINA, CÁPSULAS ORALES, 225 MG, 300 MG	26
PIRFENIDONA, COMPRIMIDOS ORALES, 801 MG	62	PREGABALINA, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA, 24 HORAS, 165 MG, 82.5 MG	26
PIRFENIDONE, COMPRIMIDOS ORALES, 534 MG	62	PREGABALINA, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA, 24 HORAS, 330 MG	26
PIRIMETAMINA	15	PREGABALINA, SOLUCIÓN ORAL	26
PIRMELLA, COMPRIMIDOS ORALES, 0.5/0.75/1 MG-35 MCG	58	PREHEVBRIO (PF)	54
PIRMELLA, COMPRIMIDOS ORALES, 1-35 MG-MCG	58	PREMARIN INYECTABLE	56
PLENAMINE	64	PREMARIN ORAL	56
PNV-DHA	65	PREMARIN VAGINAL	56
PNV-OMEGA	65	PREMASOL 10%	64
PNV-SELECT	65	PRENATAL PLUS (CARBONATO DE CALCIO)	65
PODOFILOX	42		
POLIMIXINA B SULFATO DE TRIMETOPRIMA	59		
POLIVY	22		
POLYCIN	59		
POMALYST	22		
PORTIA 28	58		
PORTRAZZA	22		

Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
PRENATAL VITAMIN PLUS LOW IRON.....	65	PROMETAZINA, SUPOSITARIO RECTAL, 12.5 MG, 25 MG.....	61
PREVALITE.....	40	PROMETHEGAN, SUPOSITARIO RECTAL, 25 MG, 50 MG.....	61
PREVYMIS ORAL.....	12	PROPAFENONA, CÁPSULAS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA, 12 HORAS.....	36
PREZCOBIX.....	12	PROPAFENONA, COMPRIMIDOS ORALES.....	36
PREZISTA, COMPRIMIDOS ORALES, 75 MG.....	12	PROPILTIOURACILO.....	47
PREZISTA, COMPRIMIDOS ORALES, 150 MG.....	12	PROPIONATO DE FLUTICASONA, CREMA TÓPICA.....	43
PREZISTA, COMPRIMIDOS ORALES, 600 MG.....	12	PROPIONATO DE FLUTICASONA NASAL.....	62
PREZISTA, COMPRIMIDOS ORALES, 800 MG.....	12	PROPIONATO DE FLUTICASONA, POMADA TÓPICA.....	44
PREZISTA, SUSPENSIÓN ORAL.....	12	PROPIONATO DE FLUTICASONA-SALMETEROL PARA INHALACIÓN, BLÍSTER CON DISPOSITIVO.....	62
PRIFTIN.....	15	PROPIONATO DE HALOBETASOL, CREMA TÓPICA.....	44
PRIMAQUINE.....	15	PROPIONATO DE HALOBETASOL, POMADA TÓPICA.....	44
PRIMIDONA.....	26	PROPRANOLOL, CÁPSULAS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA, 24 HORAS.....	38
PR NATAL 400.....	65	PROPRANOLOL, COMPRIMIDOS ORALES.....	38
PR NATAL 400 EC.....	65	PROPRANOLOL-HIDROCLOROTIAZIDA.....	38
PR NATAL 430.....	65	PROPRANOLOL, SOLUCIÓN ORAL.....	38
PR NATAL 430 EC.....	65	PROQUAD (PF).....	54
PROBENECID.....	55	PROSOL 20%.....	65
PROBENECID/COLCHICINA.....	55	PROTRIPTILINA.....	35
PROCALAMINE 3%.....	65	PULMICORT, SUSPENSIÓN PARA INHALACIÓN PARA NEBULIZACIÓN, 0.25 MG/2 ML, 0.5 MG/2 ML.....	62
PROCLORPERAZINA.....	52	PULMICORT, SUSPENSIÓN PARA INHALACIÓN PARA NEBULIZACIÓN, 1 MG/2 ML.....	62
PROCRIT.....	53	PULMOZYME.....	62
PROCTO-MED HC.....	53	PURIXAN.....	22
PROCTO-PAK.....	53		
PROCTOSOL HC TÓPICO.....	53	Q	
PROCTOZONA-HC.....	53	QINLOCK.....	22
PROGESTERONA MICRONIZADA.....	56	QL (20/30).....	60
PROGRAF INTRAVENOSO.....	22	QUADRACEL (PF).....	54
PROGRAF, PAQUETE DE GRÁNULOS ORALES.....	22	QUETIAPINA, COMPRIMIDOS ORALES, 100 MG, 25 MG, 50 MG.....	35
PROLASTIN-C, SOL. PARA RECONST. INTRAVENOSA.....	45	QUETIAPINA, COMPRIMIDOS ORALES, 150 MG, 200 MG.....	35
PROLASTIN-C, SOLUCIÓN INTRAVENOSA.....	45	QUETIAPINA, COMPRIMIDOS ORALES, 300 MG, 400 MG.....	35
