



Planes De Medicamentos Con Receta De Medicare

LISTA DE MEDICAMENTOS COMPLETA (Formulario) DE CIGNA PARA 2022

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

Plan de cobertura

Cigna Secure Rx (PDP)

HPMS Approved Formulary File Submission ID 22231, Version Number 17

Fecha de actualización: 12/01/2022. Para obtener más información o si tiene otras preguntas, comuníquese con Servicio al Cliente de Cigna al 1-800-222-6700 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana. Puede que nuestro sistema telefónico automático conteste sus llamadas durante los fines de semana del 1 de abril al 30 de septiembre. También puede visitar [CignaMedicare.com](https://www.CignaMedicare.com). El Formulario, la red de farmacias y/o la red de proveedores pueden cambiar en cualquier momento.

Diciembre 2022

22_F_S5617_SC_S_V12
INT_22_98644_C_Final_12oS

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 Secure Rx (PDP).

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

Índice de medicamentos cubiertos

Si no sabe con certeza en qué categoría buscar, debe buscar su medicamento en el Índice de medicamentos cubiertos que comienza en la página 71. El Índice de medicamentos cubiertos proporciona una lista alfabética de todos los medicamentos incluidos en este documento. En el Índice se incluyen los medicamentos de marca y los medicamentos genéricos. Busque en el Índice y encuentre su medicamento. Junto a su medicamento, verá el número de página en la que puede encontrar información sobre la cobertura. Vaya a la página indicada en el Índice de medicamentos cubiertos y busque el nombre de su medicamento en la columna "Nombre del medicamento" de la lista.

¿Qué son los medicamentos genéricos?

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

¿Existen restricciones con respecto a mi cobertura?

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

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

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

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

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

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

Opciones para los medicamentos de mantenimiento

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

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

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

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

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

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

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

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

- Puede pedirle a Servicio al Cliente una lista de medicamentos similares que estén cubiertos por Cigna. Cuando reciba la lista, 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 20 brinda información de cobertura sobre todos los medicamentos cubiertos por Cigna. Si tiene problemas para encontrar su medicamento en la lista, consulte el Índice de medicamentos cubiertos que comienza en la página 71.

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

¿Qué es una farmacia de la red preferida?

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

Tabla de niveles de medicamentos y costos compartidos

La siguiente tabla representa el nombre del plan, el área de servicio del plan, el número de nivel del medicamento como aparece en la lista de medicamentos y la cantidad del costo compartido para ese número de nivel. El Nivel 1 es para los medicamentos genéricos preferidos. El Nivel 2 es para los medicamentos genéricos. El Nivel 3 es para los medicamentos de marca preferida. El Nivel 4 es para los medicamentos no preferidos. El Nivel 5 es para los medicamentos de especialidad.



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>.

El Nivel 6 se aplica solamente para los planes de Cigna Secure Rx (PDP) y se denomina Medicamentos para cuidados específicos. Consulte la siguiente tabla. También puede consultar su documento de Evidencia de cobertura para conocer más detalles.

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

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

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

Cigna Secure Rx (PDP)	Opción preferida de costo compartido minorista	Opción estándar de costo compartido minorista	Opción preferida de costo compartido de pedido por correo	Opción estándar de costo compartido de pedido por correo	Cuidados a largo plazo 31 días Fuera de la red 30 días*
	30/60/90 Días	30/60/90 Días	30/60/90 Días	30/60/90 Días	
ALABAMA					
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos	\$1 / \$2 / \$3	\$19 / \$38 / \$57	\$1 / \$2 / \$0	\$19 / \$38 / \$57	\$19
Nivel 2: Medicamentos genéricos	\$2 / \$4 / \$6	\$20 / \$40 / \$60	\$2 / \$4 / \$0	\$20 / \$40 / \$60	\$20
Nivel 3: Medicamentos de marca preferida	\$47 / \$94 / \$141	\$47 / \$94 / \$141	\$47 / \$94 / \$141	\$47 / \$94 / \$141	\$47
Nivel 4: Medicamentos no preferidos	50%	50%	50%	50%	50%
Nivel 5: Nivel de especialidad	25% (30 días)	25% (30 días)	25% (30 días)	25% (30 días)	25%
Nivel 6: Medicamentos para cuidados específicos	\$0 / \$0 / \$0	\$11 / \$22 / \$33	\$0 / \$0 / \$0	\$11 / \$22 / \$33	\$11
ALASKA					
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos	\$6 / \$12 / \$18	\$17 / \$34 / \$51	\$6 / \$12 / \$0	\$17 / \$34 / \$51	\$17
Nivel 2: Medicamentos genéricos	\$12 / \$24 / \$36	\$20 / \$40 / \$60	\$12 / \$24 / \$0	\$20 / \$40 / \$60	\$20
Nivel 3: Medicamentos de marca preferida	\$20 / \$40 / \$60	\$21 / \$42 / \$63	\$20 / \$40 / \$60	\$21 / \$42 / \$63	\$21
Nivel 4: Medicamentos no preferidos	50%	50%	50%	50%	50%
Nivel 5: Nivel de especialidad	25% (30 días)	25% (30 días)	25% (30 días)	25% (30 días)	25%
Nivel 6: Medicamentos para cuidados específicos	\$0 / \$0 / \$0	\$9 / \$18 / \$27	\$0 / \$0 / \$0	\$9 / \$18 / \$27	\$9

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

Cigna Secure Rx (PDP)	Opción preferida de costo compartido minorista 30/60/90 Días	Opción estándar de costo compartido minorista 30/60/90 Días	Opción preferida de costo compartido de pedido por correo 30/60/90 Días	Opción estándar de costo compartido de pedido por correo 30/60/90 Días	Cuidados a largo plazo 31 días Fuera de la red 30 días*
ARIZONA					
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos	\$2 / \$4 / \$6	\$19 / \$38 / \$57	\$2 / \$4 / \$0	\$19 / \$38 / \$57	\$19
Nivel 2: Medicamentos genéricos	\$17 / \$34 / \$51	\$20 / \$40 / \$60	\$17 / \$34 / \$0	\$20 / \$40 / \$60	\$20
Nivel 3: Medicamentos de marca preferida	\$47 / \$94 / \$141	\$47 / \$94 / \$141	\$47 / \$94 / \$141	\$47 / \$94 / \$141	\$47
Nivel 4: Medicamentos no preferidos	41%	41%	41%	41%	41%
Nivel 5: Nivel de especialidad	25% (30 días)	25% (30 días)	25% (30 días)	25% (30 días)	25%
Nivel 6: Medicamentos para cuidados específicos	\$0 / \$0 / \$0	\$11 / \$22 / \$33	\$0 / \$0 / \$0	\$11 / \$22 / \$33	\$11
ARKANSAS					
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos	\$1 / \$2 / \$3	\$19 / \$38 / \$57	\$1 / \$2 / \$0	\$19 / \$38 / \$57	\$19
Nivel 2: Medicamentos genéricos	\$2 / \$4 / \$6	\$20 / \$40 / \$60	\$2 / \$4 / \$0	\$20 / \$40 / \$60	\$20
Nivel 3: Medicamentos de marca preferida	\$47 / \$94 / \$141	\$47 / \$94 / \$141	\$47 / \$94 / \$141	\$47 / \$94 / \$141	\$47
Nivel 4: Medicamentos no preferidos	50%	50%	50%	50%	50%
Nivel 5: Nivel de especialidad	25% (30 días)	25% (30 días)	25% (30 días)	25% (30 días)	25%
Nivel 6: Medicamentos para cuidados específicos	\$0 / \$0 / \$0	\$11 / \$22 / \$33	\$0 / \$0 / \$0	\$11 / \$22 / \$33	\$11
CALIFORNIA					
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos	\$1 / \$2 / \$3	\$14 / \$28 / \$42	\$1 / \$2 / \$0	\$14 / \$28 / \$42	\$14
Nivel 2: Medicamentos genéricos	\$2 / \$4 / \$6	\$15 / \$30 / \$45	\$2 / \$4 / \$0	\$15 / \$30 / \$45	\$15
Nivel 3: Medicamentos de marca preferida	\$22 / \$44 / \$66	\$33 / \$66 / \$99	\$22 / \$44 / \$66	\$33 / \$66 / \$99	\$33
Nivel 4: Medicamentos no preferidos	50%	50%	50%	50%	50%
Nivel 5: Nivel de especialidad	25% (30 días)	25% (30 días)	25% (30 días)	25% (30 días)	25%
Nivel 6: Medicamentos para cuidados específicos	\$0 / \$0 / \$0	\$8 / \$16 / \$24	\$0 / \$0 / \$0	\$8 / \$16 / \$24	\$8
COLORADO					
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos	\$1 / \$2 / \$3	\$19 / \$38 / \$57	\$1 / \$2 / \$0	\$19 / \$38 / \$57	\$19
Nivel 2: Medicamentos genéricos	\$8 / \$16 / \$24	\$20 / \$40 / \$60	\$8 / \$16 / \$0	\$20 / \$40 / \$60	\$20
Nivel 3: Medicamentos de marca preferida	\$47 / \$94 / \$141	\$47 / \$94 / \$141	\$47 / \$94 / \$141	\$47 / \$94 / \$141	\$47
Nivel 4: Medicamentos no preferidos	43%	43%	43%	43%	43%
Nivel 5: Nivel de especialidad	25% (30 días)	25% (30 días)	25% (30 días)	25% (30 días)	25%
Nivel 6: Medicamentos para cuidados específicos	\$0 / \$0 / \$0	\$11 / \$22 / \$33	\$0 / \$0 / \$0	\$11 / \$22 / \$33	\$11

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

Cigna Secure Rx (PDP)	Opción preferida de costo compartido minorista 30/60/90 Días	Opción estándar de costo compartido minorista 30/60/90 Días	Opción preferida de costo compartido de pedido por correo 30/60/90 Días	Opción estándar de costo compartido de pedido por correo 30/60/90 Días	Cuidados a largo plazo 31 días Fuera de la red 30 días*
CONNECTICUT					
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos	\$1 / \$2 / \$3	\$14 / \$28 / \$42	\$1 / \$2 / \$0	\$14 / \$28 / \$42	\$14
Nivel 2: Medicamentos genéricos	\$2 / \$4 / \$6	\$15 / \$30 / \$45	\$2 / \$4 / \$0	\$15 / \$30 / \$45	\$15
Nivel 3: Medicamentos de marca preferida	\$30 / \$60 / \$90	\$47 / \$94 / \$141	\$30 / \$60 / \$90	\$47 / \$94 / \$141	\$47
Nivel 4: Medicamentos no preferidos	50%	50%	50%	50%	50%
Nivel 5: Nivel de especialidad	25% (30 días)	25% (30 días)	25% (30 días)	25% (30 días)	25%
Nivel 6: Medicamentos para cuidados específicos	\$0 / \$0 / \$0	\$10 / \$20 / \$30	\$0 / \$0 / \$0	\$10 / \$20 / \$30	\$10
DELAWARE					
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos	\$1 / \$2 / \$3	\$14 / \$28 / \$42	\$1 / \$2 / \$0	\$14 / \$28 / \$42	\$14
Nivel 2: Medicamentos genéricos	\$2 / \$4 / \$6	\$15 / \$30 / \$45	\$2 / \$4 / \$0	\$15 / \$30 / \$45	\$15
Nivel 3: Medicamentos de marca preferida	\$30 / \$60 / \$90	\$45 / \$90 / \$135	\$30 / \$60 / \$90	\$45 / \$90 / \$135	\$45
Nivel 4: Medicamentos no preferidos	50%	50%	50%	50%	50%
Nivel 5: Nivel de especialidad	25% (30 días)	25% (30 días)	25% (30 días)	25% (30 días)	25%
Nivel 6: Medicamentos para cuidados específicos	\$0 / \$0 / \$0	\$9 / \$18 / \$27	\$0 / \$0 / \$0	\$9 / \$18 / \$27	\$9
DISTRICT OF COLUMBIA					
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos	\$1 / \$2 / \$3	\$14 / \$28 / \$42	\$1 / \$2 / \$0	\$14 / \$28 / \$42	\$14
Nivel 2: Medicamentos genéricos	\$2 / \$4 / \$6	\$15 / \$30 / \$45	\$2 / \$4 / \$0	\$15 / \$30 / \$45	\$15
Nivel 3: Medicamentos de marca preferida	\$30 / \$60 / \$90	\$45 / \$90 / \$135	\$30 / \$60 / \$90	\$45 / \$90 / \$135	\$45
Nivel 4: Medicamentos no preferidos	50%	50%	50%	50%	50%
Nivel 5: Nivel de especialidad	25% (30 días)	25% (30 días)	25% (30 días)	25% (30 días)	25%
Nivel 6: Medicamentos para cuidados específicos	\$0 / \$0 / \$0	\$9 / \$18 / \$27	\$0 / \$0 / \$0	\$9 / \$18 / \$27	\$9
FLORIDA					
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos	\$1 / \$2 / \$3	\$14 / \$28 / \$42	\$1 / \$2 / \$0	\$14 / \$28 / \$42	\$14
Nivel 2: Medicamentos genéricos	\$2 / \$4 / \$6	\$15 / \$30 / \$45	\$2 / \$4 / \$0	\$15 / \$30 / \$45	\$15
Nivel 3: Medicamentos de marca preferida	\$44 / \$88 / \$132	\$47 / \$94 / \$141	\$44 / \$88 / \$132	\$47 / \$94 / \$141	\$47
Nivel 4: Medicamentos no preferidos	50%	50%	50%	50%	50%
Nivel 5: Nivel de especialidad	25% (30 días)	25% (30 días)	25% (30 días)	25% (30 días)	25%
Nivel 6: Medicamentos para cuidados específicos	\$0 / \$0 / \$0	\$9 / \$18 / \$27	\$0 / \$0 / \$0	\$9 / \$18 / \$27	\$9

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

Cigna Secure Rx (PDP)	Opción preferida de costo compartido minorista 30/60/90 Días	Opción estándar de costo compartido minorista 30/60/90 Días	Opción preferida de costo compartido de pedido por correo 30/60/90 Días	Opción estándar de costo compartido de pedido por correo 30/60/90 Días	Cuidados a largo plazo 31 días Fuera de la red 30 días*
GEORGIA					
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos	\$1 / \$2 / \$3	\$19 / \$38 / \$57	\$1 / \$2 / \$0	\$19 / \$38 / \$57	\$19
Nivel 2: Medicamentos genéricos	\$2 / \$4 / \$6	\$20 / \$40 / \$60	\$2 / \$4 / \$0	\$20 / \$40 / \$60	\$20
Nivel 3: Medicamentos de marca preferida	\$47 / \$94 / \$141	\$47 / \$94 / \$141	\$47 / \$94 / \$141	\$47 / \$94 / \$141	\$47
Nivel 4: Medicamentos no preferidos	50%	50%	50%	50%	50%
Nivel 5: Nivel de especialidad	25% (30 días)	25% (30 días)	25% (30 días)	25% (30 días)	25%
Nivel 6: Medicamentos para cuidados específicos	\$0 / \$0 / \$0	\$11 / \$22 / \$33	\$0 / \$0 / \$0	\$11 / \$22 / \$33	\$11
HAWAII					
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos	\$1 / \$2 / \$3	\$19 / \$38 / \$57	\$1 / \$2 / \$0	\$19 / \$38 / \$57	\$19
Nivel 2: Medicamentos genéricos	\$4 / \$8 / \$12	\$20 / \$40 / \$60	\$4 / \$8 / \$0	\$20 / \$40 / \$60	\$20
Nivel 3: Medicamentos de marca preferida	\$47 / \$94 / \$141	\$47 / \$94 / \$141	\$47 / \$94 / \$141	\$47 / \$94 / \$141	\$47
Nivel 4: Medicamentos no preferidos	50%	50%	50%	50%	50%
Nivel 5: Nivel de especialidad	25% (30 días)	25% (30 días)	25% (30 días)	25% (30 días)	25%
Nivel 6: Medicamentos para cuidados específicos	\$0 / \$0 / \$0	\$11 / \$22 / \$33	\$0 / \$0 / \$0	\$11 / \$22 / \$33	\$11
IDAHO					
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos	\$1 / \$2 / \$3	\$19 / \$38 / \$57	\$1 / \$2 / \$0	\$19 / \$38 / \$57	\$19
Nivel 2: Medicamentos genéricos	\$8 / \$16 / \$24	\$20 / \$40 / \$60	\$8 / \$16 / \$0	\$20 / \$40 / \$60	\$20
Nivel 3: Medicamentos de marca preferida	\$30 / \$60 / \$90	\$37 / \$74 / \$111	\$30 / \$60 / \$90	\$37 / \$74 / \$111	\$37
Nivel 4: Medicamentos no preferidos	44%	44%	44%	44%	44%
Nivel 5: Nivel de especialidad	25% (30 días)	25% (30 días)	25% (30 días)	25% (30 días)	25%
Nivel 6: Medicamentos para cuidados específicos	\$0 / \$0 / \$0	\$9 / \$18 / \$27	\$0 / \$0 / \$0	\$9 / \$18 / \$27	\$9
ILLINOIS					
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos	\$1 / \$2 / \$3	\$19 / \$38 / \$57	\$1 / \$2 / \$0	\$19 / \$38 / \$57	\$19
Nivel 2: Medicamentos genéricos	\$3 / \$6 / \$9	\$20 / \$40 / \$60	\$3 / \$6 / \$0	\$20 / \$40 / \$60	\$20
Nivel 3: Medicamentos de marca preferida	\$45 / \$90 / \$135	\$47 / \$94 / \$141	\$45 / \$90 / \$135	\$47 / \$94 / \$141	\$47
Nivel 4: Medicamentos no preferidos	50%	50%	50%	50%	50%
Nivel 5: Nivel de especialidad	25% (30 días)	25% (30 días)	25% (30 días)	25% (30 días)	25%
Nivel 6: Medicamentos para cuidados específicos	\$0 / \$0 / \$0	\$11 / \$22 / \$33	\$0 / \$0 / \$0	\$11 / \$22 / \$33	\$11

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

Cigna Secure Rx (PDP)	Opción preferida de costo compartido minorista 30/60/90 Días	Opción estándar de costo compartido minorista 30/60/90 Días	Opción preferida de costo compartido de pedido por correo 30/60/90 Días	Opción estándar de costo compartido de pedido por correo 30/60/90 Días	Cuidados a largo plazo 31 días Fuera de la red 30 días*
INDIANA					
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos	\$1 / \$2 / \$3	\$14 / \$28 / \$42	\$1 / \$2 / \$0	\$14 / \$28 / \$42	\$14
Nivel 2: Medicamentos genéricos	\$2 / \$4 / \$6	\$15 / \$30 / \$45	\$2 / \$4 / \$0	\$15 / \$30 / \$45	\$15
Nivel 3: Medicamentos de marca preferida	\$28 / \$56 / \$84	\$33 / \$66 / \$99	\$28 / \$56 / \$84	\$33 / \$66 / \$99	\$33
Nivel 4: Medicamentos no preferidos	50%	50%	50%	50%	50%
Nivel 5: Nivel de especialidad	25% (30 días)	25% (30 días)	25% (30 días)	25% (30 días)	25%
Nivel 6: Medicamentos para cuidados específicos	\$0 / \$0 / \$0	\$9 / \$18 / \$27	\$0 / \$0 / \$0	\$9 / \$18 / \$27	\$9
IOWA					
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos	\$1 / \$2 / \$3	\$14 / \$28 / \$42	\$1 / \$2 / \$0	\$14 / \$28 / \$42	\$14
Nivel 2: Medicamentos genéricos	\$2 / \$4 / \$6	\$15 / \$30 / \$45	\$2 / \$4 / \$0	\$15 / \$30 / \$45	\$15
Nivel 3: Medicamentos de marca preferida	\$47 / \$94 / \$141	\$47 / \$94 / \$141	\$47 / \$94 / \$141	\$47 / \$94 / \$141	\$47
Nivel 4: Medicamentos no preferidos	50%	50%	50%	50%	50%
Nivel 5: Nivel de especialidad	25% (30 días)	25% (30 días)	25% (30 días)	25% (30 días)	25%
Nivel 6: Medicamentos para cuidados específicos	\$0 / \$0 / \$0	\$11 / \$22 / \$33	\$0 / \$0 / \$0	\$11 / \$22 / \$33	\$11
KANSAS					
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos	\$1 / \$2 / \$3	\$14 / \$28 / \$42	\$1 / \$2 / \$0	\$14 / \$28 / \$42	\$14
Nivel 2: Medicamentos genéricos	\$3 / \$6 / \$9	\$15 / \$30 / \$45	\$3 / \$6 / \$0	\$15 / \$30 / \$45	\$15
Nivel 3: Medicamentos de marca preferida	\$47 / \$94 / \$141	\$47 / \$94 / \$141	\$47 / \$94 / \$141	\$47 / \$94 / \$141	\$47
Nivel 4: Medicamentos no preferidos	50%	50%	50%	50%	50%
Nivel 5: Nivel de especialidad	25% (30 días)	25% (30 días)	25% (30 días)	25% (30 días)	25%
Nivel 6: Medicamentos para cuidados específicos	\$0 / \$0 / \$0	\$11 / \$22 / \$33	\$0 / \$0 / \$0	\$11 / \$22 / \$33	\$11
KENTUCKY					
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos	\$1 / \$2 / \$3	\$14 / \$28 / \$42	\$1 / \$2 / \$0	\$14 / \$28 / \$42	\$14
Nivel 2: Medicamentos genéricos	\$2 / \$4 / \$6	\$15 / \$30 / \$45	\$2 / \$4 / \$0	\$15 / \$30 / \$45	\$15
Nivel 3: Medicamentos de marca preferida	\$28 / \$56 / \$84	\$33 / \$66 / \$99	\$28 / \$56 / \$84	\$33 / \$66 / \$99	\$33
Nivel 4: Medicamentos no preferidos	50%	50%	50%	50%	50%
Nivel 5: Nivel de especialidad	25% (30 días)	25% (30 días)	25% (30 días)	25% (30 días)	25%
Nivel 6: Medicamentos para cuidados específicos	\$0 / \$0 / \$0	\$9 / \$18 / \$27	\$0 / \$0 / \$0	\$9 / \$18 / \$27	\$9

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

Cigna Secure Rx (PDP)	Opción preferida de costo compartido minorista 30/60/90 Días	Opción estándar de costo compartido minorista 30/60/90 Días	Opción preferida de costo compartido de pedido por correo 30/60/90 Días	Opción estándar de costo compartido de pedido por correo 30/60/90 Días	Cuidados a largo plazo 31 días Fuera de la red 30 días*
LOUISIANA					
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos	\$1 / \$2 / \$3	\$19 / \$38 / \$57	\$1 / \$2 / \$0	\$19 / \$38 / \$57	\$19
Nivel 2: Medicamentos genéricos	\$4 / \$8 / \$12	\$20 / \$40 / \$60	\$4 / \$8 / \$0	\$20 / \$40 / \$60	\$20
Nivel 3: Medicamentos de marca preferida	\$30 / \$60 / \$90	\$47 / \$94 / \$141	\$30 / \$60 / \$90	\$47 / \$94 / \$141	\$47
Nivel 4: Medicamentos no preferidos	46%	46%	46%	46%	46%
Nivel 5: Nivel de especialidad	25% (30 días)	25% (30 días)	25% (30 días)	25% (30 días)	25%
Nivel 6: Medicamentos para cuidados específicos	\$0 / \$0 / \$0	\$10 / \$20 / \$30	\$0 / \$0 / \$0	\$10 / \$20 / \$30	\$10
MAINE					
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos	\$1 / \$2 / \$3	\$14 / \$28 / \$42	\$1 / \$2 / \$0	\$14 / \$28 / \$42	\$14
Nivel 2: Medicamentos genéricos	\$2 / \$4 / \$6	\$15 / \$30 / \$45	\$2 / \$4 / \$0	\$15 / \$30 / \$45	\$15
Nivel 3: Medicamentos de marca preferida	\$30 / \$60 / \$90	\$47 / \$94 / \$141	\$30 / \$60 / \$90	\$47 / \$94 / \$141	\$47
Nivel 4: Medicamentos no preferidos	50%	50%	50%	50%	50%
Nivel 5: Nivel de especialidad	25% (30 días)	25% (30 días)	25% (30 días)	25% (30 días)	25%
Nivel 6: Medicamentos para cuidados específicos	\$0 / \$0 / \$0	\$10 / \$20 / \$30	\$0 / \$0 / \$0	\$10 / \$20 / \$30	\$10
MARYLAND					
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos	\$1 / \$2 / \$3	\$14 / \$28 / \$42	\$1 / \$2 / \$0	\$14 / \$28 / \$42	\$14
Nivel 2: Medicamentos genéricos	\$2 / \$4 / \$6	\$15 / \$30 / \$45	\$2 / \$4 / \$0	\$15 / \$30 / \$45	\$15
Nivel 3: Medicamentos de marca preferida	\$30 / \$60 / \$90	\$45 / \$90 / \$135	\$30 / \$60 / \$90	\$45 / \$90 / \$135	\$45
Nivel 4: Medicamentos no preferidos	50%	50%	50%	50%	50%
Nivel 5: Nivel de especialidad	25% (30 días)	25% (30 días)	25% (30 días)	25% (30 días)	25%
Nivel 6: Medicamentos para cuidados específicos	\$0 / \$0 / \$0	\$9 / \$18 / \$27	\$0 / \$0 / \$0	\$9 / \$18 / \$27	\$9
MASSACHUSETTS					
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos	\$1 / \$2 / \$3	\$14 / \$28 / \$42	\$1 / \$2 / \$0	\$14 / \$28 / \$42	\$14
Nivel 2: Medicamentos genéricos	\$2 / \$4 / \$6	\$15 / \$30 / \$45	\$2 / \$4 / \$0	\$15 / \$30 / \$45	\$15
Nivel 3: Medicamentos de marca preferida	\$30 / \$60 / \$90	\$47 / \$94 / \$141	\$30 / \$60 / \$90	\$47 / \$94 / \$141	\$47
Nivel 4: Medicamentos no preferidos	50%	50%	50%	50%	50%
Nivel 5: Nivel de especialidad	25% (30 días)	25% (30 días)	25% (30 días)	25% (30 días)	25%
Nivel 6: Medicamentos para cuidados específicos	\$0 / \$0 / \$0	\$10 / \$20 / \$30	\$0 / \$0 / \$0	\$10 / \$20 / \$30	\$10