PROLENSA.....	60	QUETIAPINA, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA, 24 HORAS, 150 MG, 200 MG.....	35
PROLEUKIN.....	54		
PROLIA.....	55		
PROMACTA, COMPRIMIDOS ORALES, 12.5 MG, 25 MG, 50 MG.....	40		
PROMACTA, COMPRIMIDOS ORALES, 75 MG.....	40		
PROMACTA, PAQUETE DE POLVO ORAL, 12.5 MG.....	40		
PROMACTA, PAQUETE DE POLVO ORAL, 25 MG.....	40		
PROMETAZINA ORAL.....	61		

Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
QUETIAPINA, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA, 24 HORAS, 300 MG, 400 MG, 50 MG ...	35	RIBAVIRINA, CÁPSULAS ORALES	12
QUINAPRIL	38	RIBAVIRINA, COMPRIMIDOS ORALES, 200 MG	12
QUINAPRIL-HIDROCLOROTIAZIDA	38	RIDAURA	56
R		RIFABUTINA	15
RABAVERT (PF)	54	RIFAMPINA INTRAVENOSA	15
RALOXIFENO	55	RIFAMPINA ORAL	15
RAMELTEÓN	35	RILUZOL	45
RAMIPRIL	38	RIMANTADINA	12
RANOLAZINA	41	RINVOQ	56
RASAGILINA	27	RISEDRONATO, COMPRIMIDOS ORALES, 5 MG	55
REBIF (CON ALBÚMINA)	54	RISEDRONATO, COMPRIMIDOS ORALES, 30 MG	45
REBIF, PAQUETE DE AJUSTE DE DOSIS	54	RISEDRONATO, COMPRIMIDOS ORALES, 35 MG, 35 MG (PAQUETE DE 12), 35 MG (PAQUETE DE 4)	55
REBIF REBIDOSE, LAPICERA PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA, 8.8 MCG/0.2 ML, 22 MCG/0.5 ML (6)	54	RISEDRONATO, COMPRIMIDOS ORALES, 150 MG	55
REBIF REBIDOSE, LAPICERA PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA, 22 MCG/0.5 ML, 44 MCG/0.5 ML	54	RISPERDAL CONSTA, SUSPENSIÓN INTRAMUSCULAR, RECONST. DE LIB. PROLONGADA, 12.5 MG/2 ML	35
RECLIPSEN (28)	58	RISPERDAL CONSTA, SUSPENSIÓN INTRAMUSCULAR, RECONST. DE LIB. PROLONGADA, 25 MG/2 ML, 37.5 MG/2 ML, 50 MG/2 ML	35
RECOMBIVAX HB (PF)	54	RISPERIDONA, COMPRIMIDOS DE DESINTEGRACIÓN ORAL, 0.25 MG, 0.5 MG, 4 MG	35
RECTIV	53	RISPERIDONA, COMPRIMIDOS DE DESINTEGRACIÓN ORAL, 1 MG	35
REGONOL	29	RISPERIDONA, COMPRIMIDOS DE DESINTEGRACIÓN ORAL, 2 MG	35
REGRANEX	42	RISPERIDONA, COMPRIMIDOS DE DESINTEGRACIÓN ORAL, 3 MG	36
RENACIDIN	63	RISPERIDONA, COMPRIMIDOS ORALES, 0.25 MG, 0.5 MG, 4 MG	35
REPAGLINIDA, COMPRIMIDOS ORALES, 0.5 MG	49	RISPERIDONA, COMPRIMIDOS ORALES, 1 MG	35
REPAGLINIDA, COMPRIMIDOS ORALES, 1 MG	49	RISPERIDONA, COMPRIMIDOS ORALES, 2 MG	35
REPAGLINIDA, COMPRIMIDOS ORALES, 2 MG	49	RISPERIDONA, COMPRIMIDOS ORALES, 3 MG	35
REPATHA, JERINGA	40	RISPERIDONA, JERINGA ORAL	35
REPATHA PUSHTRONEX	40	RISPERIDONA, SOLUCIÓN ORAL	35
REPATHA SURECLICK	40	RITONAVIR	12
RESTASIS	60	RIVASTIGMINA	28
RESTASIS MULTIDOSIS	60	RIVELSA	58
RETACRIT	54	RIZATRIPTÁN	27
RETEVMO, CÁPSULAS ORALES, 40 MG	22	ROCKLATAN	60
RETEVMO, CÁPSULAS ORALES, 80 MG	22		
RETROVIR INTRAVENOSO	12		
REVLIMID	22		
REXULTI	35		
REYATAZ, PAQUETE DE POLVO ORAL	12		
RHOPRESSA	60		

Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
ROMIDEPSIN.....	22	SELZENTRY, SOLUCIÓN ORAL	12
ROPINIROL, COMPRIMIDOS ORALES	27	SE-NATAL-19	65
ROSADAN, CREMA TÓPICA	42	SE-NATAL 19, MASTICABLE	65
ROSADAN, GEL TÓPICO.....	42	SEREVENT DISKUS	62
ROSUVASTATINA.....	40	SERTRALINA, COMPRIMIDOS ORALES.....	36
ROTARIX	54	SERTRALINA, CONCENTRADO ORAL	36
ROTATEQ, VACUNA	54	SETLAKIN	58
ROWEEPR, COMPRIMIDOS ORALES, 500 MG.....	26	SEVELAMER CARBONATE	45
ROZLYTREK, CÁPSULAS ORALES, 100 MG.....	22	SHAROBEL.....	56
ROZLYTREK, CÁPSULAS ORALES, 200 MG.....	22	SHINGRIX (PF)	54
RUBRACA.....	22	SIGNIFOR	22
RUFINAMIDA, COMPRIMIDOS ORALES.....	26	SILDENAFIL (HIPERTENSIÓN PULMONAR), COMPRIMIDOS ORALES	62
RUFINAMIDE, SUSPENSIÓN ORAL	26	SIMBRINZA.....	60
RUKOBIA.....	12	SIMLIYA (28).....	58
RUXIENCE	22	SIMPESSE	58
RYBELSUS	49	SIMULECT.....	22
RYBREVENT.....	22	SIMVASTATINA, COMPRIMIDOS ORALES.....	40
RYDAPT.....	22	SIROLIMUS, COMPRIMIDOS ORALES	22
RYLAZE	22	SIROLIMUS, SOLUCIÓN ORAL.....	22
RYTARY	27	SIRTURO	15
S		SIVEXTRO INTRAVENOSO	15
SAJAZIR.....	62	SIVEXTRO ORAL	15
SALSALATO	31	SKYRIZI, INTRAVENOSO	41
SAMSCA, COMPRIMIDOS ORALES, 15 MG	51	SKYRIZI, INYECTOR PONIBLE SUBCUTÁNEO	53
SANCUSO.....	53	SKYRIZI, JERINGA SUBCUTÁNEA, 150 MG/ML.....	41
SANDIMMUNE, SOLUCIÓN ORAL.....	22	SKYRIZI, KIT DE JERINGA SUBCUTÁNEA.....	41
SANDOSTATIN LAR DEPOT, SUSPENSIÓN INTRAMUSCULAR, RECONST. DE LIB. PROLONGADA	22	SKYRIZI, LAPICERA PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA	41
SANTYL	42	SOLIFENACINA.....	63
SAPROPTERINA.....	51	SOLQUA 100/33.....	49
SARCLISA.....	22	SOLTAMOX.....	22
SCSEMBLIX, COMPRIMIDOS ORALES, 20 MG.....	22	SOLUCIÓN DE LACTATO SÓDICO COMPUESTA INTRAVENOSA	63
SCSEMBLIX, COMPRIMIDOS ORALES, 40 MG.....	22	SOLUCIÓN DE LACTATO SÓDICO COMPUESTA INTRAVENOSA	64
SECUADO.....	36	SOLU-CORTEF ACT-O-VIAL (PF).....	46
SELZENTRY, COMPRIMIDOS ORALES, 25 MG	12	SOMATULINE DEPOT.....	23
SELZENTRY, COMPRIMIDOS ORALES, 150 MG, 75 MG	12	SOMAVERT.....	51
SELZENTRY, COMPRIMIDOS ORALES, 300 MG.....	12	SORAFENIB	23
		SORINE	37

Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
SOTALOL AF.....	37	SUCCINATO SÓDICO DE METILPREDNISOLONA, SOL. PARA RECONST. INYECT., 125 MG, 40 MG	46
SOTALOL ORAL	37	SUCRAID	53
SOTYLIZE	37	SUCRALFATO, COMPRIMIDOS ORALES	53
SPRINTEC (28)	58	SUCRALFATO, SUSPENSIÓN ORAL.....	53
SPRITAM	26	SULFACETAMIDA-PREDNISOLONA.....	60
SPRYCEL, COMPRIMIDOS ORALES, 20 MG, 70 MG.....	23	SULFACETAMIDA SÓDICA (ACNÉ)	43
SPRYCEL, COMPRIMIDOS ORALES, 100 MG, 140 MG, 50 MG, 80 MG.....	23	SULFACETAMIDA SÓDICA, GOTAS OFTÁLMICAS (OJOS).....	60
SPS (CON SORBITOL).....	45	SULFADIAZINA	16
SRONYX	58	SULFADIAZINA DE PLATA.....	42
SSD	42	SULFAMETOXAZOL-TRIMETOPRIMA, COMPRIMIDOS ORALES	17
STAMARIL (PF)	54	SULFAMETOXAZOL/TRIMETOPRIMA INTRAVENOSO	17
STELARA, JERINGA SUBCUTÁNEA, 45 MG/0.5 ML	41	SULFAMETOXAZOL-TRIMETOPRIMA, SUSPENSIÓN ORAL.....	17
STELARA, JERINGA SUBCUTÁNEA, 90 MG/ML.....	41	SULFASALAZINA	53
STELARA, SOLUCIÓN SUBCUTÁNEA.....	41	SULFATO DE ALBUTEROL, COMPRIMIDOS ORALES.....	61
STIVARGA.....	23	SULFATO DE ALBUTEROL, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA, 12 HORAS.....	61
STRIBILD.....	12	SULFATO DE ALBUTEROL, JARABE ORAL.....	61
SUBVENITE	26	SULFATO DE ALBUTEROL PARA INHALAR, INHALADOR EN AEROSOL DE HFA, 90 MCG/ACTIVACIÓN	61