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

Cigna Secure Rx (PDP)	Opción preferida de costo compartido minorista 30/60/90 Días	Opción estándar de costo compartido minorista 30/60/90 Días	Opción preferida de costo compartido de pedido por correo 30/60/90 Días	Opción estándar de costo compartido de pedido por correo 30/60/90 Días	Cuidados a largo plazo 31 días Fuera de la red 30 días*
MICHIGAN					
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos	\$1 / \$2 / \$3	\$14 / \$28 / \$42	\$1 / \$2 / \$0	\$14 / \$28 / \$42	\$14
Nivel 2: Medicamentos genéricos	\$2 / \$4 / \$6	\$15 / \$30 / \$45	\$2 / \$4 / \$0	\$15 / \$30 / \$45	\$15
Nivel 3: Medicamentos de marca preferida	\$28 / \$56 / \$84	\$40 / \$80 / \$120	\$28 / \$56 / \$84	\$40 / \$80 / \$120	\$40
Nivel 4: Medicamentos no preferidos	50%	50%	50%	50%	50%
Nivel 5: Nivel de especialidad	25% (30 días)	25% (30 días)	25% (30 días)	25% (30 días)	25%
Nivel 6: Medicamentos para cuidados específicos	\$0 / \$0 / \$0	\$10 / \$20 / \$30	\$0 / \$0 / \$0	\$10 / \$20 / \$30	\$10
MINNESOTA					
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos	\$1 / \$2 / \$3	\$14 / \$28 / \$42	\$1 / \$2 / \$0	\$14 / \$28 / \$42	\$14
Nivel 2: Medicamentos genéricos	\$2 / \$4 / \$6	\$15 / \$30 / \$45	\$2 / \$4 / \$0	\$15 / \$30 / \$45	\$15
Nivel 3: Medicamentos de marca preferida	\$47 / \$94 / \$141	\$47 / \$94 / \$141	\$47 / \$94 / \$141	\$47 / \$94 / \$141	\$47
Nivel 4: Medicamentos no preferidos	50%	50%	50%	50%	50%
Nivel 5: Nivel de especialidad	25% (30 días)	25% (30 días)	25% (30 días)	25% (30 días)	25%
Nivel 6: Medicamentos para cuidados específicos	\$0 / \$0 / \$0	\$11 / \$22 / \$33	\$0 / \$0 / \$0	\$11 / \$22 / \$33	\$11
MISSISSIPPI					
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos	\$1 / \$2 / \$3	\$19 / \$38 / \$57	\$1 / \$2 / \$0	\$19 / \$38 / \$57	\$19
Nivel 2: Medicamentos genéricos	\$3 / \$6 / \$9	\$20 / \$40 / \$60	\$3 / \$6 / \$0	\$20 / \$40 / \$60	\$20
Nivel 3: Medicamentos de marca preferida	\$47 / \$94 / \$141	\$47 / \$94 / \$141	\$47 / \$94 / \$141	\$47 / \$94 / \$141	\$47
Nivel 4: Medicamentos no preferidos	50%	50%	50%	50%	50%
Nivel 5: Nivel de especialidad	25% (30 días)	25% (30 días)	25% (30 días)	25% (30 días)	25%
Nivel 6: Medicamentos para cuidados específicos	\$0 / \$0 / \$0	\$11 / \$22 / \$33	\$0 / \$0 / \$0	\$11 / \$22 / \$33	\$11
MISSOURI					
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos	\$1 / \$2 / \$3	\$19 / \$38 / \$57	\$1 / \$2 / \$0	\$19 / \$38 / \$57	\$19
Nivel 2: Medicamentos genéricos	\$2 / \$4 / \$6	\$20 / \$40 / \$60	\$2 / \$4 / \$0	\$20 / \$40 / \$60	\$20
Nivel 3: Medicamentos de marca preferida	\$40 / \$80 / \$120	\$47 / \$94 / \$141	\$40 / \$80 / \$120	\$47 / \$94 / \$141	\$47
Nivel 4: Medicamentos no preferidos	50%	50%	50%	50%	50%
Nivel 5: Nivel de especialidad	25% (30 días)	25% (30 días)	25% (30 días)	25% (30 días)	25%
Nivel 6: Medicamentos para cuidados específicos	\$0 / \$0 / \$0	\$10 / \$20 / \$30	\$0 / \$0 / \$0	\$10 / \$20 / \$30	\$10

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

Cigna Secure Rx (PDP)	Opción preferida de costo compartido minorista 30/60/90 Días	Opción estándar de costo compartido minorista 30/60/90 Días	Opción preferida de costo compartido de pedido por correo 30/60/90 Días	Opción estándar de costo compartido de pedido por correo 30/60/90 Días	Cuidados a largo plazo 31 días Fuera de la red 30 días*
MONTANA					
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos	\$1 / \$2 / \$3	\$14 / \$28 / \$42	\$1 / \$2 / \$0	\$14 / \$28 / \$42	\$14
Nivel 2: Medicamentos genéricos	\$2 / \$4 / \$6	\$15 / \$30 / \$45	\$2 / \$4 / \$0	\$15 / \$30 / \$45	\$15
Nivel 3: Medicamentos de marca preferida	\$47 / \$94 / \$141	\$47 / \$94 / \$141	\$47 / \$94 / \$141	\$47 / \$94 / \$141	\$47
Nivel 4: Medicamentos no preferidos	50%	50%	50%	50%	50%
Nivel 5: Nivel de especialidad	25% (30 días)	25% (30 días)	25% (30 días)	25% (30 días)	25%
Nivel 6: Medicamentos para cuidados específicos	\$0 / \$0 / \$0	\$11 / \$22 / \$33	\$0 / \$0 / \$0	\$11 / \$22 / \$33	\$11
NEBRASKA					
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos	\$1 / \$2 / \$3	\$14 / \$28 / \$42	\$1 / \$2 / \$0	\$14 / \$28 / \$42	\$14
Nivel 2: Medicamentos genéricos	\$2 / \$4 / \$6	\$15 / \$30 / \$45	\$2 / \$4 / \$0	\$15 / \$30 / \$45	\$15
Nivel 3: Medicamentos de marca preferida	\$47 / \$94 / \$141	\$47 / \$94 / \$141	\$47 / \$94 / \$141	\$47 / \$94 / \$141	\$47
Nivel 4: Medicamentos no preferidos	50%	50%	50%	50%	50%
Nivel 5: Nivel de especialidad	25% (30 días)	25% (30 días)	25% (30 días)	25% (30 días)	25%
Nivel 6: Medicamentos para cuidados específicos	\$0 / \$0 / \$0	\$11 / \$22 / \$33	\$0 / \$0 / \$0	\$11 / \$22 / \$33	\$11
NEVADA					
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos	\$1 / \$2 / \$3	\$19 / \$38 / \$57	\$1 / \$2 / \$0	\$19 / \$38 / \$57	\$19
Nivel 2: Medicamentos genéricos	\$14 / \$28 / \$42	\$20 / \$40 / \$60	\$14 / \$28 / \$0	\$20 / \$40 / \$60	\$20
Nivel 3: Medicamentos de marca preferida	\$47 / \$94 / \$141	\$47 / \$94 / \$141	\$47 / \$94 / \$141	\$47 / \$94 / \$141	\$47
Nivel 4: Medicamentos no preferidos	45%	45%	45%	45%	45%
Nivel 5: Nivel de especialidad	25% (30 días)	25% (30 días)	25% (30 días)	25% (30 días)	25%
Nivel 6: Medicamentos para cuidados específicos	\$0 / \$0 / \$0	\$11 / \$22 / \$33	\$0 / \$0 / \$0	\$11 / \$22 / \$33	\$11
NEW HAMPSHIRE					
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos	\$1 / \$2 / \$3	\$14 / \$28 / \$42	\$1 / \$2 / \$0	\$14 / \$28 / \$42	\$14
Nivel 2: Medicamentos genéricos	\$2 / \$4 / \$6	\$15 / \$30 / \$45	\$2 / \$4 / \$0	\$15 / \$30 / \$45	\$15
Nivel 3: Medicamentos de marca preferida	\$30 / \$60 / \$90	\$47 / \$94 / \$141	\$30 / \$60 / \$90	\$47 / \$94 / \$141	\$47
Nivel 4: Medicamentos no preferidos	50%	50%	50%	50%	50%
Nivel 5: Nivel de especialidad	25% (30 días)	25% (30 días)	25% (30 días)	25% (30 días)	25%
Nivel 6: Medicamentos para cuidados específicos	\$0 / \$0 / \$0	\$10 / \$20 / \$30	\$0 / \$0 / \$0	\$10 / \$20 / \$30	\$10

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

Cigna Secure Rx (PDP)	Opción preferida de costo compartido minorista 30/60/90 Días	Opción estándar de costo compartido minorista 30/60/90 Días	Opción preferida de costo compartido de pedido por correo 30/60/90 Días	Opción estándar de costo compartido de pedido por correo 30/60/90 Días	Cuidados a largo plazo 31 días Fuera de la red 30 días*
NEW JERSEY					
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos	\$1 / \$2 / \$3	\$14 / \$28 / \$42	\$1 / \$2 / \$0	\$14 / \$28 / \$42	\$14
Nivel 2: Medicamentos genéricos	\$2 / \$4 / \$6	\$15 / \$30 / \$45	\$2 / \$4 / \$0	\$15 / \$30 / \$45	\$15
Nivel 3: Medicamentos de marca preferida	\$30 / \$60 / \$90	\$47 / \$94 / \$141	\$30 / \$60 / \$90	\$47 / \$94 / \$141	\$47
Nivel 4: Medicamentos no preferidos	50%	50%	50%	50%	50%
Nivel 5: Nivel de especialidad	25% (30 días)	25% (30 días)	25% (30 días)	25% (30 días)	25%
Nivel 6: Medicamentos para cuidados específicos	\$0 / \$0 / \$0	\$11 / \$22 / \$33	\$0 / \$0 / \$0	\$11 / \$22 / \$33	\$11
NEW MEXICO					
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos	\$11 / \$22 / \$33	\$19 / \$38 / \$57	\$11 / \$22 / \$0	\$19 / \$38 / \$57	\$19
Nivel 2: Medicamentos genéricos	\$20 / \$40 / \$60	\$20 / \$40 / \$60	\$20 / \$40 / \$0	\$20 / \$40 / \$60	\$20
Nivel 3: Medicamentos de marca preferida	\$47 / \$94 / \$141	\$47 / \$94 / \$141	\$47 / \$94 / \$141	\$47 / \$94 / \$141	\$47
Nivel 4: Medicamentos no preferidos	43%	43%	43%	43%	43%
Nivel 5: Nivel de especialidad	25% (30 días)	25% (30 días)	25% (30 días)	25% (30 días)	25%
Nivel 6: Medicamentos para cuidados específicos	\$0 / \$0 / \$0	\$11 / \$22 / \$33	\$0 / \$0 / \$0	\$11 / \$22 / \$33	\$11
NEW YORK					
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos	\$1 / \$2 / \$3	\$13 / \$26 / \$39	\$1 / \$2 / \$0	\$13 / \$26 / \$39	\$13
Nivel 2: Medicamentos genéricos	\$2 / \$4 / \$6	\$14 / \$28 / \$42	\$2 / \$4 / \$0	\$14 / \$28 / \$42	\$14
Nivel 3: Medicamentos de marca preferida	\$20 / \$40 / \$60	\$25 / \$50 / \$75	\$20 / \$40 / \$60	\$25 / \$50 / \$75	\$25
Nivel 4: Medicamentos no preferidos	50%	50%	50%	50%	50%
Nivel 5: Nivel de especialidad	25% (30 días)	25% (30 días)	25% (30 días)	25% (30 días)	25%
Nivel 6: Medicamentos para cuidados específicos	\$0 / \$0 / \$0	\$8 / \$16 / \$24	\$0 / \$0 / \$0	\$8 / \$16 / \$24	\$8
NORTH CAROLINA					
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos	\$1 / \$2 / \$3	\$19 / \$38 / \$57	\$1 / \$2 / \$0	\$19 / \$38 / \$57	\$19
Nivel 2: Medicamentos genéricos	\$3 / \$6 / \$9	\$20 / \$40 / \$60	\$3 / \$6 / \$0	\$20 / \$40 / \$60	\$20
Nivel 3: Medicamentos de marca preferida	\$45 / \$90 / \$135	\$47 / \$94 / \$141	\$45 / \$90 / \$135	\$47 / \$94 / \$141	\$47
Nivel 4: Medicamentos no preferidos	50%	50%	50%	50%	50%
Nivel 5: Nivel de especialidad	25% (30 días)	25% (30 días)	25% (30 días)	25% (30 días)	25%
Nivel 6: Medicamentos para cuidados específicos	\$0 / \$0 / \$0	\$10 / \$20 / \$30	\$0 / \$0 / \$0	\$10 / \$20 / \$30	\$10

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

Cigna Secure Rx (PDP)	Opción preferida de costo compartido minorista	Opción estándar de costo compartido minorista	Opción preferida de costo compartido de pedido por correo	Opción estándar de costo compartido de pedido por correo	Cuidados a largo plazo 31 días Fuera de la red 30 días*
	30/60/90 Días	30/60/90 Días	30/60/90 Días	30/60/90 Días	
NORTH DAKOTA					
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos	\$1 / \$2 / \$3	\$14 / \$28 / \$42	\$1 / \$2 / \$0	\$14 / \$28 / \$42	\$14
Nivel 2: Medicamentos genéricos	\$2 / \$4 / \$6	\$15 / \$30 / \$45	\$2 / \$4 / \$0	\$15 / \$30 / \$45	\$15
Nivel 3: Medicamentos de marca preferida	\$47 / \$94 / \$141	\$47 / \$94 / \$141	\$47 / \$94 / \$141	\$47 / \$94 / \$141	\$47
Nivel 4: Medicamentos no preferidos	50%	50%	50%	50%	50%
Nivel 5: Nivel de especialidad	25% (30 días)	25% (30 días)	25% (30 días)	25% (30 días)	25%
Nivel 6: Medicamentos para cuidados específicos	\$0 / \$0 / \$0	\$11 / \$22 / \$33	\$0 / \$0 / \$0	\$11 / \$22 / \$33	\$11
OHIO					
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos	\$1 / \$2 / \$3	\$19 / \$38 / \$57	\$1 / \$2 / \$0	\$19 / \$38 / \$57	\$19
Nivel 2: Medicamentos genéricos	\$10 / \$20 / \$30	\$20 / \$40 / \$60	\$10 / \$20 / \$0	\$20 / \$40 / \$60	\$20
Nivel 3: Medicamentos de marca preferida	\$47 / \$94 / \$141	\$47 / \$94 / \$141	\$47 / \$94 / \$141	\$47 / \$94 / \$141	\$47
Nivel 4: Medicamentos no preferidos	50%	50%	50%	50%	50%
Nivel 5: Nivel de especialidad	25% (30 días)	25% (30 días)	25% (30 días)	25% (30 días)	25%
Nivel 6: Medicamentos para cuidados específicos	\$0 / \$0 / \$0	\$11 / \$22 / \$33	\$0 / \$0 / \$0	\$11 / \$22 / \$33	\$11
OKLAHOMA					
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos	\$1 / \$2 / \$3	\$14 / \$28 / \$42	\$1 / \$2 / \$0	\$14 / \$28 / \$42	\$14
Nivel 2: Medicamentos genéricos	\$2 / \$4 / \$6	\$15 / \$30 / \$45	\$2 / \$4 / \$0	\$15 / \$30 / \$45	\$15
Nivel 3: Medicamentos de marca preferida	\$21 / \$42 / \$63	\$31 / \$62 / \$93	\$21 / \$42 / \$63	\$31 / \$62 / \$93	\$31
Nivel 4: Medicamentos no preferidos	50%	50%	50%	50%	50%
Nivel 5: Nivel de especialidad	25% (30 días)	25% (30 días)	25% (30 días)	25% (30 días)	25%
Nivel 6: Medicamentos para cuidados específicos	\$0 / \$0 / \$0	\$8 / \$16 / \$24	\$0 / \$0 / \$0	\$8 / \$16 / \$24	\$8
OREGON					
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos	\$1 / \$2 / \$3	\$19 / \$38 / \$57	\$1 / \$2 / \$0	\$19 / \$38 / \$57	\$19
Nivel 2: Medicamentos genéricos	\$2 / \$4 / \$6	\$20 / \$40 / \$60	\$2 / \$4 / \$0	\$20 / \$40 / \$60	\$20
Nivel 3: Medicamentos de marca preferida	\$33 / \$66 / \$99	\$47 / \$94 / \$141	\$33 / \$66 / \$99	\$47 / \$94 / \$141	\$47
Nivel 4: Medicamentos no preferidos	50%	50%	50%	50%	50%
Nivel 5: Nivel de especialidad	25% (30 días)	25% (30 días)	25% (30 días)	25% (30 días)	25%
Nivel 6: Medicamentos para cuidados específicos	\$0 / \$0 / \$0	\$11 / \$22 / \$33	\$0 / \$0 / \$0	\$11 / \$22 / \$33	\$11

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

Cigna Secure Rx (PDP)	Opción preferida de costo compartido minorista 30/60/90 Días	Opción estándar de costo compartido minorista 30/60/90 Días	Opción preferida de costo compartido de pedido por correo 30/60/90 Días	Opción estándar de costo compartido de pedido por correo 30/60/90 Días	Cuidados a largo plazo 31 días Fuera de la red 30 días*
PENNSYLVANIA					
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos	\$1 / \$2 / \$3	\$12 / \$24 / \$36	\$1 / \$2 / \$0	\$12 / \$24 / \$36	\$12
Nivel 2: Medicamentos genéricos	\$2 / \$4 / \$6	\$15 / \$30 / \$45	\$2 / \$4 / \$0	\$15 / \$30 / \$45	\$15
Nivel 3: Medicamentos de marca preferida	\$20 / \$40 / \$60	\$30 / \$60 / \$90	\$20 / \$40 / \$60	\$30 / \$60 / \$90	\$30
Nivel 4: Medicamentos no preferidos	50%	50%	50%	50%	50%
Nivel 5: Nivel de especialidad	25% (30 días)	25% (30 días)	25% (30 días)	25% (30 días)	25%
Nivel 6: Medicamentos para cuidados específicos	\$0 / \$0 / \$0	\$8 / \$16 / \$24	\$0 / \$0 / \$0	\$8 / \$16 / \$24	\$8
PUERTO RICO					
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos	\$1 / \$2 / \$3	\$19 / \$38 / \$57	\$1 / \$2 / \$0	\$19 / \$38 / \$57	\$19
Nivel 2: Medicamentos genéricos	\$2 / \$4 / \$6	\$20 / \$40 / \$60	\$2 / \$4 / \$0	\$20 / \$40 / \$60	\$20
Nivel 3: Medicamentos de marca preferida	\$39 / \$78 / \$117	\$47 / \$94 / \$141	\$39 / \$78 / \$117	\$47 / \$94 / \$141	\$47
Nivel 4: Medicamentos no preferidos	50%	50%	50%	50%	50%
Nivel 5: Nivel de especialidad	25% (30 días)	25% (30 días)	25% (30 días)	25% (30 días)	25%
Nivel 6: Medicamentos para cuidados específicos	\$0 / \$0 / \$0	\$11 / \$22 / \$33	\$0 / \$0 / \$0	\$11 / \$22 / \$33	\$11
RHODE ISLAND					
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos	\$1 / \$2 / \$3	\$14 / \$28 / \$42	\$1 / \$2 / \$0	\$14 / \$28 / \$42	\$14
Nivel 2: Medicamentos genéricos	\$2 / \$4 / \$6	\$15 / \$30 / \$45	\$2 / \$4 / \$0	\$15 / \$30 / \$45	\$15
Nivel 3: Medicamentos de marca preferida	\$30 / \$60 / \$90	\$47 / \$94 / \$141	\$30 / \$60 / \$90	\$47 / \$94 / \$141	\$47
Nivel 4: Medicamentos no preferidos	50%	50%	50%	50%	50%
Nivel 5: Nivel de especialidad	25% (30 días)	25% (30 días)	25% (30 días)	25% (30 días)	25%
Nivel 6: Medicamentos para cuidados específicos	\$0 / \$0 / \$0	\$10 / \$20 / \$30	\$0 / \$0 / \$0	\$10 / \$20 / \$30	\$10
SOUTH CAROLINA					
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos	\$1 / \$2 / \$3	\$19 / \$38 / \$57	\$1 / \$2 / \$0	\$19 / \$38 / \$57	\$19
Nivel 2: Medicamentos genéricos	\$3 / \$6 / \$9	\$20 / \$40 / \$60	\$3 / \$6 / \$0	\$20 / \$40 / \$60	\$20
Nivel 3: Medicamentos de marca preferida	\$47 / \$94 / \$141	\$47 / \$94 / \$141	\$47 / \$94 / \$141	\$47 / \$94 / \$141	\$47
Nivel 4: Medicamentos no preferidos	50%	50%	50%	50%	50%
Nivel 5: Nivel de especialidad	25% (30 días)	25% (30 días)	25% (30 días)	25% (30 días)	25%
Nivel 6: Medicamentos para cuidados específicos	\$0 / \$0 / \$0	\$11 / \$22 / \$33	\$0 / \$0 / \$0	\$11 / \$22 / \$33	\$11

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

Cigna Secure Rx (PDP)	Opción preferida de costo compartido minorista 30/60/90 Días	Opción estándar de costo compartido minorista 30/60/90 Días	Opción preferida de costo compartido de pedido por correo 30/60/90 Días	Opción estándar de costo compartido de pedido por correo 30/60/90 Días	Cuidados a largo plazo 31 días Fuera de la red 30 días*
SOUTH DAKOTA					
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos	\$1 / \$2 / \$3	\$14 / \$28 / \$42	\$1 / \$2 / \$0	\$14 / \$28 / \$42	\$14
Nivel 2: Medicamentos genéricos	\$2 / \$4 / \$6	\$15 / \$30 / \$45	\$2 / \$4 / \$0	\$15 / \$30 / \$45	\$15
Nivel 3: Medicamentos de marca preferida	\$47 / \$94 / \$141	\$47 / \$94 / \$141	\$47 / \$94 / \$141	\$47 / \$94 / \$141	\$47
Nivel 4: Medicamentos no preferidos	50%	50%	50%	50%	50%
Nivel 5: Nivel de especialidad	25% (30 días)	25% (30 días)	25% (30 días)	25% (30 días)	25%
Nivel 6: Medicamentos para cuidados específicos	\$0 / \$0 / \$0	\$11 / \$22 / \$33	\$0 / \$0 / \$0	\$11 / \$22 / \$33	\$11
TENNESSEE					
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos	\$1 / \$2 / \$3	\$19 / \$38 / \$57	\$1 / \$2 / \$0	\$19 / \$38 / \$57	\$19
Nivel 2: Medicamentos genéricos	\$2 / \$4 / \$6	\$20 / \$40 / \$60	\$2 / \$4 / \$0	\$20 / \$40 / \$60	\$20
Nivel 3: Medicamentos de marca preferida	\$47 / \$94 / \$141	\$47 / \$94 / \$141	\$47 / \$94 / \$141	\$47 / \$94 / \$141	\$47
Nivel 4: Medicamentos no preferidos	50%	50%	50%	50%	50%
Nivel 5: Nivel de especialidad	25% (30 días)	25% (30 días)	25% (30 días)	25% (30 días)	25%
Nivel 6: Medicamentos para cuidados específicos	\$0 / \$0 / \$0	\$11 / \$22 / \$33	\$0 / \$0 / \$0	\$11 / \$22 / \$33	\$11
TEXAS					
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos	\$1 / \$2 / \$3	\$19 / \$38 / \$57	\$1 / \$2 / \$0	\$19 / \$38 / \$57	\$19
Nivel 2: Medicamentos genéricos	\$3 / \$6 / \$9	\$20 / \$40 / \$60	\$3 / \$6 / \$0	\$20 / \$40 / \$60	\$20
Nivel 3: Medicamentos de marca preferida	\$45 / \$90 / \$135	\$47 / \$94 / \$141	\$45 / \$90 / \$135	\$47 / \$94 / \$141	\$47
Nivel 4: Medicamentos no preferidos	47%	47%	47%	47%	47%
Nivel 5: Nivel de especialidad	25% (30 días)	25% (30 días)	25% (30 días)	25% (30 días)	25%
Nivel 6: Medicamentos para cuidados específicos	\$0 / \$0 / \$0	\$11 / \$22 / \$33	\$0 / \$0 / \$0	\$11 / \$22 / \$33	\$11
UTAH					
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos	\$1 / \$2 / \$3	\$19 / \$38 / \$57	\$1 / \$2 / \$0	\$19 / \$38 / \$57	\$19
Nivel 2: Medicamentos genéricos	\$8 / \$16 / \$24	\$20 / \$40 / \$60	\$8 / \$16 / \$0	\$20 / \$40 / \$60	\$20
Nivel 3: Medicamentos de marca preferida	\$30 / \$60 / \$90	\$37 / \$74 / \$111	\$30 / \$60 / \$90	\$37 / \$74 / \$111	\$37
Nivel 4: Medicamentos no preferidos	44%	44%	44%	44%	44%
Nivel 5: Nivel de especialidad	25% (30 días)	25% (30 días)	25% (30 días)	25% (30 días)	25%
Nivel 6: Medicamentos para cuidados específicos	\$0 / \$0 / \$0	\$9 / \$18 / \$27	\$0 / \$0 / \$0	\$9 / \$18 / \$27	\$9