SUBVENITE, PAQUETE INICIAL (AZUL)	26	SULFATO DE ALBUTEROL PARA INHALAR, INHALADOR EN AEROSOL DE HFA, 90 MCG/ACTIVACIÓN (NDA020983)	61
SUBVENITE, PAQUETE INICIAL (NARANJA).....	26	SULFATO DE ALBUTEROL PARA INHALAR, SOLUCIÓN PARA NEBULIZACIÓN.....	61
SUBVENITE, PAQUETE INICIAL (VERDE)	26	SULFATO DE DEXTROANFETAMINA, CÁPSULAS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA.....	32
SUCCINATO DE DESVENLAFAXINA, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA, 24 HORAS, 25 MG.....	32	SULFATO DE DEXTROANFETAMINA, COMPRIMIDOS ORALES	32
SUCCINATO DE DESVENLAFAXINA, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA, 24 HORAS, 50 MG.....	32	SULFATO DE DEXTROANFETAMINA, SOLUCIÓN ORAL.....	32
SUCCINATO DE DESVENLAFAXINA, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA, 24 HORAS, 100 MG.....	32	SULFATO DE GENTAMICINA (PEDIÁTRICO) (PF).....	15
SUCCINATO DE LOXAPINA	34	SULFATO DE MAGNESIO EN AGUA.....	63
SUCCINATO DE METOPROLOL.....	38	SULFATO DE MAGNESIO EN D5W, INFUSIÓN SECUNDARIA INTRAVENOSA, 1 GRAMO/100 ML.....	63
SUCCINATO DE SUMATRIPTÁN ORAL	27	SULFATO DE MAGNESIO INYECTABLE	63
SUCCINATO DE SUMATRIPTÁN, SOLUCIÓN SUBCUTÁNEA.....	28	SULFATO DE POLIMIXINA B	15
SUCCINATO DE SUMATRIPTÁN, SUBCUTÁNEO EN CARTUCHO	28		
SUCCINATO DE SUMATRIPTÁN, SUBCUTÁNEO EN LAPICERA.....	28		
SUCCINATO SÓDICO DE CLORANFENICOL	14		
SUCCINATO SÓDICO DE METILPREDNISOLONA INTRAVENOSO	46		

Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
SULFATO DE QUINIDINA, COMPRIMIDOS ORALES . . .	37	TADLIQ	62
SULFATO DE QUININA	15	TAFINLAR	23
SULFATO DE TOBRAMICINA	15	TAGRISSE	23
SULFONATO DE POLIESTIRENO SÓDICO, POLVO ORAL	45	TALICIA	53
SULFURO DE SELENIO, LOCIÓN TÓPICA	41	TALTZ, JERINGA	4
SULINDACO	31	TALZENNA, CÁPSULAS ORALES, 0.5 MG, 0.75 MG, 1 MG	23
SUMATRIPTÁN, ROCIADOR NASAL NO AEROSOL, 5 MG/ACTIVACIÓN	27	TALZENNA, CÁPSULAS ORALES, 0.25 MG	23
SUMATRIPTÁN, ROCIADOR NASAL NO AEROSOL, 20 MG/ACTIVACIÓN	27	TAMOXIFENO	23
SUNITINIB	23	TAMSULOSINA	63
SUPRAX, SUSPENSIÓN ORAL PARA RECONSTITUCIÓN, 500 MG/5 ML	13	TARGRETIN TÓPICO	23
SUPREP, KIT DE PREPARACIÓN INTESTINAL	53	TARINA 24 FE	58
SUTAB	53	TARINA FE 1/20 (28)	58
SUTENT	23	TARINA FE 1-20 EQ (28)	58
SYEDA	58	TARON-C DHA	65
SYMDEKO	62	TARTRATO DE METOPROLOL- HIDROCLOROTIAZIDA	38
SYMLINPEN 60	49	TARTRATO DE METOPROLOL ORAL	38
SYMLINPEN 120	49	TARTRATO DE RIVASTIGMINA	28
SYMPAZAN	26	TASIGNA, CÁPSULAS ORALES, 50 MG	23
SYMTUZA	12	TASIGNA, CÁPSULAS ORALES, 150 MG, 200 MG	23
SYNAREL	51	TAYSOFY	58
SYNJARDY	49	TAZAROTENO, CREMA TÓPICA	42
SYNJARDY XR, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN INMEDIATA-LIBERACIÓN PROLONGADA, BIFÁSICA, 24 HORAS, 10-1,000 MG, 12.5-1,000 MG, 5-1,000 MG	49	TAZAROTENO, GEL TÓPICO	42
SYNJARDY XR, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN INMEDIATA-LIBERACIÓN PROLONGADA, BIFÁSICA, 24 HORAS, 25-1,000 MG	49	TAZICEF	13
SYNRIBO	23	TAZORAC, CREMA TÓPICA, 0.05%	42
SYNTHROID	51	TAZORAC, GEL TÓPICO	42
		TAZTIA XT, CÁPSULAS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA, 24 HORAS, 120 MG, 180 MG, 240 MG, 300 MG	39
		TAZVERIK	23
		TDVAX	54
		TECENTRIQ	23
		TECHLITE, AGUJA PARA LAPICERA	50
		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	49
TABLOID	23		
TABRECTA	23		
TACROLIMUS ORAL	23		
TACROLIMUS TÓPICO	42		
TADALAFIL (HIPERTENSIÓN PULMONAR)	62		

Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
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".....	50	TIADYLT, LIBERACIÓN PROLONGADA	39
TEFLARO.....	13	TIAGABINA	26
TEKTURN HCT	39	TIBSOVO	23
TELMISARTÁN	39	TICE BCG	54
TELMISARTÁN-AMLODIPINA	39	TICOVAC	54
TELMISARTÁN-HICROCLOROTIAZIDA.....	39	TIGECICLINA	15
TEMAZEPAM, CÁPSULAS ORALES, 15 MG, 30 MG.....	36	TILIA FE	58
TEMIXYS	12	TIMOLOL MALEATE, SOLUCIÓN GELIFICANTE OFTÁLMICA (OJOS)	59
TEMODAR INTRAVENOSO.....	23	TIORIDAZINA.....	36
TEMSIROLIMUS	23	TIOTEPA	23
TENIVAC (PF).....	54	TIOTIXENO.....	36
TEOFILINA, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA, 12 HORAS, 300 MG, 450 MG	62	TIS-U-SOL PENTALITO.....	44
TEOFILINA, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA, 24 HORAS	62	TIVDAK.....	23
TEPMETKO	23	TIVICAY, COMPRIMIDOS ORALES, 10 MG.....	12
TERAZOSINA, CÁPSULAS ORALES, 1 MG, 2 MG, 5 MG	39	TIVICAY, COMPRIMIDOS ORALES, 25 MG, 50 MG	12
TERAZOSINA, CÁPSULAS ORALES, 10 MG	39	TIVICAY PD.....	12
TERBUTALINA.....	62	TIZANIDINA, CÁPSULAS ORALES	29
TERCONAZOL.....	56	TIZANIDINA, COMPRIMIDOS ORALES	29
TERIPARATIDE	55	TOBI PODHALER, CÁPSULA DE INHALACIÓN CON DISPOSITIVO DE INHALACIÓN	15
TESTOSTERONA, GEL TRANSDÉRMICO	51	TOBRADEX ST	60
TESTOSTERONA, GEL TRANSDÉRMICO EN BOMBA CON DOSIS MEDIDAS, 12.5 MG/1.25 GRAMOS (1%) ...	51	TOBRAMICINA-DEXAMETASONA	60
TESTOSTERONA, GEL TRANSDÉRMICO EN PAQUETE, 1% (25 MG/2.5 GRAMOS), 1% (50 MG/5 GRAMOS)	51	TOBRAMICINA EN NAACL AL 0.225%	15
TESTOSTERONE CYPIONATE, ACEITE INTRAMUSCULAR, 200 MG/ML	51	TOBRAMICINA OFTÁLMICA (OJOS)	59
TETANUS, DIPHTHERIA TOX PEDIÁTRICA (PF)	54	TOBREX, POMADA OFTÁLMICA (OJOS).....	59
TETRABENAZINA, COMPRIMIDOS ORALES, 12.5 MG ..	28	TOLCAPONA	27
TETRABENAZINA, COMPRIMIDOS ORALES, 25 MG.....	28	TOLTERODINA	63
TETRACICLINA	17	TOLVAPTAN, COMPRIMIDOS ORALES, 15 MG	51
THALOMID, CÁPSULAS ORALES, 100 MG, 150 MG, 50 MG	23	TOLVAPTÁN, COMPRIMIDOS ORALES, 30 MG	51
THALOMID, CÁPSULAS ORALES, 200 MG	23	TOPIMARATO, COMPRIMIDOS ORALES	26
THEO-24	62	TOPIRAMATO, CÁPSULAS ORALES, CON GRÁNULOS	26
		TOPOSAR	23
		TOPOTECÁN, SOL. PARA RECONST. INTRAVENOSA ..	23
		TOPOTECÁN, SOLUCIÓN INTRAVENOSA, 4 MG/4 ML (1 MG/ML)	23
		TOREMIFENO	23
		TORSEMIDA ORAL	39
		TOUJEO MAX U-300 SOLOSTAR.....	50
		TOUJEO SOLOSTAR U-300, INSULINA	50

Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
TOVIAZ.....	63	TRIKAFTA, COMPRIMIDOS ORALES, TERAPIA SECUENCIAL, 50-25-37.5 MG (D)/75 MG (N).....	63
TPN ELECTROLYTES.....	64	TRIKAFTA, COMPRIMIDOS ORALES, TERAPIA SECUENCIAL, 100-50-75 MG (D)/150 MG (N).....	63
TRADJENTA.....	50	TRI-LEGEST FE.....	58
TRAMADOL-ACETAMINOFENO.....	31	TRI-LINYAH.....	58
TRAMADOL, COMPRIMIDOS ORALES, 50 MG.....	31	TRI-LO-ESTARYLLA.....	58
TRANDOLAPRIL.....	39	TRI-LO-MARZIA.....	58