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

Cigna Secure Rx (PDP)	Opción preferida de costo compartido minorista 30/60/90 Días	Opción estándar de costo compartido minorista 30/60/90 Días	Opción preferida de costo compartido de pedido por correo 30/60/90 Días	Opción estándar de costo compartido de pedido por correo 30/60/90 Días	Cuidados a largo plazo 31 días Fuera de la red 30 días*
VERMONT					
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos	\$1 / \$2 / \$3	\$14 / \$28 / \$42	\$1 / \$2 / \$0	\$14 / \$28 / \$42	\$14
Nivel 2: Medicamentos genéricos	\$2 / \$4 / \$6	\$15 / \$30 / \$45	\$2 / \$4 / \$0	\$15 / \$30 / \$45	\$15
Nivel 3: Medicamentos de marca preferida	\$30 / \$60 / \$90	\$47 / \$94 / \$141	\$30 / \$60 / \$90	\$47 / \$94 / \$141	\$47
Nivel 4: Medicamentos no preferidos	50%	50%	50%	50%	50%
Nivel 5: Nivel de especialidad	25% (30 días)	25% (30 días)	25% (30 días)	25% (30 días)	25%
Nivel 6: Medicamentos para cuidados específicos	\$0 / \$0 / \$0	\$10 / \$20 / \$30	\$0 / \$0 / \$0	\$10 / \$20 / \$30	\$10
VIRGINIA					
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos	\$1 / \$2 / \$3	\$19 / \$38 / \$57	\$1 / \$2 / \$0	\$19 / \$38 / \$57	\$19
Nivel 2: Medicamentos genéricos	\$3 / \$6 / \$9	\$20 / \$40 / \$60	\$3 / \$6 / \$0	\$20 / \$40 / \$60	\$20
Nivel 3: Medicamentos de marca preferida	\$47 / \$94 / \$141	\$47 / \$94 / \$141	\$47 / \$94 / \$141	\$47 / \$94 / \$141	\$47
Nivel 4: Medicamentos no preferidos	50%	50%	50%	50%	50%
Nivel 5: Nivel de especialidad	25% (30 días)	25% (30 días)	25% (30 días)	25% (30 días)	25%
Nivel 6: Medicamentos para cuidados específicos	\$0 / \$0 / \$0	\$11 / \$22 / \$33	\$0 / \$0 / \$0	\$11 / \$22 / \$33	\$11
WASHINGTON					
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos	\$1 / \$2 / \$3	\$19 / \$38 / \$57	\$1 / \$2 / \$0	\$19 / \$38 / \$57	\$19
Nivel 2: Medicamentos genéricos	\$2 / \$4 / \$6	\$20 / \$40 / \$60	\$2 / \$4 / \$0	\$20 / \$40 / \$60	\$20
Nivel 3: Medicamentos de marca preferida	\$33 / \$66 / \$99	\$47 / \$94 / \$141	\$33 / \$66 / \$99	\$47 / \$94 / \$141	\$47
Nivel 4: Medicamentos no preferidos	50%	50%	50%	50%	50%
Nivel 5: Nivel de especialidad	25% (30 días)	25% (30 días)	25% (30 días)	25% (30 días)	25%
Nivel 6: Medicamentos para cuidados específicos	\$0 / \$0 / \$0	\$11 / \$22 / \$33	\$0 / \$0 / \$0	\$11 / \$22 / \$33	\$11
WEST VIRGINIA					
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos	\$1 / \$2 / \$3	\$12 / \$24 / \$36	\$1 / \$2 / \$0	\$12 / \$24 / \$36	\$12
Nivel 2: Medicamentos genéricos	\$2 / \$4 / \$6	\$15 / \$30 / \$45	\$2 / \$4 / \$0	\$15 / \$30 / \$45	\$15
Nivel 3: Medicamentos de marca preferida	\$20 / \$40 / \$60	\$30 / \$60 / \$90	\$20 / \$40 / \$60	\$30 / \$60 / \$90	\$30
Nivel 4: Medicamentos no preferidos	50%	50%	50%	50%	50%
Nivel 5: Nivel de especialidad	25% (30 días)	25% (30 días)	25% (30 días)	25% (30 días)	25%
Nivel 6: Medicamentos para cuidados específicos	\$0 / \$0 / \$0	\$8 / \$16 / \$24	\$0 / \$0 / \$0	\$8 / \$16 / \$24	\$8

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

Cigna Secure Rx (PDP)	Opción preferida de costo compartido minorista 30/60/90 Días	Opción estándar de costo compartido minorista 30/60/90 Días	Opción preferida de costo compartido de pedido por correo 30/60/90 Días	Opción estándar de costo compartido de pedido por correo 30/60/90 Días	Cuidados a largo plazo 31 días Fuera de la red 30 días*
WISCONSIN					
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos	\$1 / \$2 / \$3	\$14 / \$28 / \$42	\$1 / \$2 / \$0	\$14 / \$28 / \$42	\$14
Nivel 2: Medicamentos genéricos	\$2 / \$4 / \$6	\$15 / \$30 / \$45	\$2 / \$4 / \$0	\$15 / \$30 / \$45	\$15
Nivel 3: Medicamentos de marca preferida	\$29 / \$58 / \$87	\$36 / \$72 / \$108	\$29 / \$58 / \$87	\$36 / \$72 / \$108	\$36
Nivel 4: Medicamentos no preferidos	50%	50%	50%	50%	50%
Nivel 5: Nivel de especialidad	25% (30 días)	25% (30 días)	25% (30 días)	25% (30 días)	25%
Nivel 6: Medicamentos para cuidados específicos	\$0 / \$0 / \$0	\$10 / \$20 / \$30	\$0 / \$0 / \$0	\$10 / \$20 / \$30	\$10
WYOMING					
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos	\$1 / \$2 / \$3	\$14 / \$28 / \$42	\$1 / \$2 / \$0	\$14 / \$28 / \$42	\$14
Nivel 2: Medicamentos genéricos	\$2 / \$4 / \$6	\$15 / \$30 / \$45	\$2 / \$4 / \$0	\$15 / \$30 / \$45	\$15
Nivel 3: Medicamentos de marca preferida	\$47 / \$94 / \$141	\$47 / \$94 / \$141	\$47 / \$94 / \$141	\$47 / \$94 / \$141	\$47
Nivel 4: Medicamentos no preferidos	50%	50%	50%	50%	50%
Nivel 5: Nivel de especialidad	25% (30 días)	25% (30 días)	25% (30 días)	25% (30 días)	25%
Nivel 6: Medicamentos para cuidados específicos	\$0 / \$0 / \$0	\$11 / \$22 / \$33	\$0 / \$0 / \$0	\$11 / \$22 / \$33	\$11

Mis medicamentos

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

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

Índice de la lista de medicamentos:

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

	Página
ANTIINFECCIOSOS	20
MEDICAMENTOS ANTINEOPLÁSICOS/INMUNODEPRESORES	26
MEDICAMENTOS PARA EL SISTEMA NERVIOSO AUTÓNOMO/CENTRAL, NEUROLOGÍA/PSIC.....	34
CARDIOVASCULARES, HIPERTENSIÓN/LÍPIDOS	44
PRODUCTOS DERMATOLÓGICOS/TRATAMIENTO TÓPICO.....	48
PRODUCTOS DE DIAGNÓSTICO/AGENTES VARIOS	51
MEDICAMENTOS PARA NARIZ, GARGANTA Y OÍDO	52
SISTEMA ENDOCRINO/DIABETES.....	53
GASTROENTEROLOGÍA.....	57
INMUNOLOGÍA, VACUNAS/BIOTECNOLOGÍA.....	59
SISTEMA LOCOMOTOR/REUMATOLOGÍA.....	60
OBSTETRICIA/GINECOLOGÍA.....	61
OFTALMOLOGÍA.....	64
SISTEMA RESPIRATORIO Y ALERGIA	66
UROLÓGICOS	68
VITAMINAS, HEMATÍNICOS/ELECTROLITOS	68

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 1-800-222-6700 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana. Puede que nuestro sistema telefónico automático conteste sus llamadas durante los fines de semana del 1 de abril al 30 de septiembre. También puede visitar Cigna.com/member-resources.

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	4	
<i>fluconazol en nacl (iso-osm.)</i>	4	PA
<i>fluconazol, suspensión oral para reconstitución</i>	3	
<i>fluconazol, comprimidos orales</i>	2	
<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>nistatina, suspensión oral</i>	3	
<i>nistatina, comprimidos orales</i>	2	
<i>posaconazol</i>	5	QL (96/30); NDS
<i>clorhidrato de terbinafina oral</i>	2	
<i>voriconazol intravenoso</i>	4	PA
<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>clorhidrato de amantadina</i>	3	
APRETUDE	4	
APTIVUS	4	QL (120/30)
<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	4	
CIMDUO	4	
COMPLERA	4	QL (30/30)
DELSTRIGO	4	
DESCOVY	5	QL (30/30); NDS
DOVATO	5	NDS
EDURANT	3	QL (30/30)
<i>efavirenz, cápsulas orales, 200 mg</i>	4	QL (120/30)
<i>efavirenz, cápsulas orales, 50 mg</i>	4	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>	4	QL (30/30)
<i>disoproxilo de efavirenz-lamivudina-tenofovir, comprimidos orales, 600-300-300 mg</i>	4	
<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 19.

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	3	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	3	
ETRAVIRINE	5	QL (60/30); NDS
EVOTAZ	4	QL (30/30)
<i>famciclovir</i>	4	QL (60/30)
<i>fosamprenavir</i>	5	QL (120/30); NDS
FUZEON, 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	4	QL (120/30)
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)
<i>ledipasvir-sofosbuvir</i>	5	PA; QL (28/28); NDS
LEXIVA, SUSPENSIÓN ORAL	4	QL (1575/28)
<i>lopinavir-ritonavir, solución oral</i>	4	
<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

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

Cursiva minúscula = Medicamento genérico

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

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
MAVYRET, PÍLDORAS DE ADMINISTRACIÓN ORAL EN PAQUETES	5	PA; QL (168/28); NDS
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, cápsulas orales</i>	3	
<i>oseltamivir, suspensión oral para reconstitución</i>	4	
PIFELTRO	4	
PREVYMIS	5	QL (30/30); NDS
PREZCOBIX	4	QL (30/30)
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	4	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>	4	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>ritonavir</i>	3	QL (360/30)
RUKOBIA	5	NDS
SELZENTRY, SOLUCIÓN ORAL	5	NDS
SELZENTRY, COMPRIMIDOS ORALES, 150 MG, 75 MG	5	QL (60/30); NDS
SELZENTRY, COMPRIMIDOS ORALES, 25 MG	4	QL (120/30)
SELZENTRY, COMPRIMIDOS ORALES, 300 MG	5	QL (120/30); NDS
<i>estavudina, cápsulas orales</i>	4	QL (60/30)
STRIBILD	5	QL (30/30); NDS
SYMTUZA	4	
TEMIXYS	4	
<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	4	QL (180/30)
TRIUMEQ	5	QL (30/30); NDS
TRIUMEQ PD	5	QL (300/30); NDS
TRIZIVIR	5	QL (60/30); NDS
TROGARZO	5	NDS
<i>valaciclovir, comprimidos orales, 1 gramo</i>	3	QL (120/30)
<i>valaciclovir, comprimidos orales, 500 mg</i>	3	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	4	QL (270/30)
VIRACEPT, COMPRIMIDOS ORALES, 625 MG	4	QL (120/30)

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

Cursiva minúscula = Medicamento genérico

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

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
VIREAD, POLVO ORAL	5	QL (240/30); NDS
VIREAD, COMPRIMIDOS ORALES, 150 MG, 200 MG, 250 MG	5	QL (30/30); NDS
VOSEVI	5	PA; QL (28/28); NDS
zidovudina, cápsulas orales	4	QL (180/30)
zidovudina, jarabe oral	4	QL (1680/28)
zidovudina, comprimidos orales	2	QL (60/30)
CEFALOSPORINAS		
cefactor, cápsulas orales	4	
cefactor, suspensión oral para reconstitución, 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml, 375 mg/5 ml	4	
ceftaclor, comprimidos orales, liberación prolongada, 12 horas	4	
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	4	
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
cefotetan inyectable	4	PA
cefoxitina	4	PA

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
cefoxitina en dextrosa, iso-osm.	4	PA
cefopodoxima	4	
cefprozilo	3	
ceftazidima	4	PA
ceftazidima en d5w	4	PA
ceftriaxona	4	
ceftriaxona en dextrosa, iso-osm.	4	
cefuroxima axetilo, comprimidos orales	3	
cefuroxima sódica, sol. para reconst. inyect., 750 mg	4	PA
cefuroxima sódica intravenosa	4	PA
cefalexina, cápsulas orales, 250 mg, 500 mg	2	
cefalexina, suspensión oral para reconstitución	2	
tazicef	4	PA
TEFLARO	4	PA
ERITROMICINAS/OTROS MACRÓLIDOS		
azitromicina intravenosa	4	PA
azitromicina, paquete oral	3	
azitromicina, suspensión oral para reconstitución	4	
azitromicina, comprimidos orales	2	
claritromicina	4	
DIFICID, SUSPENSIÓN ORAL PARA RECONSTITUCIÓN	5	QL (136/10); NDS
DIFICID, COMPRIMIDOS ORALES	5	QL (20/10); NDS
eritrocina (como estearato), comprimidos orales, 250 mg	4	
ERYTHROCIN, SOL. PARA RECONST. INTRAVENOSA, 500 MG	4	PA
etilsuccinato de eritromicina, suspensión oral para reconstitución, 200 mg/5 ml	4	

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

Cursiva minúscula = Medicamento genérico

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

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>eritromicina, cápsulas orales, liberación retardada (dr/ec)</i>	4	
<i>eritromicina, comprimidos orales</i>	4	
ANTIINFECCIOSOS VARIOS		
<i>albendazol</i>	5	NDS
<i>amikacina, solución inyectable, 1,000 mg/4 ml, 500 mg/2 ml</i>	4	PA
ARIKAYCE	4	PA; LA
<i>atovacuna</i>	5	NDS
<i>atovacuna-proguanil</i>	4	
<i>aztreonam</i>	4	PA
<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>	4	PA
<i>cicloserina</i>	4	
<i>dapsona oral</i>	3	
DAPTOMYCIN, SOL. PARA RECONST. INTRAVENOSA, 350 MG	5	NDS
<i>daptomicina, sol. para reconst. intravenosa, 500 mg</i>	5	NDS

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
EMVERM	4	
<i>ertapenem</i>	4	
<i>etambutol</i>	4	
FIRVANQ, SOL. PARA RECONST. INTRAVENOSA, 25 MG/ML	4	QL (400/10)
FIRVANQ, SOL. PARA RECONST. INTRAVENOSA, 50 MG/ML	4	QL (450/10)
<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>	3	
<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>linezolida en dextrosa al 5%</i>	4	PA
<i>linezolida, suspensión oral para reconstitución</i>	5	QL (1800/30); NDS
<i>linezolida, comprimidos orales</i>	3	QL (60/30)
<i>linezolida-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	

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

Cursiva minúscula = Medicamento genérico

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

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>neomicina</i>	2	
<i>nitazoxanida</i>	5	QL (20/10); NDS
<i>paromomicina</i>	4	
PASER	4	
<i>pentamidina para inhalar</i>	3	B/D PA; QL (1/28)
<i>pentamidina inyectable</i>	4	
<i>praziquantel</i>	4	
PRIFTIN	4	
PRIMAQUINE	4	
<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</i>	4	
SIRTURO	4	PA; LA
SIVEXTRO INTRAVENOSO	5	PA; QL (6/28); NDS
SIVEXTRO ORAL	5	QL (6/28); NDS
<i>estreptomicina</i>	4	PA
<i>tigeciclina</i>	5	PA; NDS
<i>tobramicina en nacl al 0.225%</i>	5	B/D PA; QL (280/28); NDS
<i>sulfato de tobramicina</i>	4	PA
TRECTOR	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	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>vancomicina, sol. para reconst. intravenosa, 1,000 mg, 10 gramos, 5 gramos, 500 mg, 750 mg</i>	4	
VANCOMYCIN, SOL. PARA RECONST. INTRAVENOSA, 1.25 GRAMOS	4	
<i>vancomicina, cápsulas orales, 125 mg</i>	4	PA; QL (40/10)
<i>vancomicina, cápsulas orales, 250 mg</i>	4	PA; QL (80/10)
VANCOMYCIN-WATER, INYECTABLE (PEG)	4	
XIFAXAN, COMPRIMIDOS ORALES, 550 MG	5	PA; QL (90/30); NDS
PENICILINAS		
<i>amoxicilina, cápsulas orales</i>	2	
<i>amoxicilina, suspensión oral para reconstitución</i>	2	
<i>amoxicilina, comprimidos orales</i>	2	
<i>amoxicilina, comprimidos orales masticables, 125 mg, 250 mg</i>	2	
<i>amoxicilina-clavulanato de pot., suspensión oral para reconstitución</i>	2	
<i>amoxicilina-clavulanato de pot., comprimidos orales</i>	2	
<i>amoxicilina-clavulanato de pot., comprimidos orales, liberación prolongada, 12 horas</i>	4	
<i>amoxicilina-clavulanato de pot., comprimidos orales masticables</i>	2	
<i>ampicilina, cápsulas orales, 500 mg</i>	2	
<i>ampicilina sódica</i>	4	PA
<i>ampicilina-sulbactam</i>	4	PA
BICILLIN L-A	4	PA
<i>dicloxacilina</i>	2	

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

Cursiva minúscula = Medicamento genérico

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

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>nafcilina en dextrosa, iso-osm.</i>	4	PA
<i>nafcilina inyectable</i>	4	PA
<i>nafcilina, sol. para reconst. intravenosa, 2 gramos</i>	4	PA
<i>oxacilina inyectable</i>	4	PA
<i>penicilina g potásica</i>	4	PA
<i>penicilina v potásica</i>	2	
<i>pfizerpen-g</i>	4	PA
<i>piperacilina-tazobactam</i>	4	
QUINOLONAS		
CIPRO, RECONST. DE MICROCÁPSULAS PARA SUSPENSIÓN ORAL	4	
<i>clorhidrato de ciprofloxacina, comprimidos orales, 100 mg</i>	4	
<i>clorhidrato de ciprofloxacina, comprimidos orales, 250 mg, 500 mg, 750 mg</i>	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, solución oral</i>	4	
<i>levofloxacina, comprimidos orales</i>	2	
<i>moxifloxacina-acetato sódico, sulfato en agua</i>	4	PA
<i>moxifloxacina-cloruro de sodio (iso)</i>	4	PA
SULFAMIDAS/AGENTES RELACIONADOS		
<i>sulfadiazina</i>	4	
<i>sulfametoxazol/trimetoprima intravenoso</i>	4	PA
<i>sulfametoxazol-trimetoprima, suspensión oral</i>	4	
<i>sulfametoxazol-trimetoprima, comprimidos orales</i>	2	
TETRACICLINAS		
<i>doxiciclina-100</i>	4	PA

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>hiclato de doxiciclina intravenoso</i>	4	PA
<i>hiclato de doxiciclina, cápsulas orales</i>	4	
<i>hiclato de doxiciclina, comprimidos orales, 100 mg, 20 mg</i>	4	
<i>monohidrato de doxiciclina, cápsulas orales, 100 mg, 50 mg</i>	3	
<i>monohidrato de doxiciclina, suspensión oral para reconstitución</i>	4	
<i>monohidrato de doxiciclina, comprimidos orales</i>	3	
<i>minociclina, cápsulas orales</i>	2	
NUZYRA INTRAVENOSO	4	PA
NUZYRA ORAL	4	
<i>tetraciclina</i>	4	
AGENTES DE LAS VÍAS URINARIAS		
<i>hipurato de metenamina</i>	4	
<i>nitrofurantoína</i>	4	
<i>monohidrato de nitrofurantoína/ macrocrist.</i>	3	
<i>trimetoprima</i>	2	
VANCOMYCIN		
<i>vancomicina, sol. para reconst. intravenosa, 1.5 gramos</i>	4	
MEDICAMENTOS ANTINEOPLÁSICOS/ INMUNODEPRESORES		
AGENTES COADYUVANTES		
<i>leucovorina cálcica inyectable</i>	4	
<i>leucovorina cálcica, comprimidos orales, 10 mg, 15 mg, 25 mg</i>	4	
<i>leucovorina cálcica, comprimidos orales, 5 mg</i>	3	
<i>mesna</i>	4	B/D PA
MESNEX ORAL	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 19.

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
XGEVA	5	PA; QL (1.7/28); NDS
MEDICAMENTOS ANTINEOPLÁSICOS/ INMUNODEPRESORES		
<i>abiraterona, comprimidos orales, 250 mg</i>	4	PA; QL (120/30)
<i>abiraterona, comprimidos orales, 500 mg</i>	4	PA; QL (60/30)
ABRAXANE	5	PA; NDS
ADCETRIS	4	PA
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
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>	4	B/D PA
ARZERRA	4	B/D PA
AYVAKIT	5	PA; LA; QL (30/30); NDS
<i>azacitidina</i>	4	B/D PA
<i>azatioprina, comprimidos orales, 50 mg</i>	2	B/D PA
<i>azatioprina sódica</i>	4	B/D PA

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
BALVERSA	5	PA; LA; NDS
BAVENCIO	5	PA; NDS
BELEODAQ	4	B/D PA
BENDEKA	5	B/D PA; NDS
BESPONSA	5	PA; NDS
<i>bexaroteno</i>	5	PA; NDS
<i>bicalutamida</i>	3	
BLNREP	4	PA
<i>bleomicina</i>	4	B/D PA
BLINCYTO, KIT INTRAVENOSO	4	B/D PA
<i>bortezomib, inyectable</i>	5	PA; NDS
<i>bortezomib, sol. para reconst. intravenosa</i>	5	PA; NDS
BOSULIF, COMPRIMIDOS ORALES, 100 MG	5	PA; QL (90/30); NDS
BOSULIF, COMPRIMIDOS ORALES, 400 MG, 500 MG	5	PA; QL (30/30); NDS
BRAFTOVI, CÁPSULAS ORALES, 75 MG	5	PA; LA; QL (180/30); NDS
BRUKINSA	5	PA; LA; NDS
BUSULFAN	5	B/D PA; NDS
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

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

Cursiva minúscula = Medicamento genérico

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

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
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
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
<i>dacarbazina</i>	4	B/D PA
<i>dactinomicina</i>	4	B/D PA
DANYELZA	4	PA
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>	4	B/D PA
<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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>doxorrubicina, sol. para reconst. intravenosa, 50 mg</i>	4	B/D PA
<i>doxorrubicina, solución intravenosa</i>	4	B/D PA
<i>doxorrubicina, liposomal pegilada</i>	4	B/D PA
DROXIA	4	
ELLECE	4	B/D PA
ELZONRIS	5	PA; NDS
EMCYT	4	
EMPLICITI	4	PA
ENHERTU	5	PA; NDS
ENVARSUS XR	4	B/D PA
<i>epirubicina, solución intravenosa</i>	4	B/D PA
ERBITUX	4	B/D PA
ERIVEDGE	5	PA; QL (30/30); NDS
ERLEADA	4	PA; QL (120/30)
<i>erlotinib, 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>	4	
EXKIVITY	5	PA; LA; NDS
FARYDAK	5	PA; QL (6/21); NDS

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

Cursiva minúscula = Medicamento genérico

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

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
FIRMAGON, KIT CON JERINGA DILUYENTE	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>	4	
FOLOTYN	5	B/D PA; NDS
FOTIVDA	5	PA; LA; QL (21/28); NDS
<i>fulvestrant</i>	5	B/D PA; NDS
GAVRETO	5	PA; LA; QL (120/30); NDS
GAZYVA	5	PA; NDS
<i>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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
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
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	4	B/D PA
JAKAFI	5	PA; QL (60/30); NDS
JEMPERLI	4	PA
JEVTANA	4	B/D PA
KADCYLA	5	PA; NDS
KANJINTI	5	PA; NDS
KEYTRUDA	5	PA; NDS
KIMMTRAK	4	PA
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

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

Cursiva minúscula = Medicamento genérico

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

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
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, 20 mg</i>	5	PA; QL (28/28); NDS
LENVIMA, CÁPSULAS ORALES, 10 MG/DÍA (10 MG X 1), 4 MG	5	PA; QL (30/30); NDS
LENVIMA, CÁPSULAS ORALES, 12 MG/DÍA (4 MG X 3), 18 MG/DÍA (10 MG X 1-4 MG X 2), 24 MG/DÍA (10 MG X 2-4 MG X 1)	5	PA; QL (90/30); NDS
LENVIMA, CÁPSULAS ORALES, 14 MG/DÍA (10 MG X 1-4 MG X 1), 20 MG/DÍA (10 MG X 2), 8 MG/DÍA (4 MG X 2)	5	PA; QL (60/30); NDS
<i>letrozol</i>	2	
LEUKERAN	4	
<i>leuprolida subcutánea, kit</i>	4	PA
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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
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	4	B/D PA
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>	4	PA
<i>megestrol, comprimidos orales</i>	4	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>clorhidrato de melfalán</i>	5	B/D PA; NDS
<i>mercaptopurina</i>	4	
<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	4	PA
MVASI	5	PA; NDS
<i>mofetil micofenolato (clorhidrato)</i>	4	B/D PA
<i>mofetil micofenolato, cápsulas orales</i>	3	B/D PA
<i>mofetil micofenolato, suspensión oral para reconstitución</i>	5	B/D PA; NDS

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

Cursiva minúscula = Medicamento genérico

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

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>mofetil micofenolato, comprimidos orales</i>	4	B/D PA
<i>micofenolato sódico</i>	4	B/D PA
MYLOTARG	5	PA; NDS
NELARABINE	4	B/D PA
NERLYNX	5	PA; LA; NDS
NEXAVAR	5	PA; LA; QL (120/30); NDS
<i>nilutamida</i>	5	NDS
NINLARO	5	PA; QL (3/28); NDS
NIPENT	4	B/D PA
NUBEQA	4	PA; LA; QL (120/30)
NULOJIX	5	B/D PA; NDS
<i>acetato de octreotida</i>	4	PA
ODOMZO	5	PA; LA; QL (30/30); NDS
OGIVRI	5	PA; NDS
ONCASPAR	4	
ONIVYDE	4	PA
ONUREG	4	PA; QL (14/28)
OPDIVO	5	PA; NDS
<i>opdualag</i>	4	PA
ORGOVYX	4	PA; LA; QL (32/30)
<i>oxaliplatino</i>	4	B/D PA
<i>paclitaxel</i>	4	B/D PA
<i>paclitaxel ligado a proteínas</i>	5	PA; NDS
PADCEV	4	PA
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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
PORTRAZZA	4	B/D PA
POTELIGEO	5	PA; NDS
PROGRAF INTRAVENOSO	4	B/D PA
PROGRAF, PAQUETE DE GRÁNULOS ORALES	4	B/D PA
PURIXAN	5	NDS
QINLOCK	5	PA; LA; QL (90/30); NDS
RETEVMO, CÁPSULAS ORALES, 40 MG	5	PA; LA; QL (180/30); NDS
RETEVMO, CÁPSULAS ORALES, 80 MG	5	PA; LA; QL (120/30); NDS
REVLIMID	5	PA; LA; QL (28/28); NDS
<i>romidepsina, sol. para reconst. intravenosa</i>	5	PA; NDS
ROMIDEPSIN, SOLUCIÓN INTRAVENOSA	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	4	PA
RYDAPT	5	PA; QL (240/30); NDS
RYLAZE	4	B/D PA
SANDIMMUNE, SOLUCIÓN ORAL	4	B/D PA
SARCLISA	4	PA
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

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

Cursiva minúscula = Medicamento genérico

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

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>sirolimus, comprimidos orales</i>	4	B/D PA
SOLTAMOX	4	
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
SUNITINIB	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>	4	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	4	PA; LA
TECENTRIQ	5	PA; NDS
TEMODAR INTRAVENOSO	4	B/D PA
<i>temsirolimus</i>	4	B/D PA