TRANILCIPROMINA.....	36	TRI-LO-MILI.....	58
TRAVASOL 10%.....	65	TRI-LO-SPRINTEC.....	59
TRAVOPROST.....	60	TRIMETOPRIMA.....	17
TRAZIMERA.....	23	TRI-MILI.....	59
TRAZODONA.....	36	TRIMIPRAMINA.....	36
TREANDA.....	23	TRINATAL RX 1.....	65
TRECATOR.....	15	TRINTELLIX.....	36
TRELEGY ELLIPTA.....	62	TRI-NYMYO.....	59
TRELSTAR, SUSPENSIÓN INTRAMUSCULAR PARA RECONSTITUCIÓN, 11.25 MG, 3.75 MG.....	23	TRIÓXIDO DE ARSÉNICO.....	18
TRELSTAR, SUSPENSIÓN INTRAMUSCULAR PARA RECONSTITUCIÓN, 22.5 MG.....	23	TRIPTODUR.....	23
TRESIBA FLEXTOUCH U-100.....	50	TRI-SPRINTEC (28).....	59
TRESIBA FLEXTOUCH U-200.....	50	TRIUMEQ.....	12
TRESIBA U-100, INSULINA.....	50	TRIUMEQ PD.....	12
TRETINOÍNA (ANTINEOPLÁSICO).....	23	TRIVORA (28).....	59
TRETINOÍNA, CREMA TÓPICA.....	42	TRI-VYLIBRA.....	59
TRETINOÍNA, GEL TÓPICO, 0.01%.....	42	TRI-VYLIBRA LO.....	59
TRETINOÍNA, GEL TÓPICO, 0.025%, 0.05%.....	42	TRIZIVIR.....	12
TRETINOÍNA, MICROESFERAS.....	42	TRODELVY.....	23
TRIAMTERENO-HIDROCLOROTIAZIDA.....	39	TROGARZO.....	12
TRIDERM, CREMA TÓPICA, 0.1%.....	44	TROKENDI XR, CÁPSULAS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA, 24 HORAS, 100 MG, 25 MG, 50 MG....	26
TRIENTINA.....	45	TROKENDI XR, CÁPSULAS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA, 24 HORAS, 200 MG.....	26
TRI-ESTARYLLA.....	58	TROPHAMINE 10%.....	65
TRI FEMYNOR.....	58	TRULICITY.....	50
TRIFLUOPERAZINA.....	36	TRUMENBA.....	54
TRIFLURIDINA.....	59	TRUSELTIQ, CÁPSULAS ORALES, 75 MG/DÍA (25 MG X 3).....	23
TRIHEXIFENIDILO.....	27	TRUSELTIQ, CÁPSULAS ORALES, 100 MG/DÍA (100 MG X 1).....	23
TRIJARDY XR, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN INMEDIATA-LIBERACIÓN PROLONGADA, BIFÁSICA, 24 HORAS, 10-5-1,000 MG, 25-5-1,000 MG.....	50	TRUSELTIQ, CÁPSULAS ORALES, 125 MG/DÍA (100 MG X 1-25 MG X 1), 50 MG/DÍA (25 MG X 2).....	23
TRIJARDY XR, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN INMEDIATA-LIBERACIÓN PROLONGADA, BIFÁSICA, 24 HORAS, 12.5-2.5-1,000 MG, 5-2.5-1,000 MG.....	50	TUKYSA, COMPRIMIDOS ORALES, 50 MG.....	24

Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
TUKYSA, COMPRIMIDOS ORALES, 150 MG.....	23	VANCOMICINA, CÁPSULAS ORALES, 125 MG.....	16
TURALIO	24	VANCOMICINA, CÁPSULAS ORALES, 250 MG.....	16
TWINRIX (PF).....	55	VANCOMICINA EN DEXTROSA AL 5%, INFUSIÓN SECUNDARIA INTRAVENOSA, 500 MG/100 ML.....	15
TYBLUME	59	VANCOMICINA INYECTABLE.....	15
TYBOST.....	12	VANCOMICINA, SOL. PARA RECONST. I NTRAVENOSA, 1,000 MG, 10 GRAMOS, 5 GRAMOS, 500 MG, 750 MG	15
TYDEMY.....	59	VANCOMYCIN EN CLORURO DE SODIO AL 0.9%, INFUSIÓN SECUNDARIA INTRAVENOSA.....	15
TYMLOS.....	55	VANCOMYCIN EN DEXTROSA AL 5%, INFUSIÓN SECUNDARIA INTRAVENOSA, 1 GRAMO/200 ML, 750 MG/150 ML	15
TYPHIM VI.....	55	VANCOMYCIN, SOL. PARA RECONST. INTRAVENOSA, 1.25 GRAMOS, 1.5 GRAMOS	16
TYSABRI	28	VANCOMYCIN-WATER, INYECTABLE (PEG).....	16
U		VANDAZOL	56
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	51	VAQTA (PF).....	55
UNITHROID, COMPRIMIDOS ORALES, 137 MCG.....	51	VARENICLINA	45
UNITUXIN	24	VARIVAX (PF).....	55
UPTRAVI ORAL	39	VARIZIG	55
URSODIOL, CÁPSULAS ORALES, 300 MG	53	VASCEPA.....	40
URSODIOL, COMPRIMIDOS ORALES	53	VECTIBIX.....	24
V		VEKLURY	12
VALACICLOVIR, COMPRIMIDOS ORALES, 1 GRAMO... 12		VELCADE	24
VALACICLOVIR, COMPRIMIDOS ORALES, 500 MG.... 12		VELIVET, RÉGIMEN TRIFÁSICO (28).....	59
VALCHLOR	42	VELPHORO.....	45
VALERATO DE BETAMETASONA, CREMA TÓPICA 43		VELTASSA.....	45
VALERATO DE BETAMETASONA, ESPUMA TÓPICA 43		VEMLIDY	12
VALERATO DE BETAMETASONA, LOCIÓN TÓPICA.... 43		VENCLEXTA, COMPRIMIDOS ORALES, 10 MG	24
VALERATO DE BETAMETASONA, POMADA TÓPICA.... 43		VENCLEXTA, COMPRIMIDOS ORALES, 50 MG	24
VALERATO DE ESTRADIOL, ACEITE INTRAMUSCULAR, 20 MG/ML, 40 MG/ML	56	VENCLEXTA, COMPRIMIDOS ORALES, 100 MG.....	24
VALERATO DE HIDROCORTISONA	44	VENCLEXTA, PAQUETE INICIAL	24
VALGANCICLOVIR, COMPRIMIDOS ORALES	12	VENLAFAXINA, CÁPSULAS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA, 24 HORAS, 75 MG	36
VALGANCICLOVIR, SOL. PARA RECONST. ORAL 12		VENLAFAXINA, CÁPSULAS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA, 24 HORAS, 150 MG, 37.5 MG	36
VALPROATO SÓDICO.....	26	VENLAFAXINA, COMPRIMIDOS ORALES, 50 MG, 75 MG	36
VALRUBICINA	24	VENLAFAXINA, COMPRIMIDOS ORALES, 100 MG, 25 MG, 37.5 MG.....	36
VALSARTÁN, COMPRIMIDOS ORALES, 160 MG, 40 MG, 80 MG	39	VENTAVIS	63
VALSARTÁN, COMPRIMIDOS ORALES, 320 MG.....	39		
VALSARTÁN-HIDROCLOROTIAZIDA	39		
VALTOCO.....	26		

Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
VENTOLIN HFA	63	VIREAD, POLVO ORAL.....	12
VERAPAMIL, CÁPSULAS ORALES, PÍLDORAS DE LIB. PROL., 24 HORAS, 360 MG.....	39	VIRT-NATE DHA	65
VERAPAMILO, CÁPSULAS ORALES, PÍLDORAS CT DE LIB. PROL., 24 HORAS	39	VIRT-PN DHA.....	65
VERAPAMILO, CÁPSULAS ORALES, PÍLDORAS DE LIB. PROL., 24 HORAS, 120 MG, 180 MG, 240 MG	39	VITRAKVI, CÁPSULAS ORALES, 25 MG.....	24
VERAPAMILO, COMPRIMIDOS ORALES	39	VITRAKVI, CÁPSULAS ORALES, 100 MG.....	24
VERAPAMILO, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA.....	39	VITRAKVI, SOLUCIÓN ORAL.....	24
VERAPAMILO, SOLUCIÓN INTRAVENOSA	39	VIVITROL.....	31
VERSACLOZ	36	VIZIMPRO	24
VERZENIO	24	VOLNEA (28)	59
VESTURA (28).....	59	VONJO	24
V-GO 20	50	VORICONAZOL, COMPRIMIDOS ORALES.....	10
V-GO 30	50	VORICONAZOL INTRAVENOSO.....	10
V-GO 40	50	VORICONAZOL, SUSPENSIÓN ORAL PARA RECONSTITUCIÓN	10
VICTOZA 2-PAK.....	50	VOSEVI	13
VICTOZA 3-PAK.....	50	VOTRIENT.....	24
VIENVA.....	59	VRAYLAR, CÁPSULAS ORALES.....	36
VIGABATRINA	26	VRAYLAR, CÁPSULAS ORALES, PAQUETE DOSIFICADO	36
VIGADRONE.....	26	VUMERITY	28
VIIBRYD, COMPRIMIDOS ORALES.....	36	VYFEMLA (28)	59
VIIBRYD, COMPRIMIDOS ORALES, PAQUETE DOSIFICADO, 10 MG (7), 20 MG (23)	36	VYLIBRA	59
VILAZODONA.....	36	VYNDAMAX	41
VIMPAT, COMPRIMIDOS ORALES, 50 MG	27	VYNDAQEL.....	41
VIMPAT, COMPRIMIDOS ORALES, 100 MG, 150 MG, 200 MG	26	VYXEOS.....	24
VIMPAT INTRAVENOSO.....	26		
VIMPAT, SOLUCIÓN ORAL	26	W	
VINBLASTINA	24	WARFARINA.....	40
VINCASAR PFS.....	24	WELIREG	24