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
TEPMETKO	5	PA; LA; QL (60/30); NDS
THALOMID, CÁPSULAS ORALES, 100 MG, 150 MG, 50 MG	5	PA; QL (28/28); NDS
THALOMID, CÁPSULAS ORALES, 200 MG	5	PA; QL (56/28); NDS
<i>tiotepa</i>	4	PA
TIBSOVO	5	PA; NDS
TIVDAK	4	PA
<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	4	PA
<i>tretinoína (antineoplásico)</i>	5	NDS
TRIPTODUR	5	PA; NDS
TRODELVY	4	PA
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), 75 MG/DÍA (25 MG X 3)	5	PA; LA; QL (63/28); NDS
TRUXIMA	5	PA; NDS
TUKYSA, COMPRIMIDOS ORALES, 150 MG	5	PA; LA; QL (120/30); NDS
TUKYSA, COMPRIMIDOS ORALES, 50 MG	5	PA; LA; QL (300/30); NDS
TURALIO	5	PA; LA; QL (120/30); NDS

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

Cursiva minúscula = Medicamento genérico

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

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
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
XATMEP	4	PA
XOSPATA	5	PA; LA; NDS

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
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	4	PA; QL (120/30)
XTANDI, COMPRIMIDOS ORALES, 40 MG	4	PA; QL (120/30)
XTANDI, COMPRIMIDOS ORALES, 80 MG	4	PA; QL (60/30)
YERVOY	5	PA; NDS
YONDELIS	5	PA; NDS
ZALTRAP	4	B/D PA
ZANOSAR	4	B/D PA
ZEJULA	5	PA; LA; QL (90/30); NDS
ZELBORAF	5	PA; QL (240/30); NDS
ZEPZELCA	4	PA
ZIRABEV	5	PA; NDS
ZOLADEX	4	B/D PA
ZOLINZA	5	PA; QL (120/30); NDS
ZORTRESS, COMPRIMIDOS ORALES, 1 MG	5	B/D PA; NDS
ZYDELIG	5	PA; QL (60/30); NDS
ZYKADIA	5	PA; QL (90/30); NDS
ZYNLONTA	4	PA

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

Cursiva minúscula = Medicamento genérico

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

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
MEDICAMENTOS PARA EL SISTEMA NERVIOSO AUTÓNOMO/CENTRAL, NEUROLOGÍA/PSIC.		
ANTICONVULSIVOS		
APTOM, COMPRIMIDOS ORALES, 200 MG	4	QL (180/30)
APTOM, COMPRIMIDOS ORALES, 400 MG	4	QL (90/30)
APTOM, COMPRIMIDOS ORALES, 600 MG, 800 MG	4	QL (60/30)
BRIVIACT INTRAVENOSO	4	
BRIVIACT, SOLUCIÓN ORAL	4	QL (600/30)
BRIVIACT, COMPRIMIDOS ORALES	4	QL (60/30)
<i>carbamazepina, cápsulas orales, liberación prolongada, multifase, 12 horas</i>	4	
<i>carbamazepina, suspensión oral</i>	4	
<i>carbamazepina, comprimidos orales</i>	3	
<i>carbamazepina, comprimidos orales, liberación prolongada, 12 horas</i>	4	
<i>carbamazepina, comprimidos orales masticables</i>	3	
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>	4	QL (90/30)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>clonazepam, comprimidos de desintegración oral, 0.5 mg, 1 mg</i>	4	QL (120/30)
<i>clonazepam, comprimidos de desintegración oral, 2 mg</i>	4	QL (300/30)
DIACOMIT	4	
DIAZEPAM RECTAL	4	
DILANTIN	4	
<i>divalproex, cápsulas orales con gránulos, lib. retardada</i>	4	
<i>divalproex, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas</i>	4	
<i>divalproex, comprimidos orales, liberación retardada (dr/ec)</i>	2	
EPIDIOLEX	5	PA; LA; NDS
<i>epitol</i>	3	
EPRONTIA	4	PA; QL (480/30)
<i>etosuximida</i>	4	
<i>felbamato</i>	4	
FINTEPLA	4	PA; LA; QL (360/30)
<i>fosfenitoína</i>	3	
FYCOMPA, SUSPENSIÓN ORAL	4	QL (720/30)
FYCOMPA, COMPRIMIDOS ORALES, 10 MG, 12 MG, 8 MG	4	QL (30/30)
FYCOMPA, COMPRIMIDOS ORALES, 2 MG, 4 MG, 6 MG	4	QL (60/30)
<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>	4	QL (1200/30)

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

Cursiva minúscula = Medicamento genérico

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

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>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 masticables dispersables</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, solución oral</i>	2	
<i>levetiracetam, comprimidos orales</i>	2	
<i>levetiracetam, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas</i>	3	
NAYZILAM	4	PA; QL (10/30)
<i>oxcarbazepina, suspensión oral</i>	4	
<i>oxcarbazepina, comprimidos orales</i>	3	
<i>fenobarbital, elixir oral</i>	4	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>	3	
<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>	3	QL (120/30)
<i>pregabalina, cápsulas orales, 200 mg</i>	3	QL (90/30)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>pregabalina, cápsulas orales, 225 mg, 300 mg</i>	3	QL (60/30)
<i>pregabalina, solución oral</i>	3	QL (900/30)
<i>primidona</i>	2	
<i>roweepra, comprimidos orales, 500 mg</i>	2	
<i>rufinamida</i>	5	PA; NDS
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>	3	PA
<i>topimarato, comprimidos orales</i>	3	PA
<i>valproato sódico</i>	3	
<i>ácido valproico</i>	2	
<i>ácido valproico (como sal sódica)</i>	2	
VALTOCO	4	PA; QL (10/30)
<i>vigabatrina</i>	5	PA; LA; QL (180/30); NDS
<i>vigadrone</i>	5	PA; LA; QL (180/30); NDS
VIMPAT INTRAVENOSO	4	QL (1200/30)
VIMPAT, SOLUCIÓN ORAL	4	QL (1200/30)
VIMPAT, COMPRIMIDOS ORALES, 100 MG, 150 MG, 200 MG	4	QL (60/30)
VIMPAT, COMPRIMIDOS ORALES, 50 MG	4	QL (120/30)

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

Cursiva minúscula = Medicamento genérico

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

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
XCOPRI, PAQUETE DE MANTENIMIENTO, COMPRIMIDOS ORALES, 250 MG/DÍA (150 MG X 1-100 MG X 1)	4	PA
XCOPRI, PAQUETE DE MANTENIMIENTO, COMPRIMIDOS ORALES, 350 MG/DÍA (200 MG X 1-150 MG X 1)	4	PA; QL (56/28)
XCOPRI, COMPRIMIDOS ORALES, 100 MG	4	PA
XCOPRI, COMPRIMIDOS ORALES, 150 MG, 200 MG	4	PA; QL (60/30)
XCOPRI, COMPRIMIDOS ORALES, 50 MG	4	PA; QL (240/30)
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>	3	PA
ZTALMY	4	PA; QL (90/30)
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	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>carbidopa-levodopa, comprimidos de desintegración oral</i>	4	
<i>entacapona</i>	4	
GOCOVRI	4	ST
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>rasagilina</i>	4	
<i>ropinirol, comprimidos orales</i>	2	
RYTARY	4	ST
<i>clorhidrato de selegilina</i>	3	
TRATAMIENTO DE LA MIGRAÑA/CEFALEA EN RACIMOS		
AIMOVIG, AUTOINYECTOR	3	PA; QL (1/30)
AJOVY, AUTOINYECTOR	3	PA; QL (1.5/30)
AJOVY, JERINGA	3	PA; QL (1.5/30)
<i>dihidroergotamina nasal</i>	4	PA; QL (8/28)
<i>ergotamina-cafeína</i>	3	
<i>naratriptán</i>	4	QL (18/28)
NURTEC ODT	3	PA; QL (16/30)
<i>rizatriptán</i>	4	QL (36/28)
<i>sumatriptán, rociador nasal no aerosol, 20 mg/activación</i>	4	QL (18/28)
<i>sumatriptán, rociador nasal no aerosol, 5 mg/activación</i>	4	QL (36/28)
<i>succinato de sumatriptán oral</i>	2	QL (18/28)
<i>succinato de sumatriptán, subcutáneo en cartucho</i>	4	QL (8/28)
<i>succinato de sumatriptán, subcutáneo en lapicera</i>	4	QL (8/28)
<i>succinato de sumatriptán, solución subcutánea</i>	4	QL (8/28)
TRATAMIENTOS NEUROLÓGICOS VARIOS		
ADLARITY	4	ST; QL (4/28)
AUSTEDO, COMPRIMIDOS ORALES, 12 MG, 9 MG	5	PA; LA; QL (120/30); NDS

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

Cursiva minúscula = Medicamento genérico

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

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
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>	4	PA; QL (120/365)
<i>dimetilfumarato, cápsulas orales, liberación retardada (dr/ec), 120 mg, 240 mg</i>	4	PA; QL (60/30)
<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)
<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>	3	QL (60/30)
GILENYA, CÁPSULAS ORALES, 0.5 MG	5	PA; QL (30/30); NDS
INGREZZA	5	PA; LA; QL (30/30); NDS
INGREZZA, PAQUETE DE INICIACIÓN	5	PA; LA; QL (56/365); NDS
<i>memantina, cápsulas orales con gránulos, lib. prolongada, 24 horas</i>	4	PA
<i>memantina, solución oral</i>	4	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)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>memantina, comprimidos orales, paquete dosificado</i>	3	PA; QL (98/365)
NAMZARIC	4	PA
NUDEXTA	4	PA
OCREVUS	4	PA
<i>rivastigmina</i>	4	
<i>tartrato de rivastigmina</i>	4	QL (60/30)
<i>tetrabenazina, comprimidos orales, 12.5 mg</i>	4	PA; QL (240/30)
<i>tetrabenazina, comprimidos orales, 25 mg</i>	4	PA; QL (120/30)
VUMERITY	5	PA; QL (120/30); NDS

RELAJANTES MUSCULARES/TERAPIA ANTIESPASMÓDICA

<i>baclofeno, comprimidos orales</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>	4	
<i>bromuro de piridostigmina, comprimidos orales, 60 mg</i>	3	
<i>bromuro de piridostigmina, comprimidos orales, liberación prolongada</i>	3	
REGONOL	4	
<i>tizanidina, comprimidos orales</i>	2	

ANALGÉSICOS NARCÓTICOS

<i>acetaminofeno-codeína, solución oral, 120-12 mg/5 ml</i>	3	QL (4500/30); NDS
<i>acetaminofeno-codeína, comprimidos orales, 300-15 mg, 300-30 mg</i>	3	QL (360/30); NDS
<i>acetaminofeno-codeína, comprimidos orales, 300-60 mg</i>	3	QL (180/30); NDS

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

Cursiva minúscula = Medicamento genérico

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

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>clorhidrato de buprenorfina inyectable</i>	4	NDS
<i>clorhidrato de buprenorfina sublingual</i>	3	PA
<i>endocet, comprimidos orales, 10-325 mg, 5-325 mg, 7.5-325 mg</i>	3	QL (360/30); NDS
<i>endocet, comprimidos orales, 2.5-325 mg</i>	4	QL (360/30); NDS
<i>citrato de fentanilo, pastilla bucal con aplicador, 1,200 mcg, 1,600 mcg, 400 mcg, 600 mcg, 800 mcg</i>	5	PA; QL (120/30); NDS
<i>citrato de fentanilo, pastilla bucal con aplicador, 200 mcg</i>	4	PA; QL (120/30); NDS
<i>fentanilo, parche transdérmico, 72 horas, 100 mcg/h, 12 mcg/h, 25 mcg/h, 50 mcg/h, 75 mcg/h</i>	4	QL (10/30); NDS
<i>hidrocodona-acetaminofeno, solución oral, 7.5-325 mg/15 ml</i>	4	QL (5550/30); 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, comprimidos orales, 7.5-200 mg</i>	4	QL (50/30); NDS
<i>hidromorfona, líquido oral</i>	4	QL (2400/30); NDS
<i>hidromorfona, comprimidos orales</i>	4	QL (180/30); NDS
INFUMORPH P/F	4	B/D PA; NDS
<i>metadona, solución inyectable</i>	4	NDS
<i>metadona, intensol</i>	4	QL (90/30); 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>	2	QL (120/30); NDS
<i>metadona, comprimidos orales, 5 mg</i>	2	QL (240/30); NDS

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>morfinina (pf), solución inyectable, 0.5 mg/ml, 1 mg/ml</i>	4	NDS
<i>morfinina, solución oral concentrada</i>	4	QL (900/30); NDS
<i>morfinina, solución inyectable, 10 mg/ml, 8 mg/ml</i>	4	NDS
MORPHINE, SOLUCIÓN INYECTABLE, 2 MG/ML, 4 MG/ML, 5 MG/ML	4	NDS
MORPHINE, JERINGA INYECTABLE, 2 MG/ML, 4 MG/ML	4	NDS
<i>morfinina, jeringa inyectable, 8 mg/ml</i>	4	NDS
<i>morfinina, solución intravenosa, 10 mg/ml, 4 mg/ml, 8 mg/ml</i>	4	NDS
<i>morfinina, jeringa intravenosa</i>	4	NDS
<i>morfinina, solución oral</i>	4	QL (900/30); NDS
MORPHINE, COMPRIMIDOS ORALES	3	QL (180/30); NDS
<i>morfinina, comprimidos orales, liberación prolongada</i>	3	QL (120/30); NDS
<i>oxicodona, comprimidos orales, 10 mg, 15 mg, 20 mg, 30 mg</i>	4	QL (180/30); NDS
<i>oxicodona, comprimidos orales, 5 mg</i>	4	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)

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

Cursiva minúscula = Medicamento genérico

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

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>buprenorfina-naloxona, comprimidos sublinguales, 2-0.5 mg</i>	2	QL (360/30)
<i>buprenorfina-naloxona, comprimidos sublinguales, 8-2 mg</i>	2	QL (90/30)
<i>butorfanol nasal</i>	4	QL (10/28)
<i>celecoxib</i>	4	QL (60/30)
<i>diclofenaco potásico, comprimidos orales, 50 mg</i>	2	
<i>diclofenaco sódico oral</i>	2	
<i>diclofenaco sódico, gel tópico al 1%</i>	3	QL (1000/28)
<i>diflunisal</i>	4	
<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>	4	
<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>	3	
<i>naproxeno, suspensión oral</i>	4	
<i>naproxeno, comprimidos orales</i>	1	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>naproxeno, comprimidos orales, liberación retardada (dr/ec)</i>	2	
<i>naproxeno sódico, comprimidos orales, 275 mg, 550 mg</i>	4	
NARCAN	3	
<i>oxaprozina</i>	4	
<i>sulindaco</i>	2	
<i>tramadol, comprimidos orales, 50 mg</i>	2	QL (240/30); NDS
<i>tramadol-acetaminofeno</i>	4	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	4	QL (1/28)
<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>amitriptilina</i>	2	
<i>amoxapina</i>	4	
<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	4	QL (4.8/365)
ARISTADA, SUSPENSIÓN INTRAMUSCULAR, LIBERACIÓN PROLONGADA, JERINGA, 1,064 MG/3.9 ML	4	QL (3.9/56)

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

Cursiva minúscula = Medicamento genérico

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

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
ARISTADA, SUSPENSIÓN INTRAMUSCULAR, LIBERACIÓN PROLONGADA, JERINGA, 441 MG/1.6 ML	4	QL (1.6/28)
ARISTADA, SUSPENSIÓN INTRAMUSCULAR, LIBERACIÓN PROLONGADA, JERINGA, 662 MG/2.4 ML	4	QL (2.4/28)
ARISTADA, SUSPENSIÓN INTRAMUSCULAR, LIBERACIÓN PROLONGADA, JERINGA, 882 MG/3.2 ML	4	QL (3.2/28)
<i>maleato de asenapina, comprimidos sublinguales, 10 mg, 2.5 mg</i>	4	QL (60/30)
<i>maleato de asenapina, comprimidos sublinguales, 5 mg</i>	4	QL (90/30)
<i>atomoxetina, cápsulas orales, 10 mg, 18 mg, 25 mg, 40 mg</i>	4	QL (60/30)
<i>atomoxetina, cápsulas orales, 100 mg, 60 mg, 80 mg</i>	4	QL (30/30)
BELSOMRA	3	QL (30/30)
<i>clorhidrato de bupropión, comprimidos orales, 100 mg</i>	3	QL (120/30)
<i>clorhidrato de bupropión, comprimidos orales, 75 mg</i>	3	QL (180/30)
<i>clorhidrato de bupropión, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas, 150 mg</i>	3	QL (90/30)
<i>clorhidrato de bupropión, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas, 300 mg</i>	3	QL (30/30)
<i>clorhidrato de bupropión, comprimidos orales, liberación sostenida, 12 horas, 100 mg</i>	3	QL (120/30)
<i>clorhidrato de bupropión, comprimidos orales, liberación sostenida, 12 horas, 150 mg, 200 mg</i>	3	QL (60/30)
<i>buspirona</i>	2	
CAPLYTA	4	QL (30/30)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>clorpromazina</i>	4	
<i>citalopram, solución oral</i>	4	
<i>citalopram, comprimidos orales, 10 mg, 20 mg</i>	6	QL (60/30)
<i>citalopram, comprimidos orales, 40 mg</i>	6	QL (30/30)
<i>clomipramina</i>	4	
<i>clorazepato dipotásico, comprimidos orales, 15 mg</i>	4	QL (180/30)
<i>clorazepato dipotásico, comprimidos orales, 3.75 mg</i>	4	QL (90/30)
<i>clorazepato dipotásico, comprimidos orales, 7.5 mg</i>	4	QL (360/30)
<i>clozapina, comprimidos orales, 100 mg, 200 mg</i>	4	
<i>clozapina, comprimidos orales, 25 mg, 50 mg</i>	3	
<i>clozapina, comprimidos de desintegración oral</i>	4	
DAYVIGO	3	QL (30/30)
<i>desipramina</i>	4	
<i>succinato de desvenlafaxina, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas, 100 mg</i>	4	QL (120/30)
<i>succinato de desvenlafaxina, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas, 25 mg</i>	4	QL (60/30)
<i>succinato de desvenlafaxina, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas, 50 mg</i>	4	QL (90/30)
<i>dexmetilfenidato, comprimidos orales</i>	3	
<i>sulfato de dextroanfetamina, cápsulas orales, liberación prolongada</i>	4	
<i>sulfato de dextroanfetamina, comprimidos orales</i>	4	
<i>dextroanfetamina-anfetamina, cápsulas orales, liberación prolongada, 24 horas</i>	4	QL (60/30)

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

Cursiva minúscula = Medicamento genérico

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

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<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)
<i>duloxetina, cápsulas orales, liberación retardada (dr/ec), 20 mg, 60 mg</i>	3	QL (60/30)
<i>duloxetina, cápsulas orales, liberación retardada (dr/ec), 30 mg</i>	3	QL (120/30)
EMSAM	4	QL (30/30)
<i>oxalato de escitalopram, solución oral</i>	4	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, 10 MG, 12 MG, 2 MG, 4 MG, 6 MG	4	PA; QL (60/30)
FANAPT, COMPRIMIDOS ORALES, 8 MG	4	PA; QL (90/30)
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, cápsulas orales, 10 mg</i>	2	QL (120/30)
<i>fluoxetina, cápsulas orales, 20 mg</i>	2	
<i>fluoxetina, cápsulas orales, 40 mg</i>	2	QL (90/30)
<i>fluoxetina, solución oral</i>	2	
<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>	3	QL (90/30)
<i>fluvoxamina, comprimidos orales, 50 mg</i>	3	QL (120/30)

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

Cursiva minúscula = Medicamento genérico

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

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>guanfacina, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas</i>	4	QL (30/30)
<i>haloperidol</i>	2	
<i>decanoato de haloperidol</i>	4	
<i>lactato de haloperidol inyectable</i>	4	
<i>lactato de haloperidol oral</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	4	QL (3.5/180)
INVEGA HAFYERA, JERINGA INTRAMUSCULAR, 1,560 MG/5 ML	4	QL (5/180)
INVEGA SUSTENNA, JERINGA INTRAMUSCULAR, 117 MG/0.75 ML	4	QL (0.75/28)
INVEGA SUSTENNA, JERINGA INTRAMUSCULAR, 156 MG/ML	4	QL (1/28)
INVEGA SUSTENNA, JERINGA INTRAMUSCULAR, 234 MG/1.5 ML	4	QL (1.5/28)
INVEGA SUSTENNA, JERINGA INTRAMUSCULAR, 39 MG/0.25 ML	4	QL (0.25/28)
INVEGA SUSTENNA, JERINGA INTRAMUSCULAR, 78 MG/0.5 ML	4	QL (0.5/28)
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)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
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	4	QL (30/30)
LATUDA, COMPRIMIDOS ORALES, 80 MG	4	QL (60/30)
<i>carbonato de litio</i>	2	
<i>lorazepam, solución inyectable</i>	4	
<i>lorazepam, jeringa inyectable, 2 mg/ml</i>	4	
<i>lorazepam, intenosol</i>	3	QL (150/30)
<i>lorazepam, concentrado oral</i>	3	QL (150/30)
<i>lorazepam, jeringa oral</i>	3	QL (150/30)
<i>lorazepam, comprimidos orales, 0.5 mg, 1 mg</i>	2	QL (90/30)
<i>lorazepam, comprimidos orales, 2 mg</i>	2	QL (150/30)
<i>succinato de loxapina</i>	4	
LYBALVI	4	PA; QL (30/30)
MARPLAN	4	QL (180/30)
<i>metadate, liberación prolongada</i>	4	
<i>clorhidrato de metilfenidato, comprimidos orales</i>	4	QL (90/30)
<i>clorhidrato de metilfenidato, comprimidos orales, liberación prolongada</i>	4	
<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>	4	
<i>mirtazapina, comprimidos orales</i>	2	
<i>mirtazapina, comprimidos de desintegración oral</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 19.

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>modafinil, comprimidos orales, 100 mg</i>	3	PA; QL (30/30)
<i>modafinil, comprimidos orales, 200 mg</i>	3	PA; QL (60/30)
<i>molindona</i>	2	
<i>nefazodona</i>	4	
<i>nortriptilina</i>	2	
NUPLAZID	4	PA; QL (30/30)
<i>olanzapina intramuscular</i>	4	QL (30/30)
<i>olanzapina, comprimidos orales, 10 mg, 2.5 mg, 5 mg, 7.5 mg</i>	3	QL (60/30)
<i>olanzapina, comprimidos orales, 15 mg, 20 mg</i>	3	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>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</i>	4	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)
PAXIL, SUSPENSIÓN ORAL	4	ST; QL (900/30)
<i>perfenazina</i>	4	
<i>perfenazina-amitriptilina</i>	4	
PERSERIS	4	QL (1/28)
<i>fenelzina</i>	3	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>pimozida</i>	4	
<i>protriptilina</i>	4	
<i>quetiapina, comprimidos orales, 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	2	QL (120/30)
<i>quetiapina, comprimidos orales, 150 mg, 200 mg</i>	2	QL (90/30)
<i>quetiapina, comprimidos orales, 300 mg, 400 mg</i>	2	QL (60/30)
<i>quetiapina, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas, 150 mg, 200 mg</i>	4	QL (30/30)
<i>quetiapina, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas, 300 mg, 400 mg, 50 mg</i>	4	QL (60/30)
REXULTI	4	QL (30/30)
RISPERDAL CONSTA	4	QL (2/28)
<i>risperidona, solución oral</i>	4	
<i>risperidona, comprimidos orales, 0.25 mg, 0.5 mg, 4 mg</i>	2	QL (120/30)
<i>risperidona, comprimidos orales, 1 mg</i>	2	QL (180/30)
<i>risperidona, comprimidos orales, 2 mg</i>	2	QL (90/30)
<i>risperidona, comprimidos orales, 3 mg</i>	2	QL (60/30)
<i>risperidona, comprimidos de desintegración oral, 0.25 mg, 0.5 mg, 4 mg</i>	4	QL (120/30)
<i>risperidona, comprimidos de desintegración oral, 1 mg</i>	4	QL (180/30)
<i>risperidona, comprimidos de desintegración oral, 2 mg</i>	4	QL (90/30)
<i>risperidona, comprimidos de desintegración oral, 3 mg</i>	4	QL (60/30)
SECUADO	4	QL (30/30)
<i>sertralina, concentrado oral</i>	4	
<i>sertralina, comprimidos orales</i>	1	QL (60/30)
<i>tioridazina</i>	4	
<i>tiotixeno</i>	4	

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

Cursiva minúscula = Medicamento genérico

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

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>tranilcipromina</i>	4	
<i>trazodona</i>	2	
<i>trifluoperazina, comprimidos orales, 1 mg</i>	3	
<i>trifluoperazina, comprimidos orales, 10 mg, 2 mg, 5 mg</i>	4	
<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	4	
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	4	PA; QL (30/30)
VRAYLAR, CÁPSULAS ORALES, PAQUETE DOSIFICADO	4	PA; QL (14/365)
XYWAV	5	PA; QL (540/30); NDS
<i>zaleplon, cápsulas orales, 10 mg</i>	3	QL (60/30)
<i>zaleplon, cápsulas orales, 5 mg</i>	3	QL (30/30)
<i>clorhidrato de ziprasidona, cápsulas orales, 20 mg</i>	4	QL (180/30)
<i>clorhidrato de ziprasidona, cápsulas orales, 40 mg</i>	4	QL (120/30)

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

CARDIOVASCULARES, HIPERTENSIÓN/LÍPIDOS

AGENTES ANTIARRÍTMICOS

<i>amiodarona, solución intravenosa</i>	4	B/D PA
<i>amiodarona, comprimidos orales, 100 mg, 400 mg</i>	4	
<i>amiodarona, comprimidos orales, 200 mg</i>	2	
<i>dofetilida</i>	4	
<i>flecainida</i>	4	
<i>lidocaína (pf) intravenosa</i>	4	
<i>mexiletina</i>	4	
<i>pacerona, comprimidos orales, 100 mg, 400 mg</i>	4	
<i>pacerona, comprimidos orales, 200 mg</i>	2	
<i>propafenona</i>	4	
<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>amilorida</i>	2	