VINCRISTINA.....	24	WERA (28).....	59
VINORELBINA.....	24	WESTAB PLUS	65
VIOKACE.....	53	WESTGEL DHA.....	65
VIORELE (28).....	59	WESTGEL DHA.....	65
VIRACEPT, COMPRIMIDOS ORALES, 250 MG.....	12	WIXELA INHUB	63
VIRACEPT, COMPRIMIDOS ORALES, 625 MG.....	12	WYMZYA FE.....	59
VIREAD, COMPRIMIDOS ORALES, 150 MG, 200 MG, 250 MG	13		
		X	
		XALKORI	24
		XARELTO.....	40

Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
XARELTO, TRATAMIENTO INICIAL PARA TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA/EMBOLIA PULMONAR, 30 DÍAS	40	XTANDI, COMPRIMIDOS ORALES, 40 MG	24
XATMEP	24	XTANDI, COMPRIMIDOS ORALES, 80 MG	24
XCOPRI, COMPRIMIDOS ORALES, 50 MG	27	XULTOPHY 100/3.6	50
XCOPRI, COMPRIMIDOS ORALES, 100 MG	27	XYREM	36
XCOPRI, COMPRIMIDOS ORALES, 150 MG, 200 MG ...	27	Y	
XCOPRI, PAQUETE DE AJUSTE DE DOSIS, COMPRIMIDOS ORALES, PAQUETE DOSIFICADO, 12.5 MG (14)-25 MG (14), 150 MG (14)-200 MG (14)	27	YERVOY	24
XCOPRI, PAQUETE DE AJUSTE DE DOSIS, COMPRIMIDOS ORALES, PAQUETE DOSIFICADO, 50 MG (14)-100 MG (14)	27	YF-VAX (PF), SUSPENSIÓN SUBCUTÁNEA PARA RECONSTITUCIÓN, 10 EXP 4.74 UNIDADES/0.5 ML ...	55
XCOPRI, PAQUETE DE MANTENIMIENTO, COMPRIMIDOS ORALES, 250 MG/DÍA (150 MG X 1-100 MG X 1)	27	YONDELIS	24
XCOPRI, PAQUETE DE MANTENIMIENTO, COMPRIMIDOS ORALES, 350 MG/DÍA (200 MG X 1-150 MG X 1)	27	YUPELRI	63
XELJANZ, COMPRIMIDOS ORALES	56	YUVAFEM	56
XELJANZ, SOLUCIÓN ORAL	56	Z	
XELJANZ XR	56	ZAFIRLUKAST	63
XGEVA	17	ZALEPLON, CÁPSULAS ORALES, 5 MG	36
XHANCE	63	ZALEPLON, CÁPSULAS ORALES, 10 MG	36
XIAFLEX	45	ZALTRAP	24
XIFAXAN, COMPRIMIDOS ORALES, 550 MG	16	ZANOSAR	24
XIIDRA	60	ZATEAN-PN DHA	65
XOFLUZA	13	ZATEAN-PN DHA	65
XOLAIR, JERINGA SUBCUTÁNEA, 75 MG/0.5 ML	63	ZATEAN-PN PLUS	65
XOLAIR, JERINGA SUBCUTÁNEA, 150 MG/ML	63	ZATEAN-PN PLUS	65
XOLAIR, SOL. PARA RECONST. SUBCUTÁNEA	63	ZEJULA	24
XOPENEX	63	ZELBORAF	24
XOPENEX CONCENTRADO	63	ZEMAIRA	45
XOSPATA	24	ZENATANE	42
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)	24	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	53
XTAMPZA ER	30	ZEPZELCA	24
XTANDI, CÁPSULAS ORALES	24	ZIDOVUDINA, CÁPSULAS ORALES	13
		ZIDOVUDINA, COMPRIMIDOS ORALES	13
		ZIDOVUDINA, JARABE ORAL	13
		ZIRABEV	24
		ZIRGAN	59
		ZOLADEX	24

Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
ZOLEDRONIC ACID-MANNITOL-WATER, INFUSIÓN SECUNDARIA INTRAVENOSA, 5 MG/100 ML	45		
ZOLINZA	24		
ZOLPIDEM, COMPRIMIDOS ORALES	36		
ZONISADE	27		
ZONISAMIDA	27		
ZORTRESS, COMPRIMIDOS ORALES, 1 MG	24		
ZOSYN EN DEXTROSA (ISO-OSM.)	16		
ZOVIA 1-35 (28)	59		
ZTALMY	27		
ZTLIDO	42		
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	31		
ZUBSOLV, COMPRIMIDOS SUBLINGUALES, 8.6-2.1 MG	31		
ZUMANDIMINE (28)	59		
ZYDELIG	24		
ZYKADIA	24		
ZYLET	60		
ZYNLONTA	24		
ZYPREXA RELPREVV, SUSPENSIÓN INTRAMUSCULAR PARA RECONSTITUCIÓN, 210 MG	36		
ZYPREXA RELPREVV, SUSPENSIÓN INTRAMUSCULAR PARA RECONSTITUCIÓN, 300 MG	36		
ZYPREXA RELPREVV, SUSPENSIÓN INTRAMUSCULAR PARA RECONSTITUCIÓN, 405 MG	36		

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