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

Cursiva minúscula = Medicamento genérico

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

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>amilorida-hidroclorotiazida</i>	2	
<i>amlodipina</i>	6	
<i>amlodipina-benazepril</i>	2	
<i>amlodipina-valsartán</i>	2	
<i>amlodipina-valsartán-hidroclorotiazida</i>	3	
<i>atenolol</i>	6	
<i>atenolol-clortalidona</i>	2	
<i>benazepril</i>	6	
<i>benazepril-hidroclorotiazida</i>	6	
<i>betaxolol oral</i>	3	
BIDIL	3	QL (180/30)
<i>fumarato de bisoprolol</i>	2	
<i>bisoprolol-hidroclorotiazida</i>	1	
<i>bumetanida inyectable</i>	4	
<i>bumetanida, comprimidos orales, 0.5 mg, 1 mg</i>	2	
<i>bumetanida, comprimidos orales, 2 mg</i>	3	
<i>candesartán, comprimidos orales, 16 mg, 4 mg, 8 mg</i>	3	QL (60/30)
<i>candesartán, comprimidos orales, 32 mg</i>	3	QL (30/30)
<i>candesartán-hidroclorotiazida</i>	3	
<i>captopril</i>	4	
<i>captopril-hidroclorotiazida</i>	4	
CAROSPIR	3	
<i>cartia xt</i>	3	
<i>carvedilol</i>	6	
<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</i>	2	
<i>clorhidrato de diltiazem intravenoso</i>	4	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>clorhidrato de diltiazem, cápsulas orales, liberación prolongada, 24 horas, degradable</i>	3	
<i>clorhidrato de diltiazem, cápsulas orales, liberación prolongada, 12 horas</i>	3	
<i>clorhidrato de diltiazem, cápsulas orales, liberación prolongada, 24 horas, 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg, 420 mg</i>	3	
<i>clorhidrato de diltiazem, cápsulas orales, liberación prolongada, 24 horas, 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg</i>	3	
<i>clorhidrato de diltiazem, comprimidos orales</i>	2	
<i>clorhidrato de diltiazem, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas</i>	3	
<i>dilt-xr</i>	3	
<i>doxazosina, comprimidos orales, 1 mg, 2 mg, 4 mg</i>	2	QL (30/30)
<i>doxazosina, comprimidos orales, 8 mg</i>	2	QL (60/30)
EDARBI	4	
EDARBYCLOR	4	
<i>maleato de enalapril, comprimidos orales</i>	1	
<i>enalapril-hidroclorotiazida</i>	1	
<i>etacrinato sódico</i>	4	
<i>felodipina</i>	2	
<i>fosinopril</i>	2	
<i>fosinopril-hidroclorotiazida</i>	2	
<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	

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

Cursiva minúscula = Medicamento genérico

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

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>furosemida, comprimidos orales</i>	1	
<i>hidralazina inyectable</i>	4	
<i>hidralazina oral</i>	6	
<i>hidroclorotiazida</i>	6	
<i>indapamida</i>	2	
<i>irbesartán</i>	1	QL (30/30)
<i>irbesartán-hidroclorotiazida</i>	1	QL (30/30)
KERENDIA	3	PA; QL (30/30)
<i>labetalol oral</i>	6	
<i>lisinopril</i>	6	
<i>lisinopril-hidroclorotiazida</i>	6	
<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>	3	
<i>metildopa</i>	4	
<i>metolazona</i>	3	
<i>succinato de metoprolol</i>	2	
<i>tartrato de metoprolol-hidroclorotiazida</i>	3	
<i>tartrato de metoprolol, comprimidos orales, 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	6	
<i>metirosina</i>	5	PA; NDS
<i>minoxidil oral</i>	2	
<i>moexipril</i>	2	
<i>nadolol</i>	4	
<i>nebivolol</i>	4	
<i>nicardipina, solución intravenosa</i>	4	
<i>nicardipina oral</i>	4	
<i>nifedipina, comprimidos orales, liberación prolongada</i>	3	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>nifedipina, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas</i>	3	
<i>nimodipina</i>	4	
<i>olmesartán</i>	3	
<i>olmesartán-hidroclorotiazida</i>	3	
<i>perindopril erbumina</i>	2	
<i>pindolol</i>	3	
<i>prazosina</i>	4	
<i>propranolol, cápsulas orales, liberación prolongada, 24 horas</i>	4	
<i>propranolol, solución oral</i>	4	
<i>propranolol, comprimidos orales</i>	2	
<i>propranolol-hidroclorotiazida</i>	3	
<i>quinapril</i>	6	
<i>quinapril-hidroclorotiazida</i>	2	
<i>ramipril</i>	1	
<i>espironolactona</i>	2	
<i>espironolactona-hidroclorotiazida</i>	2	
<i>taztia xt, cápsulas orales, liberación prolongada, 24 horas, 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg</i>	3	
<i>telmisartán</i>	2	
<i>terazosina, cápsulas orales, 1 mg, 2 mg, 5 mg</i>	6	QL (30/30)
<i>terazosina, cápsulas orales, 10 mg</i>	6	QL (60/30)
<i>tiadylt, liberación prolongada</i>	3	
<i>maleato de timolol oral</i>	4	
<i>torsemida oral</i>	2	
<i>trandolapril</i>	2	
<i>triamtereno-hidroclorotiazida</i>	1	
UPTRA VI ORAL	4	PA; LA
<i>valsartán, comprimidos orales, 160 mg, 40 mg, 80 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 19.

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>valsartán, comprimidos orales, 320 mg</i>	2	QL (30/30)
<i>valsartán-hidroclorotiazida</i>	2	QL (30/30)
<i>verapamilo, solución intravenosa</i>	4	
<i>verapamilo, cápsulas orales, píldoras ct de lib. prol., 24 horas</i>	2	
<i>verapamilo, cápsulas orales, píldoras de lib. prol., 24 horas, 120 mg, 180 mg, 240 mg</i>	2	
VERAPAMIL, CÁPSULAS ORALES, PÍLDORAS DE LIB. PROL., 24 HORAS, 360 MG	3	
<i>verapamilo, comprimidos orales</i>	1	
<i>verapamilo, comprimidos orales, liberación prolongada</i>	2	
TRATAMIENTO DE COAGULACIÓN		
<i>ácido aminocaproico oral</i>	4	
BRILINTA	4	QL (60/30)
<i>cilostazol</i>	2	
<i>clopidogrel, comprimidos orales, 300 mg</i>	4	
<i>clopidogrel, comprimidos orales, 75 mg</i>	6	QL (30/30)
<i>dipiridamol oral</i>	3	
DOPTELET (PAQUETE DE 10 COMPRIMIDOS)	5	PA; NDS
DOPTELET (PAQUETE DE 15 COMPRIMIDOS)	5	PA; LA; NDS
DOPTELET (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>	4	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<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	
<i>heparina (porcina) en nacl al 0.45%, solución parenteral, intravenosa, 25,000 unidades/250 ml, 25,000 unidades/500 ml</i>	4	
<i>heparina, porcina (pf), jeringa inyectable, 5,000 unidades/0.5 ml</i>	4	
<i>jantoven</i>	1	
<i>pentoxifilina</i>	2	
<i>prasugrel</i>	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
RINVOQ, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA, 24 HORAS, 30 MG	5	PA; QL (30/30); NDS
<i>warfarina</i>	1	
XARELTO	3	
XARELTO, TRATAMIENTO INICIAL PARA TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA/ EMBOLIA PULMONAR, 30 DÍAS	3	

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

Cursiva minúscula = Medicamento genérico

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

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
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>colestipol, gránulos orales</i>	4	
<i>colestipol, paquete oral</i>	4	
<i>colestipol, comprimidos orales</i>	3	
<i>ezetimiba</i>	3	QL (30/30)
<i>fenofibrato, cápsulas orales micronizadas, 134 mg, 200 mg, 67 mg</i>	3	
<i>fenofibrato nanocristalizado</i>	3	
<i>fenofibrato, comprimidos orales, 160 mg, 54 mg</i>	3	
<i>ácido fenofibrico (colina), cápsulas orales, liberación retardada (dr/ec), 135 mg</i>	3	
<i>ácido fenofibrico (colina), cápsulas orales, liberación retardada (dr/ec), 45 mg</i>	4	
<i>gemfibrozil</i>	2	
LIVALO	4	QL (30/30)
<i>lovastatina, comprimidos orales, 10 mg</i>	6	QL (30/30)
<i>lovastatina, comprimidos orales, 20 mg, 40 mg</i>	6	QL (60/30)
NEXLETOL	3	PA; QL (30/30)
NEXLIZET	3	PA; QL (30/30)
<i>niacina, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas</i>	4	
<i>pravastatina</i>	6	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>	2	QL (30/30)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>simvastatina, comprimidos orales</i>	6	QL (30/30)
VASCEPA	3	
AGENTES CARDIOVASCULARES VARIOS		
CORLANOR, COMPRIMIDOS ORALES	4	PA; QL (60/30)
<i>digitek</i>	3	
<i>digoxina, solución inyectable</i>	4	
<i>digoxina, solución oral</i>	4	
<i>digoxina, comprimidos orales, 125 mcg (0.125 mg), 250 mcg (0.25 mg)</i>	3	
<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)
VERQUVO	3	PA; QL (30/30)
VYNDAMAX	4	PA
VYNDAQEL	4	PA
NITRATOS		
<i>dinitrato de isosorbida, comprimidos orales</i>	4	
<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

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

Cursiva minúscula = Medicamento genérico

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

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>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>sulfuro de selenio, loción tópica</i>	2	
SKYRIZI, INTRAVENOSO	5	PA; QL (1/28); NDS
SKYRIZI, LAPICERA PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA	5	PA; QL (1/28); NDS
SKYRIZI, JERINGA SUBCUTÁNEA, 150 MG/ML	5	PA; QL (1/28); NDS
SKYRIZI, KIT DE JERINGA SUBCUTÁNEA	5	PA; QL (2/28); NDS
STELARA INTRAVENOSO	5	PA; QL (104/30); 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>	2	
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, 5%</i>	3	
<i>fluorouracilo, solución tópica</i>	3	
<i>glydo</i>	3	QL (60/30)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>imiquimod, crema tópica en paquete, 5%</i>	3	
<i>lidocaína (pf), solución inyectable</i>	4	
<i>clorhidrato de lidocaína, solución inyectable</i>	4	
<i>clorhidrato de lidocaína, gel para membrana mucosa</i>	3	QL (60/30)
<i>clorhidrato de lidocaína, solución para membrana mucosa, 4% (40 mg/ml)</i>	3	
<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>	2	
<i>lidocaína-prilocaina, crema tópica</i>	4	QL (30/30)
<i>metoxaleno</i>	4	
PANRETIN	5	NDS
<i>podofilox</i>	4	
REGRANEX	5	PA; NDS
SANTYL	4	
<i>sulfadiazina de plata</i>	3	
SSD	3	
<i>tacrolimus tópico</i>	4	PA; QL (100/30)
VALCHLOR	5	PA; NDS
ZTLIDO	3	PA; QL (90/30)
TRATAMIENTO DEL ACNÉ		
<i>avita</i>	4	PA
<i>claravis</i>	4	
<i>fosfato de clindamicina, gel tópico</i>	4	QL (120/30)
CLINDAMYCIN PHOSPHATE, GEL TÓPICO, UNA VEZ AL DÍA	4	QL (120/30)
<i>fosfato de clindamicina, loción tópica</i>	4	QL (120/30)
<i>fosfato de clindamicina, solución tópica</i>	4	QL (120/30)

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

Cursiva minúscula = Medicamento genérico

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

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>fosfato de clindamicina, paño tópico</i>	4	QL (60/30)
<i>eritromicina, paños</i>	4	
<i>eritromicina con etanol, gel tópico</i>	4	
<i>eritromicina con etanol, solución tópica</i>	2	
<i>eritromicina-peróxido de benzoílo</i>	4	
<i>isotretinoína, cápsulas orales, 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg</i>	4	
<i>metronidazol tópico</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, gel tópico al 0.1%</i>	4	PA
<i>tretinoína, microesferas, gel tópico con bomba al 0.1%</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
ANESTÉSICOS TÓPICOS		
<i>clorhidrato de lidocaína, gel para membrana mucosa en aplicador</i>	3	QL (60/30)
<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>	2	
ANTIBACTERIANOS TÓPICOS		
<i>gentamicina, crema tópica</i>	4	QL (60/30)
<i>gentamicina, pomada tópica</i>	3	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>mupirocina</i>	2	QL (44/30)
<i>mupirocina cálcica</i>	4	QL (30/30)
<i>sulfacetamida sódica (acné)</i>	4	
ANTIMICÓTICOS TÓPICOS		
<i>ciclodan, solución tópica</i>	4	
<i>ciclopirox, crema tópica</i>	4	QL (90/28)
<i>ciclopirox, champú tópico</i>	4	QL (120/28)
<i>ciclopirox, solución tópica</i>	4	
<i>ciclopirox, suspensión tópica</i>	4	QL (60/28)
<i>clotrimazol, crema tópica</i>	2	QL (45/28)
<i>clotrimazol, solución tópica</i>	3	QL (30/28)
<i>econazol</i>	4	QL (85/28)
<i>ketoconazol, crema tópica</i>	2	QL (60/28)
<i>ketoconazol, champú tópico</i>	2	QL (120/28)
<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	4	QL (5/30)
CORTICOESTEROIDES TÓPICOS		
<i>ala-cort, crema tópica, 1%</i>	2	
<i>alclometasona, crema tópica</i>	3	
<i>alclometasona, pomada tópica</i>	2	
<i>dipropionato de betametasona</i>	4	
<i>valerato de betametasona, crema tópica</i>	3	
<i>valerato de betametasona, loción tópica</i>	4	
<i>valerato de betametasona, pomada tópica</i>	3	
<i>betametasona, crema tópica aumentada</i>	2	

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

Cursiva minúscula = Medicamento genérico

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

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>betametasona, gel tópico aumentado</i>	4	
<i>betametasona, loción tópica aumentada</i>	4	
<i>betametasona, pomada tópica aumentada</i>	4	
<i>desoximetasona, crema tópica</i>	4	
<i>desoximetasona, gel tópico</i>	4	
<i>desoximetasona, pomada tópica</i>	4	
<i>fluocinolona</i>	4	
<i>fluocinolona y gorra de baño</i>	4	
<i>fluocinonida, crema tópica, 0.05%</i>	3	QL (120/30)
<i>fluocinonida, gel tópico</i>	4	QL (120/30)
<i>fluocinonida, pomada tópica</i>	4	QL (120/30)
<i>fluocinonida, solución tópica</i>	4	QL (120/30)
<i>propionato de fluticasona, crema tópica</i>	4	
<i>propionato de fluticasona, pomada tópica</i>	4	
<i>propionato de halobetasol, crema tópica</i>	4	
<i>propionato de halobetasol, pomada tópica</i>	4	
<i>hidrocortisona, crema tópica, 1%, 2.5%</i>	2	
<i>hidrocortisona, crema tópica con aplicador perineal, 1%</i>	2	
<i>hidrocortisona, loción tópica, 2.5%</i>	2	
<i>hidrocortisona, pomada tópica, 1%, 2.5%</i>	2	
<i>valerato de hidrocortisona</i>	4	
<i>mometasona tópica</i>	2	
<i>prednicarbato, pomada tópica</i>	2	
<i>acetónido de triamcinolona, crema tópica</i>	2	
<i>acetónido de triamcinolona, loción tópica</i>	3	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>acetónido de triamcinolona, pomada tópica, 0.025%, 0.1%, 0.5%</i>	2	
<i>triderm, crema tópica, 0.1%</i>	2	
ESCABICIDAS/PEDICULICIDAS TÓPICOS		
<i>lindano, champú tópico</i>	4	
<i>malatión</i>	4	
<i>permetrina</i>	3	
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>	4	
<i>anagrelida</i>	3	
<i>betaína</i>	5	NDS
CARBAGLU	5	PA; LA; 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	
DEFERASIROX, COMPRIMIDOS ORALES, 180 MG	5	PA; NDS
<i>deferasirox, comprimidos orales, 360 mg, 90 mg</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 19.

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
DEXTROSE AL 10% EN AGUA (D10W)	4	
dextrosa al 25% en agua (d25w)	4	
dextrosa al 5% en agua (d5w)	4	
dextrosa al 5%-solución de lactato sódico compuesta	4	
dextrosa al 5%-cloruro de sodio al 0.2%	4	
dextrosa al 5%-cloruro de sodio al 0.3%	4	
dextrosa al 50% en agua (d50w)	4	
dextrosa al 70% en agua (d70w)	4	
disulfiram	4	
droxidopa, cápsulas orales, 100 mg	4	PA; QL (90/30)
droxidopa, cápsulas orales, 200 mg, 300 mg	4	PA; QL (180/30)
INCRELEX	4	PA; LA
levocarnitina (con azúcar)	4	
levocarnitina, solución oral, 100 mg/ml	4	
levocarnitina, comprimidos orales	4	
midodrina	4	
nitisinona	5	NDS
clorhidrato de pilocarpina oral	4	
PROLASTIN-C, SOL. PARA RECONST. INTRAVENOSA	5	PA; LA; NDS
PROLASTIN-C, SOLUCIÓN INTRAVENOSA	5	PA; NDS
riluzol	3	
carbonato de sevelámero	4	
cloruro de sodio al 0.9% intravenoso	4	
cloruro de sodio para irrigación	4	
fenilbutirato sódico	5	PA; NDS

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
sulfonato de poliestireno sódico, polvo oral	3	
sps (con sorbitol)	3	
trientina	5	PA; QL (240/30); NDS
VELPHORO	4	
VELTASSA	4	
agua para irrigación, estéril	4	
XIAFLEX	4	PA
ácido zoledrónico-manitol-agua, infusión secundaria intravenosa, 5 mg/100 ml	4	B/D PA
PRODUCTOS DERMATOLÓGICOS VARIOS		
carglumic acid	5	PA; NDS
AGENTES PARA DEJAR DE FUMAR		
clorhidrato de bupropión (agente para dejar de fumar)	3	QL (60/30)
CHANTIX, PAQUETE MENSUAL DE CONTINUACIÓN	4	
CHANTIX, COMPRIMIDOS ORALES, 1 MG	4	
CHANTIX, PAQUETE MENSUAL INICIAL	4	
NICOTROL	4	
vareniclina	4	
MEDICAMENTOS PARA NARIZ, GARGANTA Y OÍDO		
AGENTES VARIOS		
azelastina nasal	3	QL (60/30)
gluconato de clorhexidina, membrana mucosa	2	
bromuro de ipratropio nasal	2	QL (30/30)
oralone	4	
paroex, enjuague bucal	2	
acetónido de triamcinolona, pasta dental	4	
PREPARACIONES ÓTICAS VARIAS		
ácido acético ótico (oído)	3	
flac, aceite ótico	4	

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

Cursiva minúscula = Medicamento genérico

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

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
acetónido de fluocinolona, aceite	4	
hidrocortisona-ácido acético	4	
ESTEROIDES/ANTIBIÓTICOS ÓTICOS		
ciprofloxacina-dexametasona	3	
neomicina-polimixina-hidrocortisona ótica (oído)	4	
SISTEMA ENDOCRINO/DIABETES		
HORMONAS SUPRARRENALES		
DEPO-MEDROL	4	
dexametasona, intensol	4	
dexametasona, elixir oral	2	
dexametasona, solución oral	2	
dexametasona, comprimidos orales	2	
fosfato sódico de dexametasona (pf), solución inyectable	4	
fosfato sódico de dexametasona, solución inyectable	4	
fludrocortisona	2	
hidrocortisona oral	3	
methylpred dp	2	
metilprednisolona	2	
acetato de metilprednisolona	4	
succinato sódico de metilprednisolona, sol. para reconst. inyect., 125 mg, 40 mg	4	
succinato sódico de metilprednisolona intravenoso	4	
prednisolona, solución oral	4	
fosfato sódico de prednisolona, solución oral, 15 mg/5 ml (3 mg/ml), 15 mg/5 ml (5 mg/ml), 25 mg/5 ml (5 mg/ml), 5 mg base/5 ml (6.7 mg/5 ml)	4	
prednisona, intensol	4	
prednisona, solución oral	2	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
prednisona, comprimidos orales	2	
prednisona, comprimidos orales, paquete dosificado, 10 mg, 10 mg (paq. de 48)	2	
prednisona, comprimidos orales, paquete dosificado, 5 mg, 5 mg (paq. de 48)	1	
SOLU-CORTEF ACT-O-VIAL (PF)	4	
acetónido de triamcinolona, suspensión inyectable, 40 mg/ml	4	
AGENTES ANTITIROIDEOS		
metimazol, comprimidos orales, 10 mg, 5 mg	2	
propiltiouracilo	4	
TRATAMIENTO DE LA DIABETES		
acarbosea, comprimidos orales, 100 mg	2	QL (90/30)
acarbosea, comprimidos orales, 25 mg	2	QL (360/30)
acarbosea, comprimidos orales, 50 mg	2	QL (180/30)
PAÑOS CON ALCOHOL	3	
ASSURE ID, JERINGA DE SEGURIDAD PARA INSULINA, 1 ML, CALIBRE 29 X 1/2"	3	QL (200/30)
BAQSIMI	3	
bd safetyglide, jeringa para insulina, 1 ml, calibre 31 x 15/64"	3	QL (200/30)
bd ultra-fine micro, aguja para lapicera	3	QL (200/30)
bd ultra-fine mini, aguja para lapicera	3	QL (200/30)
bd ultra-fine nano, aguja para lapicera	3	QL (200/30)
bd ultra-fine short, aguja para lapicera	3	QL (200/30)
BYDUREON BCISE	4	QL (4/28)

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

Cursiva minúscula = Medicamento genérico

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

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>diazoxida</i>	4	
<i>dropsafe, paños preparados con alcohol</i>	3	
GASA, VENDA PARA APLICACIÓN TÓPICA, 2 X 2"	3	
<i>glimepirida, comprimidos orales, 1 mg</i>	1	QL (240/30)
<i>glimepirida, comprimidos orales, 2 mg</i>	1	QL (120/30)
<i>glimepirida, comprimidos orales, 4 mg</i>	1	QL (60/30)
<i>glipizida, comprimidos orales, 10 mg</i>	6	QL (120/30)
<i>glipizida, comprimidos orales, 5 mg</i>	6	QL (240/30)
<i>glipizida, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas, 10 mg</i>	2	QL (60/30)
<i>glipizida, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas, 2.5 mg</i>	2	QL (240/30)
<i>glipizida, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas, 5 mg</i>	2	QL (120/30)
<i>glipizida-metformina, comprimidos orales, 2.5-250 mg</i>	2	QL (240/30)
<i>glipizida-metformina, comprimidos orales, 2.5-500 mg, 5-500 mg</i>	2	QL (120/30)
GLUCAGEN HYPOKIT	3	
GLUCAGON (HCL), KIT DE EMERGENCIAS	3	
GLUCAGON, KIT DE EMERGENCIAS (HUMANO)	3	
GLYXAMBI	4	QL (30/30)
GVOKE	3	
GVOKE HYPOPEN, PAQUETE DE 1	3	
GVOKE HYPOPEN, PAQUETE DE 2	3	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
GVOKE PFS, PAQUETE CON 1 JERINGA	3	
GVOKE PFS, PAQUETE CON 2 JERINGAS	3	
HUMALOG JUNIOR KWIKPEN U-100	6	
HUMALOG KWIKPEN, INSULINA	6	
HUMALOG MIX 50-50, INSULINA U-100	6	
HUMALOG MIX 50-50 KWIKPEN	6	
HUMALOG MIX 75-25 KWIKPEN	6	
HUMALOG MIX 75-25 (U-100), INSULINA	6	
HUMALOG U-100, INSULINA	6	
HUMULIN 70/30 U-100, INSULINA	6	
HUMULIN 70/30 U-100 KWIKPEN	6	
HUMULIN N NPH, INSULINA KWIKPEN	6	
HUMULIN N NPH U-100, INSULINA	6	
HUMULIN R REGULAR U-100, INSULINA	6	
HUMULIN R U-500 (CONC) INSULINA	5	B/D PA; NDS
HUMULIN R U-500 (CONC) KWIKPEN	5	NDS
JERINGA PARA INSULINA CON AGUJA, U-100, 0.3 ML CALIBRE 29, 1 ML CALIBRE 29 X 1/2", 1/2 ML CALIBRE 28	3	QL (200/30)
INVOKAMET	3	QL (60/30)
INVOKAMET XR	3	QL (60/30)
INVOKANA	3	QL (30/30)
JANUMET	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 19.

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
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	6	
LANTUS U-100, INSULINA	6	
LEVEMIR FLEXTOUCH U-100, INSULINA	6	
LEVEMIR U-100, INSULINA	6	
LYUMJEV KWIKPEN U-100, INSULINA	6	
LYUMJEV KWIKPEN U-200, INSULINA	6	
LYUMJEV U-100, INSULINA	6	
<i>metformina, solución oral</i>	4	QL (765/30)
<i>metformina, comprimidos orales, 1,000 mg</i>	6	QL (75/30)
<i>metformina, comprimidos orales, 500 mg</i>	6	QL (150/30)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>metformina, comprimidos orales, 850 mg</i>	6	QL (90/30)
<i>metformina, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas, 500 mg</i>	6	QL (120/30)
<i>metformina, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas, 750 mg</i>	6	QL (60/30)
<i>metformina, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas, 1,000 mg</i>	4	QL (60/30)
MOUNJARO	3	QL (2/28)
<i>nateglinida, comprimidos orales, 120 mg</i>	2	QL (90/30)
<i>nateglinida, comprimidos orales, 60 mg</i>	2	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 PODS (GEN 4)	3	QL (30/30)
OZEMPIC, LAPICERA PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA, 0.25 MG O 0.5 MG (2 MG/1.5 ML)	3	QL (1.5/28)
OZEMPIC, LAPICERA PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA, 1 MG/DOSIS (4 MG/3 ML, 2 MG/DOSIS (8 MG/3 ML)	3	QL (3/28)
AGUJA PARA LAPICERA, AGUJA PARA DIABETES, CALIBRE 29 X 1/2"	3	QL (200/30)
<i>pioglitazona</i>	1	QL (30/30)

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

Cursiva minúscula = Medicamento genérico

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

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>repaglinida, comprimidos orales, 0.5 mg</i>	4	QL (960/30)
<i>repaglinida, comprimidos orales, 1 mg</i>	4	QL (480/30)
<i>repaglinida, comprimidos orales, 2 mg</i>	4	QL (240/30)
RYBELSUS	3	QL (30/30)
SOLIQUA 100/33	3	QL (15/25)
SYNJARDY	3	QL (60/30)
SYNJARDY XR, 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"	3	QL (200/30)
TECHLITE, JERINGA PARA INSULINA (MEDIA UNIDAD), 0.3 ML CALIBRE 29 X 1/2", 0.3 ML CALIBRE 30 X 5/16", 0.3 ML CALIBRE 31 X 15/64", 0.3 ML CALIBRE 31 X 5/16", 0.5 ML CALIBRE 30 X 1/2", 0.5 ML CALIBRE 30 X 5/16", 0.5 ML CALIBRE 31 X 15/64", 0.5 ML CALIBRE 31 X 5/16"	3	QL (200/30)
TECHLITE, AGUJA PARA LAPICERA	3	QL (200/30)
TOUJEO MAX U-300 SOLOSTAR	6	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
TOUJEO SOLOSTAR U-300, INSULINA	6	
TRADJENTA	3	QL (30/30)
TRESIBA FLEXTOUCH U-100	6	
TRESIBA FLEXTOUCH U-200	6	
TRESIBA U-100, INSULINA	6	
TRIARDY XR, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN INMEDIATA-LIBERACIÓN PROLONGADA, BIFÁSICA, 24 HORAS, 10-5-1,000 MG, 25-5-1,000 MG	3	QL (30/30)
TRIARDY 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
<i>cabergolina</i>	3	
<i>calcitonina (salmón), nasal</i>	3	
<i>calcitriol, solución intravenosa, 1 mcg/ml</i>	4	
<i>calcitriol oral</i>	2	
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)

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

Cursiva minúscula = Medicamento genérico

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

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>cinacalcet, comprimidos orales, 90 mg</i>	4	QL (120/30)
<i>danazol</i>	4	
<i>desmopresina inyectable</i>	4	
<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
LUMIZYME	5	PA; NDS
<i>miglustato</i>	5	LA; NDS
NAGLAZYME	5	PA; NDS
NATPARA	5	PA; LA; QL (2/28); NDS
<i>oxandrolona, comprimidos orales, 10 mg</i>	4	PA; QL (60/30)
<i>oxandrolona, comprimidos orales, 2.5 mg</i>	3	PA; QL (120/30)
<i>pamidronato</i>	4	
<i>paricalcitol oral</i>	4	
RAYALDEE	5	PA; NDS
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	4	
<i>cipionato de testosterona, aceite intramuscular, 100 mg/ml, 200 mg/ml, 200 mg/ml (1 ml)</i>	3	
<i>enantato de testosterona</i>	4	
<i>testosterona, gel transdérmico</i>	4	PA; QL (300/30)

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

GASTROENTEROLOGÍA

ANTIDIARREICOS/ANTIESPASMÓDICOS

<i>dicloamina, cápsulas orales</i>	2	
<i>dicloamina, solución oral</i>	4	
<i>dicloamina, comprimidos orales</i>	2	
<i>difenoxilato-atropina</i>	4	
<i>glicopirronio (pf)</i>	4	

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

Cursiva minúscula = Medicamento genérico

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

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>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, comprimidos orales</i>	4	
<i>loperamida, cápsulas orales</i>	2	
AGENTES GASTROINTESTINALES VARIOS		
<i>alosetrón</i>	4	PA
<i>aprepitant</i>	4	B/D PA
<i>balsalazida</i>	4	
<i>budesonida oral</i>	4	
<i>compro</i>	4	
<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>clorhidrato de granisetron oral</i>	4	B/D PA
<i>hidrocortisona rectal</i>	3	
<i>hidrocortisona, crema tópica con aplicador perineal, 2.5%</i>	2	
<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>	4	
<i>mesalamina, enema rectal</i>	4	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<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)
OICALIVA	4	PA; LA; QL (30/30)
<i>ondansetrón</i>	2	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>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>	4	
<i>edisilato de proclorperazina, solución inyectable, 10 mg/2 ml (5 mg/ml)</i>	4	
<i>maleato de proclorperazina</i>	2	
<i>procto-med hc</i>	4	
<i>procto-pak</i>	2	
<i>proctosol hc tópico</i>	4	
<i>proctozona-hc</i>	4	
RECTIV	4	
REMICADE	5	PA; QL (20/30); NDS
SANCUSO	5	NDS
<i>escopolamina base</i>	4	QL (10/30)
SKYRIZI, INYECTOR PONIBLE SUBCUTÁNEO	5	PA; QL (2.4/28); NDS
SUCRAID	4	PA

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

Cursiva minúscula = Medicamento genérico

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

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>sulfasalazina</i>	2	
SUPREP, KIT DE PREPARACIÓN INTESTINAL	4	
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) 10,000-32,000-42,000 UNIDADES, 15,000-47,000-63,000 UNIDADES, 20,000-63,000-84,000 UNIDADES, 25,000-79,000-105,000 UNIDADES, 3,000-10,000-14,000-UNIDADES, 40,000-126,000-168,000 UNIDADES, 5,000-17,000-24,000 UNIDADES	3	
TRATAMIENTO DE ÚLCERAS		
<i>cimetidina</i>	3	
<i>famotidina, suspensión oral</i>	3	
<i>famotidina, comprimidos orales, 20 mg, 40 mg</i>	4	
<i>misoprostol</i>	3	
<i>omeprazol, cápsulas orales, liberación retardada (dr/ec)</i>	2	QL (60/30)
<i>pantoprazol, comprimidos orales, liberación retardada (dr/ec)</i>	2	QL (60/30)
<i>sucralfato, comprimidos orales</i>	2	
TALICIA	4	QL (168/28)
INMUNOLOGÍA, VACUNAS/BIOTECNOLOGÍA		
MEDICAMENTOS BIOTECNOLÓGICOS		
ACTIMMUNE	5	PA; NDS
ARCALYST	5	PA; NDS
BESREMI	5	PA; LA; QL (2/28); NDS

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
BETASERON, KIT PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA	5	PA; QL (14/28); NDS
GENOTROPIN	5	PA; NDS
GENOTROPIN MINIQUEEK	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
MOZOBIL	5	B/D PA; NDS
NIVESTYM	5	PA; NDS
PEGASYS, SOLUCIÓN SUBCUTÁNEA	5	PA; QL (4/28); NDS
PEGASYS, JERINGA SUBCUTÁNEA	5	PA; QL (2/28); NDS
PROCRIT	4	PA
PROLEUKIN	4	B/D PA
ZARXIO	5	PA; NDS
ZIEXTENZO	4	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	4	
BEXSERO	3	
BOOSTRIX TDAP	3	
BOTOX	4	PA
DAPTACEL (DTAP PEDIÁTRICA) (PF)	3	
DENG VAXIA (PF)	3	
ENGERIX-B (PF)	3	B/D PA
ENGERIX-B (PF), USO PEDIÁTRICO	3	B/D PA
<i>fomepizol</i>	5	NDS
GARDASIL 9 (PF)	4	
HAVRIX (PF)	3	
HIBERIX (PF)	3	

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

Cursiva minúscula = Medicamento genérico

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

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
HIZENTRA	4	B/D PA
IMOVAX (PF), VACUNA ANTIRRÁBICA	4	
INFANRIX (DTAP) (PF), JERINGA INTRAMUSCULAR	3	
IPOL	3	
IXIARO (PF)	4	
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	
PREHEVBRIO (PF)	3	B/D PA
PRIVIGEN	5	B/D PA; NDS
PROQUAD (PF)	3	
QUADRACEL (PF)	3	
RABAVERT (PF)	3	
RECOMBIVAX HB (PF)	3	B/D PA
ROTARIX	3	
ROTATEQ, VACUNA	3	
SHINGRIX (PF)	3	QL (2/999)
STAMARIL (PF)	4	
TDVAX	3	
TENIVAC (PF)	3	
TETANUS, DIPHTHERIA TOX PEDIÁTRICA (PF)	3	
TICE BCG	4	B/D PA
TICOVAC	3	
TRUMENBA	3	
TWINRIX (PF)	3	
TYPHIM VI	3	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
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)
<i>febuxostat</i>	4	ST
MITIGARE	3	
<i>probenecid</i>	3	
<i>probenecid/colchicina</i>	3	

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>	3	QL (1/28)
PROLIA	4	QL (1/168)
<i>raloxifeno</i>	3	QL (30/30)
TERIPARATIDE	5	PA; QL (2.48/28); NDS
TYMLOS	5	PA; QL (1.56/30); NDS

OTROS AGENTES REUMATOLÓGICOS

BENLYSTA INTRAVENOSO	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

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

Cursiva minúscula = Medicamento genérico

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

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
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
HUMIRA (CF), KIT DE JERINGA SUBCUTÁNEA, 40 MG/0.4 ML	5	PA; QL (4/28); NDS
<i>leflunomida</i>	3	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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
ORENCIA, JERINGA SUBCUTÁNEA, 87.5 MG/0.7 ML	5	PA; QL (2.8/28); NDS
<i>penicilamina</i>	5	NDS
RINVOQ, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA, 24 HORAS, 15 MG, 45 MG	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>	4	
<i>deblitane</i>	4	
<i>dotti</i>	3	QL (8/28)
DUAVEE	4	PA
<i>errin</i>	4	
<i>estradiol oral</i>	3	
<i>estradiol, parche transdérmico quincenal</i>	3	QL (8/28)
<i>estradiol, parche transdérmico semanal</i>	3	QL (4/28)
<i>estradiol, crema vaginal</i>	4	
<i>valerato de estradiol, aceite intramuscular, 20 mg/ml, 40 mg/ml</i>	4	
<i>heather</i>	4	
<i>caproato de hidroxiprogesterona</i>	5	NDS
<i>incassia</i>	4	
JENCYCLA	4	
<i>lyza</i>	4	
<i>medroxiprogesterona intramuscular</i>	4	
<i>medroxiprogesterona oral</i>	2	

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

Cursiva minúscula = Medicamento genérico

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

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>nora-be</i>	4	
<i>noretisterona (anticonceptivo)</i>	4	
<i>acetato de noretisterona</i>	4	
PREMARIN INYECTABLE	4	
PREMARIN ORAL	3	
PREMARIN VAGINAL	3	
PREMPRO	3	
<i>progesterona micronizada</i>	4	
<i>sharobel</i>	4	
TULANA	4	
PRODUCTOS OBSTÉTRICOS/GINECOLÓGICOS VARIOS		
<i>fosfato de clindamicina vaginal</i>	4	
<i>metronidazol vaginal</i>	4	
<i>terconazol</i>	4	
<i>ácido tranexámico oral</i>	3	
<i>vandazol</i>	4	
ANTICONCEPTIVOS ORALES/AGENTES RELACIONADOS		
<i>afirmelle</i>	4	
<i>altavera (28)</i>	4	
<i>alyacen 1/35 (28)</i>	4	
<i>alyacen 7/7/7 (28)</i>	4	
<i>amethia</i>	4	
<i>amethyst (28)</i>	4	
<i>apri</i>	4	
<i>aranelle (28)</i>	4	
<i>ashlyna</i>	4	
<i>aubra</i>	4	
<i>aubra eq</i>	4	
<i>aurovela 1.5/30 (21)</i>	4	
<i>aurovela 1/20 (21)</i>	4	
<i>aurovela 24 fe</i>	4	
<i>aurovela fe 1.5/30 (28)</i>	4	
<i>aurovela fe 1-20 (28)</i>	4	
<i>aviane</i>	4	
<i>ayuna</i>	4	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>azurette (28)</i>	4	
<i>balziva (28)</i>	4	
<i>blisovi 24 fe</i>	4	
<i>blisovi fe 1.5/30 (28)</i>	4	
<i>blisovi fe 1/20 (28)</i>	4	
<i>briellyn</i>	4	
<i>camrese</i>	4	
<i>camrese lo</i>	4	
<i>charlotte 24 fe</i>	4	
<i>chateal (28)</i>	4	
<i>chateal eq (28)</i>	4	
<i>cryselle (28)</i>	4	
<i>cyred</i>	4	
<i>cyred eq</i>	4	
<i>dasetta 1/35 (28)</i>	4	
<i>dasetta 7/7/7 (28)</i>	4	
<i>daysee</i>	4	
<i>desog-e.estradiol/e.estradiol</i>	4	
<i>desogestrel-etinilestradiol</i>	4	
DOLISHALE	4	
<i>drospirenona-e.estradiol-lm.fa</i>	4	
<i>drospirenona-etinilestradiol</i>	4	
<i>elinest</i>	4	
<i>emoquette</i>	4	
<i>enpresse</i>	4	
<i>enskyce</i>	4	
<i>estarylla</i>	4	
<i>etiodiol diac-etinilestradiol</i>	4	
<i>falmina (28)</i>	4	
<i>feminor</i>	4	
<i>finzala</i>	4	
<i>gemmily</i>	4	
<i>hailey</i>	4	
<i>hailey 24 fe</i>	4	
<i>hailey fe 1.5/30 (28)</i>	4	
<i>hailey fe 1/20 (28)</i>	4	

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

Cursiva minúscula = Medicamento genérico

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

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>iclevia</i>	4	
<i>introvale</i>	4	
<i>isibloom</i>	4	
<i>jaimiess</i>	4	
<i>jasmiel</i> (28)	4	
<i>jolessa</i>	4	
<i>juleber</i>	4	
<i>junel</i> 1.5/30 (21)	4	
<i>junel</i> 1/20 (21)	4	
<i>junel fe</i> 1.5/30 (28)	4	
<i>junel fe</i> 1/20 (28)	4	
<i>junel fe</i> 24	4	
<i>kaitlib fe</i>	4	
<i>kalliga</i>	4	
<i>kariva</i> (28)	4	
<i>kelnor</i> 1/35 (28)	4	
<i>kelnor</i> 1-50 (28)	4	
<i>kurvelo</i> (28)	4	
<i>l norgest/e.estradiol-e.estradiol</i>	4	
<i>larin</i> 1.5/30 (21)	4	
<i>larin</i> 1/20 (21)	4	
<i>larin</i> 24 fe	4	
<i>larin fe</i> 1.5/30 (28)	4	
<i>larin fe</i> 1/20 (28)	4	
<i>layolis fe</i>	4	
<i>leena</i> 28	4	
<i>lessina</i>	4	
<i>levonest</i> (28)	4	
<i>levonorgestrel-etinilestradiol</i>	4	
<i>levonorg-etinilestradiol</i> trifásico	4	
<i>levora</i> -28	4	
<i>lojaimiess</i>	4	
<i>loryna</i> (28)	4	
<i>low-ogestrel</i> (28)	4	
<i>lo-zumandimine</i> (28)	4	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>lutra</i> (28)	4	
<i>marlissa</i> (28)	4	
<i>merzee</i>	4	
<i>microgestin</i> 1.5/30 (21)	4	
<i>microgestin</i> 1/20 (21)	4	
<i>microgestin fe</i> 1.5/30 (28)	4	
<i>microgestin fe</i> 1/20 (28)	4	
<i>mili</i>	4	
<i>mono-linyah</i>	4	
<i>necon</i> 0.5/35 (28)	4	
<i>nikki</i> (28)	4	
<i>noret.-etinilestradiol/hierro</i>	4	
<i>noretisterona ac-etinilestradiol</i> , comprimidos orales, 1-20 mg-mcg, 1.5-30 mg-mcg	4	
<i>noretisterona-etinilestradiol-hierro</i>	4	
<i>norgestimato-etinilestradiol</i>	4	
<i>nortrel</i> 0.5/35 (28)	4	
<i>nortrel</i> 1/35 (21)	4	
<i>nortrel</i> 1/35 (28)	4	
<i>nortrel</i> 7/7/7 (28)	4	
<i>nylia</i> 1/35 (28)	4	
<i>nylia</i> 7/7/7 (28)	4	
<i>nymyo</i>	4	
<i>ocella</i>	4	
<i>philith</i>	4	
<i>pimtrea</i> (28)	4	
PIRMELLA, COMPRIMIDOS ORALES, 0.5/0.75/1 MG-35 MCG	4	
<i>pirmella</i> , comprimidos orales, 1-35 mg-mcg	4	
<i>portia</i> 28	4	
<i>reclipsen</i> (28)	4	
<i>rivelsa</i>	4	
<i>setlakin</i>	4	

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

Cursiva minúscula = Medicamento genérico

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

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>simliya</i> (28)	4	
<i>simpesse</i>	4	
<i>sprintec</i> (28)	4	
<i>sronyx</i>	4	
<i>syeda</i>	4	
<i>tarina 24 fe</i>	4	
<i>tarina fe 1/20</i> (28)	4	
<i>tarina fe 1-20 eq</i> (28)	4	
TAYSOFY	4	
TILIA FE	4	
<i>tri femynor</i>	4	
<i>tri-estarylla</i>	4	
<i>tri-legest fe</i>	4	
<i>tri-linyah</i>	4	
<i>tri-lo-estarylla</i>	4	
TRI-LO-MARZIA	4	
<i>tri-lo-mili</i>	4	
<i>tri-lo-sprintec</i>	4	
<i>tri-mili</i>	4	
<i>tri-nymyo</i>	4	
<i>tri-sprintec</i> (28)	4	
<i>trivora</i> (28)	4	
<i>tri-vylibra</i>	4	
<i>tri-vylibra lo</i>	4	
TYBLUME	4	
<i>tydemy</i>	4	
<i>velivet, régimen trifásico</i> (28)	4	
<i>vestura</i> (28)	4	
<i>vienva</i>	4	
VIORELE (28)	4	
<i>volnea</i> (28)	4	
<i>vyfemla</i> (28)	4	
<i>vylibra</i>	4	
<i>wera</i> (28)	4	
<i>wymzya fe</i>	4	
<i>zovia 1-35</i> (28)	4	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>zumandimine</i> (28)	4	
OFTALMOLOGÍA		
ANTIBIÓTICOS		
<i>ak-poly-bac</i>	2	
<i>bacitracina oftálmica (ojos)</i>	4	
<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>	3	
<i>gentak, pomada oftálmica (ojos)</i>	2	
<i>gentamicina, gotas oftálmicas (ojos)</i>	3	
<i>moxifloxacina oftálmica (ojos)</i>	3	
NATACYN	4	
<i>neomicina-bacitracina-polimixina</i>	4	
<i>neomicina-polimixina-gramicidina</i>	3	
<i>neo-polycin</i>	4	
<i>ofloxacina oftálmica (ojos)</i>	2	
<i>polycin</i>	2	
<i>polimixina b sulfato de trimetoprima</i>	2	
<i>tobramicina oftálmica (ojos)</i>	2	
ANTIVÍRICOS		
<i>trifluridina</i>	4	
ZIRGAN	3	
BETABLOQUEANTES		
<i>carteolol</i>	2	
<i>levobunolol, gotas oftálmicas (ojos), 0.5%</i>	6	
<i>maleato de timolol, gotas oftálmicas (ojos)</i>	1	

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

Cursiva minúscula = Medicamento genérico

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

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>maleato de timolol, solución gelificante oftálmica (ojos)</i>	4	
INHIBIDORES DE LA COLINESTERASA, MIÓTICOS		
PHOSPHOLINE IODIDE	4	
PRODUCTOS OFTALMOLÓGICOS VARIOS		
<i>atropina, gotas oftálmicas (ojos)</i>	3	
<i>azelastina oftálmica (ojos)</i>	4	
<i>cromoglicato oftálmico (ojos)</i>	2	
CYSTARAN	5	PA; NDS
<i>epinastina</i>	4	
EYLEA	4	PA
<i>olopatadina oftálmica (ojos)</i>	4	
OXERVATE	4	PA; QL (112/56)
<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)
ZERVATE	4	
AGENTES ANTIINFLAMATORIOS NO ESTEROIDEOS		
<i>diclofenaco sódico oftálmico (ojos)</i>	2	
<i>flurbiprofeno sódico</i>	2	
<i>ketorolaco oftálmico (ojos)</i>	2	
PROLENSA	4	
MEDICAMENTOS ORALES PARA EL GLAUCOMA		
<i>acetazolamida</i>	3	
<i>acetazolamida sódica</i>	4	
<i>metazolamida</i>	4	
OTROS MEDICAMENTOS PARA EL GLAUCOMA		
<i>brinzolamida</i>	4	
COMBIGAN	3	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>dorzolamida</i>	2	
<i>dorzolamida-timolol</i>	2	
<i>latanoprost</i>	6	
LUMIGAN, GOTAS OFTÁLMICAS (OJOS), 0.01%	3	
RHOPRESSA	4	ST
ROCKLATAN	4	ST
SIMBRINZA	4	
<i>travoprost</i>	4	
COMBINACIONES DE ESTEROIDES-ANTIBIÓTICOS		
<i>neomicina-bacitracina-polimixina-hc</i>	4	
<i>neomicina-polimixina b-dexametasona</i>	2	
<i>neomicina-polimixina-hc oftálmica (ojos)</i>	4	
<i>neo-polycin hc</i>	4	
TOBRADEX ST	3	
<i>tobramicina-dexametasona</i>	3	
ESTEROIDES		
<i>fosfato sódico de dexametasona oftálmico (ojos)</i>	2	
<i>difluprednato</i>	3	
DUREZOL	3	
EYSUVIS	3	QL (20/30)
<i>fluorometolona</i>	3	
INVELTYS	3	
LOTEMAX	4	
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>	4	
AGENTES SIMPATICOMIMÉTICOS		
ALPHAGAN P, GOTAS OFTÁLMICAS (OJOS), 0.1%	3	
<i>apraclonidina</i>	4	

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

Cursiva minúscula = Medicamento genérico

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

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>brimonidina, gotas oftálmicas (ojos), 0.15%</i>	4	
<i>brimonidina, gotas oftálmicas (ojos), 0.2%</i>	2	
SISTEMA RESPIRATORIO Y ALERGIA		
AGENTES ANTIHISTAMÍNICOS/ANTIALÉRGICOS		
<i>desloratadina, comprimidos orales</i>	3	QL (30/30)
<i>clorhidrato de difenhidramina, solución inyectable, 50 mg/ml</i>	4	
<i>epinefrina, autoinyector para inyección</i>	3	QL (2/30)
<i>epinefrina, solución inyectable, 1 mg/ml</i>	4	
<i>clorhidrato de hidroxizina, comprimidos orales</i>	3	PA
<i>levocetirizina, comprimidos orales</i>	2	QL (30/30)
<i>prometazina, jarabe oral</i>	4	PA
<i>prometazina, comprimidos orales</i>	2	PA
AGENTES PULMONARES		
<i>acetilcisteína</i>	4	B/D PA
ADEMPAS	5	PA; LA; QL (90/30); NDS
ADVAIR DISKUS	3	QL (60/30)
ADVAIR HFA	3	QL (12/30)
<i>sulfato de albuterol para inhalar, inhalador en aerosol de hfa, 90 mcg/activación</i>	3	QL (17/30)
<i>sulfato de albuterol para inhalar, inhalador en aerosol de hfa, 90 mcg/activación (NDA020503)</i>	3	QL (13.4/30)
<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	
ALYQ	4	PA; QL (60/30)
AMBRISANTAN	5	PA; LA; QL (30/30); NDS
ANORO ELLIPTA	3	QL (60/30)
ARNUITY ELLIPTA	3	QL (30/30)
ATROVENT HFA	4	QL (25.8/30)
BREO ELLIPTA	3	QL (60/30)
<i>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	4	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)

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

Cursiva minúscula = Medicamento genérico

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

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
FLOVENT HFA INHALATION, INHALADOR EN AEROSOL DE HFA, 220 MCG/ ACTIVACIÓN	3	QL (24/30)
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>fumarato de formoterol</i>	4	B/D PA; QL (120/30)
HAEGARDA	5	PA; LA; NDS
<i>icatibanto</i>	5	PA; QL (18/30); NDS
INCRUSE ELLIPTA	3	QL (30/30)
<i>bromuro de ipratropio para inhalar</i>	2	B/D PA
<i>ipratropio-albuterol</i>	2	B/D PA
KALYDECO, PAQUETE DE GRÁNULOS ORALES	5	PA; QL (56/28); NDS
KALYDECO, COMPRIMIDOS ORALES	5	PA; QL (60/30); NDS
<i>metaproterenol, jarabe oral</i>	4	
<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)
OFEV	5	PA; QL (60/30); NDS
OPSUMIT	5	PA; LA; NDS

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
PERFOROMIST	4	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
PULMOZYME	5	B/D PA; QL (150/30); NDS
SAJAZIR	5	PA; QL (18/30); NDS
SEREVENT DISKUS	3	QL (60/30)
<i>sildenafil (hipertensión pulmonar), comprimidos orales</i>	3	PA; QL (90/30)
TADALAFIL (HIPERTENSIÓN PULMONAR)	4	PA; QL (60/30)
<i>terbutalina</i>	4	
<i>teofilina, comprimidos orales, liberación prolongada, 12 horas, 300 mg, 450 mg</i>	2	
<i>teofilina, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas</i>	2	
TRELEGY ELLIPTA	3	QL (60/30)
TRIKAFTA, COMPRIMIDOS ORALES, TERAPIA SECUENCIAL, 100-50-75 MG (D)/150 MG (N)	5	PA; QL (84/28); NDS
TRIKAFTA, COMPRIMIDOS ORALES, TERAPIA SECUENCIAL, 50-25-37.5 MG (D)/75 MG (N)	5	PA; NDS
VENTAVIS	4	PA
VENTOLIN HFA	3	QL (36/30)
XOLAIR, SOL. PARA RECONST. SUBCUTÁNEA	5	PA; LA; QL (8/28); NDS
XOLAIR, JERINGA SUBCUTÁNEA, 150 MG/ML	5	PA; LA; QL (8/28); NDS
XOLAIR, JERINGA SUBCUTÁNEA, 75 MG/0.5 ML	5	PA; LA; QL (1/28); NDS

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

Cursiva minúscula = Medicamento genérico

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

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>zafirlukast</i>	4	QL (60/30)
UROLÓGICOS		
ANTICOLINÉRGICOS/ANTIESPASMÓDICOS		
GEMTESA	4	QL (30/30)
MYRBETRIQ, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA, 24 HORAS	3	
<i>cloruro de oxibutinina, jarabe oral</i>	2	
<i>cloruro de oxibutinina, comprimidos orales</i>	2	
<i>cloruro de oxibutinina, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas</i>	3	QL (60/30)
<i>tolterodina, cápsulas orales, liberación prolongada, 24 horas</i>	4	ST
<i>tolterodina, comprimidos orales</i>	4	
TRATAMIENTO DE LA HIPERPLASIA PROSTÁTICA BENIGNA (HPB)		
<i>alfuzosina</i>	2	
<i>dutasterida</i>	2	
<i>finasterida, comprimidos orales, 5 mg</i>	2	QL (30/30)
<i>tamsulosina</i>	2	QL (60/30)
AGENTES UROLÓGICOS VARIOS		
<i>cloruro de betanecol</i>	3	
CYSTAGON	4	LA
ELMIRON	4	
K-PHOS ORIGINAL	4	
<i>citrato de potasio, comprimidos orales, liberación prolongada</i>	4	
RENACIDIN	4	
VITAMINAS, HEMATÍNICOS/ELECTROLITOS		
ELECTROLITOS		
<i>acetato de calcio (aglutinante de fosfato)</i>	3	
<i>klor-con</i>	2	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>klor-con 10</i>	2	
<i>klor-con 8</i>	2	
<i>klor-con m10</i>	2	
<i>klor-con m20</i>	2	
<i>solución de lactato sódico compuesta intravenosa</i>	4	
<i>sulfato de magnesio en d5w, infusión secundaria intravenosa, 1 gramo/100 ml</i>	4	
<i>sulfato de magnesio en agua</i>	4	
<i>sulfato de magnesio inyectable</i>	4	
PHOSLYRA	4	
POTASSIUM CHLORID-D5-0.45% NACL, SOLUCIÓN PARENTERAL INTRAVENOSA, 10 MEQ/L, 20 MEQ/L, 40 MEQ/L	4	
<i>cloruro de potasio en d5-nacl al 0.45%, solución parenteral intravenosa, 30 meq/l</i>	4	
<i>cloruro de potasio en nacl al 0.9%, solución parenteral intravenosa, 20 meq/l, 40 meq/l</i>	4	
<i>cloruro de potasio en dext. al 5%, solución parenteral intravenosa, 20 meq/l</i>	4	
<i>cloruro de potasio en lr-d5, solución parenteral intravenosa, 20 meq/l</i>	4	
<i>cloruro de potasio en agua, infusión secundaria intravenosa, 10 meq/100 ml, 10 meq/50 ml, 20 meq/100 ml, 20 meq/50 ml, 40 meq/100 ml</i>	4	
<i>cloruro de potasio intravenoso</i>	4	
<i>cloruro de potasio, cápsulas orales, liberación prolongada</i>	3	
<i>cloruro de potasio, líquido oral</i>	4	
<i>cloruro de potasio, paquete oral</i>	2	

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

Cursiva minúscula = Medicamento genérico

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

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>cloruro de potasio, comprimidos orales, liberación prolongada</i>	2	
<i>cloruro de potasio, comprimidos orales, liberación prolongada, partículas/cristales</i>	2	
<i>cloruro de potasio-nacl al 0.45%</i>	4	
POTASSIUM CHLORIDE-D5-0.2% NACL, SOLUCIÓN PARENTERAL INTRAVENOSA, 20 MEQ/L	4	
POTASSIUM CHLORIDE-D5-0.9% NACL	4	
<i>solución de lactato sódico compuesta intravenosa</i>	4	
<i>bicarbonato de sodio, jeringa intravenosa</i>	4	
<i>cloruro de sodio al 0.45%, solución parenteral intravenosa</i>	4	
<i>cloruro de sodio hipertónico al 3%</i>	4	
<i>cloruro de sodio hipertónico al 5%</i>	4	
<i>cloruro de sodio intravenoso</i>	4	
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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
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
PERIKABIVEN	4	B/D PA
PLENAMINE	4	B/D PA
PREMASOL 10%	4	B/D PA
PROCALAMINE 3%	4	B/D PA
PROSOL 20%	4	B/D PA
TRAVASOL 10%	4	B/D PA
TROPHAMINE 10%	4	B/D PA
VITAMINAS/HEMATÍNICOS		
BAL-CARE DHA	3	
C-NATE DHA	3	
COMPLETE NATAL DHA	3	
ELITE-OB	3	
<i>fluoruro (de sodio), comprimidos orales</i>	1	
<i>fluoruro (de sodio), comprimidos orales masticables, 1 mg (2.2 mg de fluoruro de sodio)</i>	1	
FOLIVANE-OB	3	
<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	

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

Cursiva minúscula = Medicamento genérico

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

Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>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	
<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 19.

Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
A		ácido acético ótico (oído).....	52
abacavir, comprimidos orales.....	20	ácido aminocaproico oral.....	47
abacavir-lamivudina.....	20	ácido fenofibrico (colina), cápsulas orales, liberación retardada (dr/ec), 45 mg.....	48
abacavir, solución oral.....	20	ácido fenofibrico (colina), cápsulas orales, liberación retardada (dr/ec), 135 mg.....	48
ABELCET.....	20	ácido tranexámico oral.....	62
ABILIFY MAINTENA.....	39	ácido valproico.....	35
ABIRATERONA, COMPRIMIDOS ORALES, 250 MG.....	27	ácido valproico (como sal sódica).....	35
abiraterona, comprimidos orales, 500 mg.....	27	ácido zoledrónico-manitol-agua, infusión secundaria intravenosa, 4 mg/100 ml.....	57
ABRAXANE.....	27	ácido zoledrónico-manitol-agua, infusión secundaria intravenosa, 5 mg/100 ml.....	52
acamprosato.....	51	ácido zoledrónico-manitol-nacl al 0.9%.....	57
acarbose, comprimidos orales, 25 mg.....	53	ácido zoledrónico, solución intravenosa.....	57
acarbose, comprimidos orales, 50 mg.....	53	acitretina.....	48
acarbose, comprimidos orales, 100 mg.....	53	ACTHIB (PF).....	59
acebutolol.....	44	ACTIMMUNE.....	59
acetaminofeno-codeína, comprimidos orales, 300-15 mg, 300-30 mg.....	37	ADACEL (TDAP ADOLESC./ADULTOS) (PF).....	59
acetaminofeno-codeína, comprimidos orales, 300-60 mg.....	37	ADCETRIS.....	27
acetaminofeno-codeína, solución oral, 120-12 mg/5 ml.....	37	ADEMPAS.....	66
acetato de calcio (aglutinante de fosfato).....	68	ADLARITY.....	36
acetato de metilprednisolona.....	53	ADVAIR DISKUS.....	66
acetato de noretisterona.....	62	ADVAIR HFA.....	66
acetato de octreotida.....	31	AFINITOR, COMPRIMIDOS ORALES, 10 MG.....	27
acetato de prednisolona.....	65	AFINITOR DISPERZ, COMPRIMIDOS ORALES PARA SUSPENSIÓN, 2 MG.....	27
acetazolamida.....	65	AFINITOR DISPERZ, COMPRIMIDOS ORALES PARA SUSPENSIÓN, 3 MG, 5 MG.....	27
acetazolamida sódica.....	65	afirmelle.....	62
acetilcisteína.....	66	agua para irrigación, estéril.....	52
acetónido de fluocinolona, aceite.....	53	AGUJA PARA LAPICERA, AGUJA PARA DIABETES, CALIBRE 29 X 1/2".....	55
acetónido de triamcinolona, crema tópica.....	51	AIMOVIG, AUTOINYECTOR.....	36
acetónido de triamcinolona, loción tópica.....	51	AJOVY, AUTOINYECTOR.....	36
acetónido de triamcinolona, pasta dental.....	52	AJOVY, JERINGA.....	36
acetónido de triamcinolona, pomada tópica, 0.025%, 0.1%, 0.5%.....	51	ak-poly-bac.....	64
acetónido de triamcinolona, suspensión inyectable, 40 mg/ml.....	53	ala-cort, crema tópica, 1%.....	50
aciclovir, cápsulas orales.....	20	albendazol.....	24
aciclovir, comprimidos orales.....	20	alclometasona, crema tópica.....	50
aciclovir, pomada tópica.....	50	alclometasona, pomada tópica.....	50
aciclovir sódico, solución intravenosa.....	20		
aciclovir, suspensión oral, 200 mg/5 ml.....	20		

Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
ALDURAZYME.....	56	amoxicilina, cápsulas orales.....	25
ALECENSA.....	27	amoxicilina-clavulanato de pot., comprimidos orales.....	25
alendronato, comprimidos orales, 10 mg, 5 mg.....	60	amoxicilina-clavulanato de pot., comprimidos orales, liberación prolongada, 12 horas.....	25
alendronato, comprimidos orales, 35 mg, 70 mg.....	60	amoxicilina-clavulanato de pot., comprimidos orales masticables.....	25
alfuzosina.....	68	amoxicilina-clavulanato de pot., suspensión oral para reconstitución.....	25
ALIMTA.....	27	amoxicilina, comprimidos orales.....	25
ALIQOPA.....	27	amoxicilina, comprimidos orales masticables, 125 mg, 250 mg.....	25
alopurinol, comprimidos orales, 100 mg, 300 mg.....	60	amoxicilina, suspensión oral para reconstitución.....	25
alosetrón.....	58	ampicilina, cápsulas orales, 500 mg.....	25
ALPHAGAN P, GOTAS OFTÁLMICAS (OJOS), 0.1%.....	65	ampicilina sódica.....	25
alprazolam, comprimidos orales, 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg.....	39	ampicilina-sulbactam.....	25
alprazolam, comprimidos orales, 2 mg.....	39	anagrelida.....	51
altavera (28).....	62	anastrozol.....	27
ALUNBRIG, COMPRIMIDOS ORALES, 30 MG.....	27	anfotericina b.....	20
ALUNBRIG, COMPRIMIDOS ORALES, 180 MG, 90 MG.....	27	anfotericina b liposomal.....	20
ALUNBRIG, COMPRIMIDOS ORALES, PAQUETE DOSIFICADO.....	27	ANORO ELLIPTA.....	66
alyacen 1/35 (28).....	62	apraclonidina.....	65
alyacen 7/7/7 (28).....	62	aprepitant.....	58
ALYQ.....	66	APRETUDE.....	20
AMBISOME.....	20	apri.....	62
AMBRISENTAN.....	66	APTOM, COMPRIMIDOS ORALES, 200 MG.....	34
amethia.....	62	APTOM, COMPRIMIDOS ORALES, 400 MG.....	34
amethyst (28).....	62	APTOM, COMPRIMIDOS ORALES, 600 MG, 800 MG...	34
amikacina, solución inyectable, 1,000 mg/4 ml, 500 mg/2 ml.....	24	APTIVUS.....	20
amilorida.....	44	aranelle (28).....	62
amilorida-hidroclorotiazida.....	45	ARCALYST.....	59
AMINOSYN II 15%.....	69	ARIKAYCE.....	24
AMINOSYN-PF 7% (SIN SULFITOS).....	69	aripirazol, comprimidos de desintegración oral.....	39
amiodarona, comprimidos orales, 100 mg, 400 mg.....	44	aripirazol, comprimidos orales, 10 mg, 15 mg, 2 mg, 5 mg.....	39
amiodarona, comprimidos orales, 200 mg.....	44	aripirazol, comprimidos orales, 20 mg, 30 mg.....	39
amiodarona, solución intravenosa.....	44	aripirazol, solución oral.....	39
amitriptilina.....	39	ARISTADA INITIO.....	39
amlodipina.....	45	ARISTADA, SUSPENSIÓN INTRAMUSCULAR, LIBERACIÓN PROLONGADA, JERINGA, 1,064 MG/3.9 ML.....	39
amlodipina-benazepril.....	45		
amlodipina-valsartán.....	45		
amlodipina-valsartán-hidroclorotiazida.....	45		
amoxapina.....	39		

Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
ARISTADA, SUSPENSIÓN INTRAMUSCULAR, LIBERACIÓN PROLONGADA, JERINGA, 441 MG/1.6 ML.....	40	azatioprina, comprimidos orales, 50 mg.....	27
ARISTADA, SUSPENSIÓN INTRAMUSCULAR, LIBERACIÓN PROLONGADA, JERINGA, 662 MG/2.4 ML.....	40	azatioprina sódica.....	27
ARISTADA, SUSPENSIÓN INTRAMUSCULAR, LIBERACIÓN PROLONGADA, JERINGA, 882 MG/3.2 ML.....	40	azelastina nasal.....	52
ARNUITY ELLIPTA.....	66	azelastina oftálmica (ojos).....	65
ARRANON.....	27	azitromicina, comprimidos orales.....	23
ARZERRA.....	27	azitromicina intravenosa.....	23
ashlyn.....	62	azitromicina, paquete oral.....	23
ASSURE ID, JERINGA DE SEGURIDAD PARA INSULINA, 1 ML, CALIBRE 29 X 1/2".....	53	azitromicina, suspensión oral para reconstitución.....	23
atazanavir, cápsulas orales, 150 mg, 300 mg.....	20	aztreonam.....	24
atazanavir, cápsulas orales, 200 mg.....	20	azurette (28).....	62
atenolol.....	45		
atenolol-clortalidona.....	45	B	
ATGAM.....	59	bacitracina intramuscular.....	24
atomoxetina, cápsulas orales, 10 mg, 18 mg, 25 mg, 40 mg.....	40	bacitracina oftálmica (ojos).....	64
atomoxetina, cápsulas orales, 100 mg, 60 mg, 80 mg.....	40	bacitracina-polimixina b.....	64
atorvastatina.....	48	baclofeno, comprimidos orales.....	37
atovacuna.....	24	BAL-CARE DHA.....	69
atovacuna-proguanil.....	24	balsalazida.....	58
atropina, gotas oftálmicas (ojos).....	65	BALVERSA.....	27
ATROVENT HFA.....	66	balziva (28).....	62
aubra.....	62	BAQSIMI.....	53
aubra eq.....	62	BARACLUDE, SOLUCIÓN ORAL.....	20
aurovela 1.5/30 (21).....	62	BAVENCIO.....	27
aurovela 1/20 (21).....	62	BCG (PF), VACUNA CON VIRUS VIVOS.....	59
aurovela 24 fe.....	62	bd safetyglide, jeringa para insulina, 1 ml, calibre 31 x 15/64".....	53
aurovela fe 1.5/30 (28).....	62	bd ultra-fine micro, aguja para lapicera.....	53
aurovela fe 1-20 (28).....	62	bd ultra-fine mini, aguja para lapicera.....	53
AUSTEDO, COMPRIMIDOS ORALES, 6 MG.....	37	bd ultra-fine nano, aguja para lapicera.....	53
AUSTEDO, COMPRIMIDOS ORALES, 12 MG, 9 MG.....	36	bd ultra-fine short, aguja para lapicera.....	53
aviane.....	62	BELEODAQ.....	27
avita.....	49	BELSOMRA.....	40
ayuna.....	62	benazepril.....	45
AYVAKIT.....	27	benazepril-hidroclorotiazida.....	45
azacitidina.....	27	BENDEKA.....	27
		BENLYSTA INTRAVENOSO.....	60
		benzatropina inyectable.....	36
		benzatropina oral.....	36
		BESIVANCE.....	64
		BESPONSA.....	27

Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
BESREMI.....	59	bromocriptina	36
betaína	51	bromuro de ipratropio nasal	52
betametasona, crema tópica aumentada	50	bromuro de ipratropio para inhalar	67
betametasona, gel tópico aumentado	51	bromuro de piridostigmina, comprimidos orales, 60 mg ...	37
betametasona, loción tópica aumentada	51	bromuro de piridostigmina, comprimidos orales, liberación prolongada	37
betametasona, pomada tópica aumentada	51	bromuro de piridostigmina, jarabe oral	37
BETASERON, KIT PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA ...	59	BRUKINSA	27
betaxolol oral.....	45	budesonida oral	58
bexaroteno.....	27	budesonida, suspensión para inhalación para nebulización, 0.25 mg/2 ml, 0.5 mg/2 ml	66
BEXSERO	59	budesonida, suspensión para inhalación para nebulización, 1 mg/2 ml	66
bicalutamida	27	bumetanida, comprimidos orales, 0.5 mg, 1 mg.....	45
bicarbonato de sodio, jeringa intravenosa	69	bumetanida, comprimidos orales, 2 mg	45
BICILLIN L-A.....	25	bumetanida inyectable	45
BIDIL	45	buprenorfina-naloxona, comprimidos sublinguales, 2-0.5 mg	39
BIKTARVY	20	buprenorfina-naloxona, comprimidos sublinguales, 8-2 mg	39
BINOSTO.....	60	buprenorfina-naloxona, película sublingual, 2-0.5 mg	38
bisoprolol-hidroclorotiazida	45	buprenorfina-naloxona, película sublingual, 4-1 mg, 8-2 mg	38
BLENREP	27	buprenorfina-naloxona, película sublingual, 12-3 mg	38
bleomicina	27	buspirona	40
BLINCYTO, KIT INTRAVENOSO	27	BUSULFAN	27
blisovi 24 fe	62	butorfanol nasal	39
blisovi fe 1.5/30 (28)	62	BYDUREON BCISE	53
blisovi fe 1/20 (28).....	62		
BOOSTRIX TDAP	59		
bortezomib, inyectable	27		
bortezomib, sol. para reconst. intravenosa	27		
BOSULIF, COMPRIMIDOS ORALES, 100 MG	27		
BOSULIF, COMPRIMIDOS ORALES, 400 MG, 500 MG	27		
BOTOX.....	59		
BRAFTOVI, CÁPSULAS ORALES, 75 MG	27		
BREO ELLIPTA	66		
briellyn.....	62		
BRILINTA	47		
brimonidina, gotas oftálmicas (ojos), 0.2%	66		
brimonidina, gotas oftálmicas (ojos), 0.15%	66		
brinzolamida	65		
BRIVIACT, COMPRIMIDOS ORALES.....	34		
BRIVIACT INTRAVENOSO.....	34		
BRIVIACT, SOLUCIÓN ORAL	34		
		C	
		CABENUVA.....	20
		cabergolina	56
		CABOMETYX	27
		calcipotrieno, crema tópica	49
		calcipotrieno, cuero cabelludo	49
		calcipotrieno, pomada tópica	49
		calcitonina (salmón), nasal	56
		calcitriol oral.....	56
		calcitriol, solución intravenosa, 1 mcg/ml	56
		CALQUENCE	27
		CALQUENCE (ACALABRUTINIB MAL).....	27

Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
camila	61	cefactor, suspensión oral para reconstitución, 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml, 375 mg/5 ml	23
camrese	62	cefadroxilo, cápsulas orales	23
camrese lo	62	cefadroxilo, comprimidos orales	23
candesartán, comprimidos orales, 16 mg, 4 mg, 8 mg.	45	cefadroxilo, suspensión oral para reconstitución, 250 mg/5 ml, 500 mg/5 ml.	23
candesartán, comprimidos orales, 32 mg.	45	cefaletina, cápsulas orales, 250 mg, 500 mg	23
candesartán-hidroclorotiazida	45	cefaletina, suspensión oral para reconstitución	23
CAPASTAT	24	cefazolina en dextrosa (iso-osm.), infusión secundaria intravenosa, 1 gramo/50 ml, 2 gramos/100 ml, 2 gramos/50 ml.	23
CAPLYTA	40	cefazolina intravenosa	23
CAPRELSA, COMPRIMIDOS ORALES, 100 MG	27	cefazolina, sol. para reconst. inyect., 1 gramo, 10 gramos, 100 gramos, 2 gramos, 300 gramos, 500 mg.	23
CAPRELSA, COMPRIMIDOS ORALES, 300 MG	27	cefdinir	23
caproato de hidroxiprogesterona	61	cefepima en dextrosa al 5%	23
captopril	45	cefepima en dextrosa, iso-osm.	23
captopril-hidroclorotiazida	45	cefepima intravenosa	23
CARBAGLU	51	cefepima inyectable	23
carbamazepina, cápsulas orales, liberación prolongada, multifase, 12 horas	34	cefixima	23
carbamazepina, comprimidos orales	34	ceftaclor, comprimidos orales, liberación prolongada, 12 horas	23
carbamazepina, comprimidos orales, liberación prolongada, 12 horas	34	cefotetan en dextrosa, iso-osm.	23
carbamazepina, comprimidos orales masticables	34	cefotetan inyectable	23
carbamazepina, suspensión oral	34	cefoxitina	23
carbidopa	36	cefoxitina en dextrosa, iso-osm.	23
carbidopa-levodopa, comprimidos de desintegración oral	36	cefopodoxima	23
carbidopa-levodopa, comprimidos orales	36	cefprozilo	23
carbidopa-levodopa, comprimidos orales, liberación prolongada	36	ceftazidima	23
carbonato de litio	42	ceftazidima en d5w	23
carbonato de sevelámero	52	ceftriaxona	23
carboplatino, solución intravenosa	27	ceftriaxona en dextrosa, iso-osm.	23
carglumic acid	52	cefuroxima axetilo, comprimidos orales	23
carmustina, sol. para reconst. intravenosa, 100 mg	27	cefuroxima sódica intravenosa	23
CAROSPIR	45	cefuroxima sódica, sol. para reconst. inyect., 750 mg	23
carteolol	64	celecoxib	39
cartia xt	45	CELONTIN, CÁPSULAS ORALES, 300 MG	34
carvedilol	45	CEREZYME, SOL. PARA RECONST. INTRAVENOSA, 400 UNIDADES	56
casprofungina, sol. para reconst. intravenosa, 50 mg	20	CHANTIX, COMPRIMIDOS ORALES, 1 MG	52
casprofungina, sol. para reconst. intravenosa, 70 mg	20	CHANTIX, PAQUETE MENSUAL DE CONTINUACIÓN ...	52
CAYSTON	24		
cefactor, cápsulas orales	23		

Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
CHANTIX, PAQUETE MENSUAL INICIAL.....	52	citrato de potasio, comprimidos orales, liberación prolongada.....	68
charlotte 24 fe.....	62	cladribina.....	27
chateal (28).....	62	claravis.....	49
chateal eq (28).....	62	claritromicina.....	23
CHEMET.....	51	clindamicina en cloruro de sodio al 0.9%.....	24
CHORIONIC GONADOTROPIN, HUMANA INTRAMUSCULAR.....	56	clindamicina en dextrosa al 5%.....	24
ciclobenzaprina, comprimidos orales, 10 mg, 5 mg.....	37	clindamicina pediátrica.....	24
ciclodan, solución tópica.....	50	CLINDAMYCIN PHOSPHATE, GEL TÓPICO, UNA VEZ AL DÍA.....	49
ciclofosfamida intravenosa.....	28	CLINIMIX, 4.25%/D5W, SIN SULFITOS.....	51
ciclofosfamida oral.....	28	CLINIMIX 4.25%/D10W, SIN SULFITOS.....	69
ciclopirox, champú tópico.....	50	CLINIMIX 5%/D15W, SIN SULFITOS.....	69
ciclopirox, crema tópica.....	50	CLINIMIX 5%-D20W (SIN SULFITOS).....	69
ciclopirox, solución tópica.....	50	CLINIMIX 6%-D5W (SIN SULFITOS).....	69
ciclopirox, suspensión tópica.....	50	CLINIMIX 8%-D10W (SIN SULFITOS).....	69
cicloserina.....	24	CLINIMIX 8%-D14W (SIN SULFITOS).....	69
ciclosporina, cápsulas orales.....	28	CLINIMIX E 4.25%/D10W, SIN SULFITOS.....	69
ciclosporina intravenosa.....	28	CLINISOL SF 15%.....	69
ciclosporina modificada.....	28	clobazam, comprimidos orales, 10 mg.....	34
cilostazol.....	47	clobazam, comprimidos orales, 20 mg.....	34
CILOXAN, POMADA OFTÁLMICA (OJOS).....	64	clobazam, suspensión oral.....	34
CIMDUO.....	20	clofarabina.....	27
cimetidina.....	59	clomipramina.....	40
cinacalcet, comprimidos orales, 30 mg, 60 mg.....	56	clonazepam, comprimidos de desintegración oral, 0.5 mg, 1 mg.....	34
cinacalcet, comprimidos orales, 90 mg.....	57	clonazepam, comprimidos de desintegración oral, 0.125 mg, 0.25 mg.....	34
cipionato de testosterona, aceite intramuscular, 100 mg/ml, 200 mg/ml, 200 mg/ml (1 ml).....	57	clonazepam, comprimidos de desintegración oral, 2 mg... 34	
ciprofloxacina-dexametasona.....	53	clonazepam, comprimidos orales, 0.5 mg, 1 mg.....	34
ciprofloxacina en dextrosa al 5%.....	26	clonazepam, comprimidos orales, 2 mg.....	34
CIPRO, RECONST. DE MICROCÁPSULAS PARA SUSPENSIÓN ORAL.....	26	clonidina.....	45
cisplatino, solución intravenosa.....	27	clopidogrel, comprimidos orales, 75 mg.....	47
citalopram, comprimidos orales, 10 mg, 20 mg.....	40	clopidogrel, comprimidos orales, 300 mg.....	47
citalopram, comprimidos orales, 40 mg.....	40	clorazepato dipotásico, comprimidos orales, 3.75 mg.....	40
citalopram, solución oral.....	40	clorazepato dipotásico, comprimidos orales, 7.5 mg.....	40
citarabina.....	28	clorazepato dipotásico, comprimidos orales, 15 mg.....	40
citarabina (pf).....	28	clorhidrato de amantadina.....	20
citrato de fentanilo, pastilla bucal con aplicador, 1,200 mcg, 1,600 mcg, 400 mcg, 600 mcg, 800 mcg.....	38	clorhidrato de buprenorfina inyectable.....	38
citrato de fentanilo, pastilla bucal con aplicador, 200 mcg.....	38	clorhidrato de buprenorfina sublingual.....	38
		clorhidrato de bupropión (agente para dejar de fumar)....	52

Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
clorhidrato de bupropión, comprimidos orales, 75 mg	40	clorhidrato de lidocaína, gel para membrana mucosa en aplicador	50
clorhidrato de bupropión, comprimidos orales, 100 mg	40	clorhidrato de lidocaína, solución inyectable	49
clorhidrato de bupropión, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas, 150 mg	40	clorhidrato de lidocaína, solución para membrana mucosa, 2%	50
clorhidrato de bupropión, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas, 300 mg	40	clorhidrato de lidocaína, solución para membrana mucosa, 4% (40 mg/ml)	49
clorhidrato de bupropión, comprimidos orales, liberación sostenida, 12 horas, 100 mg	40	clorhidrato de melfalán	30
clorhidrato de bupropión, comprimidos orales, liberación sostenida, 12 horas, 150 mg, 200 mg	40	clorhidrato de metilfenidato, comprimidos orales	42
clorhidrato de ciprofloxacina, comprimidos orales, 100 mg	26	clorhidrato de metilfenidato, comprimidos orales, liberación prolongada	42
clorhidrato de ciprofloxacina, comprimidos orales, 250 mg, 500 mg, 750 mg	26	clorhidrato de metilfenidato, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas, 18 mg, 18 mg (calificación bx), 27 mg, 27 mg (calificación bx), 3 6 mg, 36 mg (calificación bx), 54 mg, 54 mg (calificación bx)	42
clorhidrato de ciprofloxacina oftálmico (ojos)	64	clorhidrato de metoclopramida, comprimidos orales	58
clorhidrato de clindamicina	24	clorhidrato de metoclopramida, solución oral	58
clorhidrato de clonidina, comprimidos orales	45	clorhidrato de ondansetrón, comprimidos orales, 4 mg, 8 mg	58
clorhidrato de difenhidramina, solución inyectable, 50 mg/ml	66	clorhidrato de ondansetrón intravenoso	58
clorhidrato de diltiazem, cápsulas orales, liberación prolongada, 12 horas	45	clorhidrato de ondansetrón (pf)	58
clorhidrato de diltiazem, cápsulas orales, liberación prolongada, 24 horas, 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg	45	clorhidrato de ondansetrón, solución oral	58
clorhidrato de diltiazem, cápsulas orales, liberación prolongada, 24 horas, 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg, 420 mg	45	clorhidrato de paroxetina, comprimidos orales, 10 mg	43
clorhidrato de diltiazem, cápsulas orales, liberación prolongada, 24 horas, degradable	45	clorhidrato de paroxetina, comprimidos orales, 20 mg, 40 mg	43
clorhidrato de diltiazem, comprimidos orales	45	clorhidrato de paroxetina, comprimidos orales, 30 mg	43
clorhidrato de diltiazem, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas	45	clorhidrato de paroxetina, suspensión oral	43
clorhidrato de diltiazem intravenoso	45	clorhidrato de pilocarpina, gotas oftálmicas (ojos), 1%, 2%, 4%	65
clorhidrato de flufenazina, comprimidos orales	41	clorhidrato de pilocarpina oral	52
clorhidrato de flufenazina, concentrado oral	41	clorhidrato de selegilina	36
clorhidrato de flufenazina, elixir oral	41	clorhidrato de terbinafina oral	20
clorhidrato de flufenazina inyectable	41	clorhidrato de ziprasidona, cápsulas orales, 20 mg	44
clorhidrato de granisetron oral	58	clorhidrato de ziprasidona, cápsulas orales, 40 mg	44
clorhidrato de hidroxizina, comprimidos orales	66	clorhidrato de ziprasidona, cápsulas orales, 60 mg, 80 mg	44
clorhidrato de imipramina	42	clorhidrato de palmitato de clindamicina	24
clorhidrato de lidocaína, gel para membrana mucosa	49	clorotiazida sódica	45
clorhidrato de lidocaína, gel para membrana mucosa en aplicador	50	clorpromazina	40
		clortalidona, comprimidos orales, 25 mg, 50 mg	45
		cloruro de betanecol	68

Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
cloruro de oxibutinina, comprimidos orales	68	colestipol, gránulos orales	48
cloruro de oxibutinina, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas	68	colestipol, paquete oral	48
cloruro de oxibutinina, jarabe oral	68	colestiramina-aspartamo	48
cloruro de potasio, cápsulas orales, liberación prolongada	68	colestiramina (con azúcar)	48
cloruro de potasio, comprimidos orales, liberación prolongada	69	colestiramina suave	48
cloruro de potasio, comprimidos orales, liberación prolongada, partículas/cristales	69	colistina (colistimetato sódico)	24
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	68	COMBIGAN	65
cloruro de potasio en d5-nacl al 0.45%, solución parenteral intravenosa, 30 meq/l	68	COMBIVENT RESPIMAT	66
cloruro de potasio en dext. al 5%, solución parenteral intravenosa, 20 meq/l	68	COMETRIQ, CÁPSULAS ORALES, 60 MG/DÍA (20 MG X 3/DÍA)	28
cloruro de potasio en lr-d5, solución parenteral intravenosa, 20 meq/l	68	COMETRIQ, CÁPSULAS ORALES, 100 MG/DÍA (80 MG X 1-20 MG X 1)	28
cloruro de potasio en nacl al 0.9%, solución parenteral intravenosa, 20 meq/l, 40 meq/l	68	COMETRIQ, CÁPSULAS ORALES, 140 MG/DÍA (80 MG X 1-20 MG X 3)	28
cloruro de potasio intravenoso	68	COMPLERA	20
cloruro de potasio, líquido oral	68	COMPLETE NATAL DHA	69
cloruro de potasio-nacl al 0.45%	69	compro	58
cloruro de potasio, paquete oral	68	constulosa	58
cloruro de sodio al 0.9% intravenoso	52	COPAXONE, JERINGA SUBCUTÁNEA, 20 MG/ML	37
cloruro de sodio al 0.45%, solución parenteral intravenosa	69	COPAXONE, JERINGA SUBCUTÁNEA, 40 MG/ML	37
cloruro de sodio hipertónico al 3%	69	COPIKTRA	28
cloruro de sodio hipertónico al 5%	69	CORLANOR, COMPRIMIDOS ORALES	48
cloruro de sodio intravenoso	69	CORTIFOAM	58
cloruro de sodio para irrigación	52	COTELLIC	28
clotrimazol, crema tópica	50	CREON	58
clotrimazol, membrana mucosa	20	CRESEMBA ORAL	20
clotrimazol, solución tópica	50	cromoglicato oftálmico (ojos)	65
clozapina, comprimidos de desintegración oral	40	cromoglicato oral	58
clozapina, comprimidos orales, 25 mg, 50 mg	40	cromoglicato para inhalar	66
clozapina, comprimidos orales, 100 mg, 200 mg	40	cryselle (28)	62
C-NATE DHA	69	CYRAMZA	28
COARTEM	24	cyred	62
colchicina, comprimidos orales	60	cyred eq	62
colestipol, comprimidos orales	48	CYSTADANE	58
		CYSTAGON	68
		CYSTARAN	65
		D	
		dacarbazina	28
		dactinomicina	28

Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
d al 2.5%-cloruro de sodio al 0.45%	51	desmopresina, rociador nasal no aerosol, 10 mcg/aplicación (0.1 ml)	57
d al 5%-cloruro de sodio al 0.45%	51	desog-e.estradiol/e.estradiol	62
d al 5% y cloruro de sodio al 0.9%	51	desogestrel-etinilestradiol	62
d al 10%-cloruro de sodio al 0.45%	51	desoximetasona, crema tópica	51
dalfampridina	37	desoximetasona, gel tópico	51
DALIRESP	66	desoximetasona, pomada tópica	51
danazol	57	dexametasona, comprimidos orales	53
dantroleno oral	37	dexametasona, elixir oral	53
DANYELZA	28	dexametasona, intensol	53
dapsona oral	24	dexametasona, solución oral	53
DAPTACEL (DTAP PEDIÁTRICA) (PF)	59	dexmetilfenidato, comprimidos orales	40
daptomicina, sol. para reconst. intravenosa, 500 mg	24	dextroanfetamina-anfetamina, cápsulas orales, liberación prolongada, 24 horas	40
DAPTOMYCIN, SOL. PARA RECONST. INTRAVENOSA, 350 MG	24	dextroanfetamina-anfetamina, comprimidos orales, 5 mg	41
DARZALEX	28	dextroanfetamina-anfetamina, comprimidos orales, 10 mg	41
DARZALEX FASPRO	28	dextroanfetamina-anfetamina, comprimidos orales, 12.5 mg, 30 mg, 7.5 mg	41
dasetta 1/35 (28)	62	dextroanfetamina-anfetamina, comprimidos orales, 15 mg	41
dasetta 7/7/7 (28)	62	dextroanfetamina-anfetamina, comprimidos orales, 20 mg	41
daunorrubicina, solución intravenosa	28	dextrosa al 5%-cloruro de sodio al 0.2%	52
DAURISMO, COMPRIMIDOS ORALES, 25 MG	28	dextrosa al 5%-cloruro de sodio al 0.3%	52
DAURISMO, COMPRIMIDOS ORALES, 100 MG	28	dextrosa al 5% en agua (d5w)	52
daysee	62	dextrosa al 5%-solución de lactato sódico compuesta	52
DAYVIGO	40	dextrosa al 10% y nacl al 0.2%	51
deblitane	61	dextrosa al 25% en agua (d25w)	52
decanoato de flufenazina	41	dextrosa al 50% en agua (d50w)	52
decanoato de haloperidol	42	dextrosa al 70% en agua (d70w)	52
decitabina	28	DEXTROSE AL 10% EN AGUA (D10W)	52
DEFERASIROX, COMPRIMIDOS ORALES, 180 MG	51	DIACOMIT	34
deferasirox, comprimidos orales, 360 mg, 90 mg	51	diazepam, comprimidos orales	41
DELSTRIGO	20	diazepam, concentrado oral	41
DENAVIR	50	diazepam, concentrado oral	41
DENGAXIA (PF)	59	diazepam, intensol	41
DEPO-MEDROL	53	diazepam inyectable	41
DESCOVY	20	DIAZEPAM RECTAL	34
desipramina	40	diazepam, solución oral	41
desloratadina, comprimidos orales	66		
desmopresina inyectable	57		
desmopresina oral	57		
desmopresina, rociador nasal con bomba	57		

Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
diazepam, solución oral, 5 mg/5 ml (1 mg/ml)	41	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)	28
diazoxida	54	dofetilida	44
dicloclomina, cápsulas orales	57	DOLISHALE	62
dicloclomina, comprimidos orales	57	donepezilo, comprimidos de desintegración oral, 5 mg ...	37
dicloclomina, solución oral	57	donepezilo, comprimidos de desintegración oral, 10 mg ...	37
diclofenaco potásico, comprimidos orales, 50 mg	39	donepezilo, comprimidos orales, 5 mg	37
diclofenaco sódico, gel tópico al 1%	39	donepezilo, comprimidos orales, 10 mg	37
diclofenaco sódico oftálmico (ojos)	65	DOPTelet (PAQUETE DE 10 COMPRIMIDOS)	47
diclofenaco sódico oral	39	DOPTelet (PAQUETE DE 15 COMPRIMIDOS)	47
dicloxacilina	25	DOPTelet (PAQUETE DE 30 COMPRIMIDOS)	47
difenoxilato-atropina	57	dorzolamida	65
DIFICID, COMPRIMIDOS ORALES	23	dorzolamida-timolol	65
DIFICID, SUSPENSIÓN ORAL PARA RECONSTITUCIÓN	23	dotti	61
diflunisal	39	DOVATO	20
difluprednato	65	doxazosina, comprimidos orales, 1 mg, 2 mg, 4 mg	45
digitek	48	doxazosina, comprimidos orales, 8 mg	45
digoxina, comprimidos orales, 62.5 mcg (0.0625 mg)	48	doxepina, cápsulas orales	41
digoxina, comprimidos orales, 125 mcg (0.125 mg), 250 mcg (0.25 mg)	48	doxepina, concentrado oral	41
digoxina, solución inyectable	48	doxercalciferol	57
digoxina, solución oral	48	doxiciclina-100	26
dihidroergotamina nasal	36	doxorubicina, liposomal pegilada	28
DILANTIN	34	doxorubicina, sol. para reconst. intravenosa, 50 mg	28
dilt-xr	45	doxorubicina, solución intravenosa	28
dimetilfumarato, cápsulas orales, liberación r etardada (dr/ec), 120 mg (14)-240 mg (46)	37	DRIZALMA, CÁPSULAS ORALES CON GRÁNULOS, LIB. RETARDADA, 20 MG, 60 MG	41
dimetilfumarato, cápsulas orales, liberación retardada (dr/ec), 120 mg, 240 mg	37	DRIZALMA, CÁPSULAS ORALES CON GRÁNULOS, LIB. RETARDADA, 30 MG	41
dinitrato de isosorbida, comprimidos orales	48	DRIZALMA, CÁPSULAS ORALES CON GRÁNULOS, LIB. RETARDADA, 40 MG	41
dipiridamol oral	47	dronabinol	58
dipropionato de betametasona	50	dropsafe, paños preparados con alcohol	54
disoproxilo de efavirenz-lamivudina-tenofovir, comprimidos orales, 400-300-300 mg	20	drospirenona-e.estradiol-lm.fa	62
disoproxilo de efavirenz-lamivudina-tenofovir, comprimidos orales, 600-300-300 mg	20	drospirenona-etinilestradiol	62
disulfiram	52	DROXIA	28
divalproex, cápsulas orales con gránulos, lib. retardada ...	34	droxidopa, cápsulas orales, 100 mg	52
divalproex, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas	34	droxidopa, cápsulas orales, 200 mg, 300 mg	52
divalproex, comprimidos orales, liberación retardada (dr/ec)	34	DUAVEE	61

Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
<i>duloxetina, cápsulas orales, liberación retardada (dr/ec), 20 mg, 60 mg</i>	41	<i>EMPLICITI</i>	28
<i>duloxetina, cápsulas orales, liberación retardada (dr/ec), 30 mg</i>	41	<i>EMSAM</i>	41
<i>DUPIXENT, JERINGA SUBCUTÁNEA, 100 MG/0.67 ML</i> ..	49	<i>emtricitabina</i>	20
<i>DUPIXENT, JERINGA SUBCUTÁNEA, 200 MG/1.14 ML</i> ..	49	<i>emtricitabina-tenofovir (tdf), comprimidos orales, 200-300 mg</i>	21
<i>DUPIXENT, JERINGA SUBCUTÁNEA, 300 MG/2 ML</i>	49	<i>EMTRICITABINE-TENOFOVIR (TDF), COMPRIMIDOS ORALES, 100-150 MG, 133-200 MG, 167-250 MG</i>	21
<i>DUPIXENT, LAPICERA PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA, 200 MG/1.14 ML</i>	49	<i>EMTRIVA, SOLUCIÓN ORAL</i>	21
<i>DUPIXENT, LAPICERA PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA, 300 MG/2 ML</i>	49	<i>EMVERM</i>	24
<i>DUREZOL</i>	65	<i>enalapril-hidroclorotiazida</i>	45
<i>dutasterida</i>	68	<i>enantato de testosterona</i>	57
E		<i>ENBREL, JERINGA SUBCUTÁNEA</i>	60
<i>ec-naproxeno</i>	39	<i>ENBREL MINI</i>	60
<i>econazol</i>	50	<i>ENBREL, SOL. PARA RECONST. SUBCUTÁNEA</i>	60
<i>EDARBI</i>	45	<i>ENBREL, SOLUCIÓN SUBCUTÁNEA</i>	60
<i>EDARBYCLOR</i>	45	<i>ENBREL SURECLICK</i>	61
<i>edisilato de proclorperazina, solución inyectable, 10 mg/2 ml (5 mg/ml)</i>	58	<i>endocet, comprimidos orales, 2.5-325 mg</i>	38
<i>EDURANT</i>	20	<i>endocet, comprimidos orales, 10-325 mg, 5-325 mg, 7.5-325 mg</i>	38
<i>efavirenz, cápsulas orales, 50 mg</i>	20	<i>ENERGIX-B (PF)</i>	59
<i>efavirenz, cápsulas orales, 200 mg</i>	20	<i>ENERGIX-B (PF), USO PEDIÁTRICO</i>	59
<i>efavirenz, comprimidos orales</i>	20	<i>ENHERTU</i>	28
<i>efavirenz-emtricitabina-tenofovir</i>	20	<i>enoxaparina</i>	47
<i>ELAPRASE</i>	57	<i>enpresse</i>	62
<i>electrolitos-48 en d5w</i>	69	<i>enskyce</i>	62
<i>elinest</i>	62	<i>entacapon</i>	36
<i>ELIQUIS</i>	47	<i>entecavir</i>	21
<i>ELIQUIS, TRATAMIENTO INICIAL PARA TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA/EMBOLIA PULMONAR, 30 DÍAS</i>	47	<i>ENTRESTO</i>	48
<i>ELITE-OB</i>	69	<i>enulosa</i>	58
<i>ELLENCE</i>	28	<i>ENVARUS XR</i>	28
<i>ELMIRON</i>	68	<i>EPCLUSA, COMPRIMIDOS ORALES, 200-50 MG</i>	21
<i>ELZONRIS</i>	28	<i>EPCLUSA, COMPRIMIDOS ORALES, 400-100 MG</i>	21
<i>EMCYT</i>	28	<i>EPCLUSA, PÍLDORAS DE ADMINISTRACIÓN ORAL EN PAQUETES, 150-37.5 MG</i>	21
<i>EMEND, SUSPENSIÓN ORAL PARA RECONSTITUCIÓN</i>	58	<i>EPCLUSA, PÍLDORAS DE ADMINISTRACIÓN ORAL EN PAQUETES, 200-50 MG</i>	21
<i>emoquette</i>	62	<i>EPIDIOLEX</i>	34
		<i>epinastina</i>	65
		<i>epinefrina, autoinyector para inyección</i>	66
		<i>epinefrina, solución inyectable, 1 mg/ml</i>	66
		<i>epirubicina, solución intravenosa</i>	28

Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
<i>epitol</i>	34	<i>etilsuccinato de eritromicina, suspensión oral para reconstitución, 200 mg/5 ml</i>	23
<i>EPIVIR HBV, SOLUCIÓN ORAL</i>	21	<i>etiadiol diac-etinilestradiol</i>	62
<i>EPRONTIA</i>	34	<i>etodolaco</i>	39
<i>ERBITUX</i>	28	<i>ETOPOPHOS</i>	28
<i>ergotamina-cafeína</i>	36	<i>etopósido intravenoso</i>	28
<i>eritrocina (como estearato), comprimidos orales, 250 mg</i>	23	<i>etosuximida</i>	34
<i>eritromicina, cápsulas orales, liberación retardada (dr/ec)</i>	24	<i>ETRAVIRINE</i>	21
<i>eritromicina, comprimidos orales</i>	24	<i>EUTHYROX</i>	57
<i>eritromicina con etanol, gel tópico</i>	50	<i>everolimus (antineoplásico), comprimidos orales</i>	28
<i>eritromicina con etanol, solución tópica</i>	50	<i>everolimus (antineoplásico), comprimidos orales para suspensión, 2 mg</i>	28
<i>eritromicina oftálmica (ojos)</i>	64	<i>everolimus (antineoplásico), comprimidos orales para suspensión, 3 mg, 5 mg</i>	28
<i>eritromicina, paños</i>	50	<i>everolimus (inmunodepresor)</i>	28
<i>eritromicina-peróxido de benzoílo</i>	50	<i>EVOMELA</i>	28
<i>ERIVEDGE</i>	28	<i>EVOTAZ</i>	21
<i>ERLEADA</i>	28	<i>exemestano</i>	28
<i>erlotinib, comprimidos orales, 25 mg</i>	28	<i>EXKIVITY</i>	28
<i>erlotinib, comprimidos orales, 100 mg, 150 mg</i>	28	<i>EYLEA</i>	65
<i>errin</i>	61	<i>EYSUVIS</i>	65
<i>ertapenem</i>	24	<i>ezetimiba</i>	48
<i>ERYTHROCIN, SOL. PARA RECONST. INTRAVENOSA, 500 MG</i>	23	F	
<i>ESBRIET, CÁPSULAS ORALES</i>	66	<i>FABRAZYME</i>	57
<i>ESBRIET, COMPRIMIDOS ORALES, 267 MG</i>	66	<i>falmina (28)</i>	62
<i>ESBRIET, COMPRIMIDOS ORALES, 801 MG</i>	66	<i>famciclovir</i>	21
<i>escopolamina base</i>	58	<i>famotidina, comprimidos orales, 20 mg, 40 mg</i>	59
<i>espironolactona</i>	46	<i>famotidina, suspensión oral</i>	59
<i>espironolactona-hidroclorotiazida</i>	46	<i>FANAPT, COMPRIMIDOS ORALES, 1 MG, 10 MG, 12 MG, 2 MG, 4 MG, 6 MG</i>	41
<i>estarylla</i>	62	<i>FANAPT, COMPRIMIDOS ORALES, 8 MG</i>	41
<i>estavudina, cápsulas orales</i>	22	<i>FANAPT, COMPRIMIDOS ORALES, PAQUETE DOSIFICADO</i>	41
<i>estradiol, crema vaginal</i>	61	<i>FARYDAK</i>	28
<i>estradiol oral</i>	61	<i>febuxostat</i>	60
<i>estradiol, parche transdérmico quincenal</i>	61	<i>felbamato</i>	34
<i>estradiol, parche transdérmico semanal</i>	61	<i>felodipina</i>	45
<i>estreptomina</i>	25	<i>feminor</i>	62
<i>etabonato de loteprednol, gotas oftálmicas (ojos), suspensión</i>	65	<i>fenelzina</i>	43
<i>etacrinato sódico</i>	45	<i>fenilbutirato sódico</i>	52
<i>etambutol</i>	24		

Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
<i>fenitoína, comprimidos orales masticables</i>	35	<i>fluconazol, suspensión oral para reconstitución</i>	20
<i>fenitoína sódica, liberación prolongada</i>	35	<i>fludarabina</i>	29
<i>fenitoína sódica, solución intravenosa</i>	35	<i>fludrocortisona</i>	53
<i>fenitoína, suspensión oral</i>	35	<i>flunisolida</i>	67
<i>fenobarbital, comprimidos orales</i>	35	<i>fluocinolona</i>	51
<i>fenobarbital, elixir oral</i>	35	<i>fluocinolona y gorra de baño</i>	51
<i>fenobarbital sódico, solución inyectable</i>	35	<i>fluocinonida, crema tópica, 0.05%</i>	51
<i>fenofibrato, cápsulas orales micronizadas, 134 mg, 200 mg, 67 mg</i>	48	<i>fluocinonida, gel tópico</i>	51
<i>fenofibrato, comprimidos orales, 160 mg, 54 mg</i>	48	<i>fluocinonida, pomada tópica</i>	51
<i>fenofibrato nanocristalizado</i>	48	<i>fluocinonida, solución tópica</i>	51
<i>fentanilo, parche transdérmico, 72 horas, 100 mcg/h, 12 mcg/h, 25 mcg/h, 50 mcg/h, 75 mcg/h</i>	38	<i>fluorometolona</i>	65
FETZIMA, CÁPSULAS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA, 24 HORAS	41	<i>fluorouracilo, crema tópica, 5%</i>	49
FETZIMA, CÁPSULAS ORALES, LIB. PROL., 24 HORAS, PAQUETE DOSIFICADO	41	<i>fluorouracilo intravenoso</i>	29
<i>finasterida, comprimidos orales, 5 mg</i>	68	<i>fluorouracilo, solución tópica</i>	49
FINTEPLA	34	<i>fluoruro (de sodio), comprimidos orales</i>	69
<i>finzala</i>	62	<i>fluoruro (de sodio), comprimidos orales masticables, 1 mg (2.2 mg de fluoruro de sodio)</i>	69
FIRMAGON, KIT CON JERINGA DILUYENTE	29	<i>fluoruro Ludent, comprimidos orales masticables, 1 mg (2.2 mg de fluoruro de sodio)</i>	69
FIRVANQ, SOL. PARA RECONST. INTRAVENOSA, 25 MG/ML	24	<i>fluoxetina, cápsulas orales, 10 mg</i>	41
FIRVANQ, SOL. PARA RECONST. INTRAVENOSA, 50 MG/ML	24	<i>fluoxetina, cápsulas orales, 20 mg</i>	41
<i>flac, aceite ótico</i>	52	<i>fluoxetina, cápsulas orales, 40 mg</i>	41
<i>flecainida</i>	44	<i>fluoxetina, solución oral</i>	41
FLOVENT DISKUS PARA INHALAR, BLÍSTER CON DISPOSITIVO, 100 MCG/ACTIVACIÓN, 50 MCG/ACTIVACIÓN	66	<i>flurbiprofeno, comprimidos orales, 100 mg</i>	39
FLOVENT DISKUS PARA INHALAR, BLÍSTER CON DISPOSITIVO, 250 MCG/ACTIVACIÓN	66	<i>flurbiprofeno sódico</i>	65
FLOVENT HFA INHALATION, INHALADOR EN AEROSOL DE HFA, 44 MCG/ACTIVACIÓN	67	<i>flutamida</i>	29
FLOVENT HFA INHALATION, INHALADOR EN AEROSOL DE HFA, 110 MCG/ACTIVACIÓN	66	<i>fluvoxamina, comprimidos orales, 50 mg</i>	41
FLOVENT HFA INHALATION, INHALADOR EN AEROSOL DE HFA, 220 MCG/ACTIVACIÓN	67	<i>fluvoxamina, comprimidos orales, 100 mg, 25 mg</i>	41
<i>floxuridina</i>	29	FOLIVANE-OB	69
<i>flucitosina</i>	20	FOLOTYN	29
<i>fluconazol, comprimidos orales</i>	20	<i>fomepizol</i>	59
<i>fluconazol en nacl (iso-osm.)</i>	20	<i>fondaparinux, jeringa subcutánea, 2.5 mg/0.5 ml</i>	47
		<i>fondaparinux, jeringa subcutánea, 10 mg/0.8 ml, 5 mg/0.4 ml, 7.5 mg/0.6 ml</i>	47
		<i>fosamprenavir</i>	21
		<i>fosfato de clindamicina, gel tópico</i>	49
		<i>fosfato de clindamicina intravenoso</i>	24
		<i>fosfato de clindamicina inyectable</i>	24
		<i>fosfato de clindamicina, loción tópica</i>	49
		<i>fosfato de clindamicina, paño tópico</i>	50

Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
fosfato de clindamicina, solución tópica	49	GASA, VENDA PARA APLICACIÓN TÓPICA, 2 x 2"	54
fosfato de clindamicina vaginal	62	GATTEX, VIAL DE 30	58
fosfato de cloroquina	24	GATTEX, VIAL DE UNO	58
fosfato sódico de dexametasona oftálmico (ojos)	65	gavilyte-c	58
fosfato sódico de dexametasona (pf), solución inyectable	53	GAVRETO	29
fosfato sódico de dexametasona, solución inyectable	53	GAZYVA	29
fosfato sódico de prednisolona oftálmico (ojos)	65	gemcitabina, sol. para reconst. intravenosa	29
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)	53	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)	29
fosfenitoína	34	gemcitabina, solución intravenosa, 100 mg/ml	29
fosinopril	45	gemfibrozil	48
fosinopril-hidroclorotiazida	45	gemmily	62
FOTIVDA	29	GEMTESA	68
fulvestrant	29	generlac	58
fumarato de bisoprolol	45	gengraf	29
fumarato de disoproxilo de tenofovir	22	GENOTROPIN	59
fumarato de formoterol	67	GENOTROPIN MINIQUEL	59
furosemida, comprimidos orales	46	gentak, pomada oftálmica (ojos)	64
furosemida inyectable	45	gentamicina, crema tópica	50
furosemida, solución oral, 10 mg/ml, 40 mg/5 ml (8 mg/ml)	45	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	24
FUROSEMIDE, SOLUCIÓN ORAL, 40 MG/4 ML	45	gentamicina, gotas oftálmicas (ojos)	64
FUZEON, SOL. PARA RECONST. SUBCUTÁNEA	21	gentamicina, pomada tópica	50
FYCOMPA, COMPRIMIDOS ORALES, 2 MG, 4 MG, 6 MG	34	gentamicina, solución inyectable, 40 mg/ml	24
FYCOMPA, COMPRIMIDOS ORALES, 10 MG, 12 MG, 8 MG	34	GENVOYA	21
FYCOMPA, SUSPENSIÓN ORAL	34	GILENYA, CÁPSULAS ORALES, 0.5 MG	37
G		GILOTRIF	29
gabapentina, cápsulas orales, 100 mg, 300 mg	34	glicopirronio, comprimidos orales	58
gabapentina, cápsulas orales, 400 mg	34	glicopirronio (pf)	57
gabapentina, comprimidos orales, 600 mg	34	glicopirronio (pf) en agua inyectable	58
gabapentina, comprimidos orales, 800 mg	34	glicopirronio (pf) en agua, jeringa intravenosa, 0.4 mg/2 ml (0.2 mg/ml)	58
gabapentina, solución oral	34	glimepirida, comprimidos orales, 1 mg	54
galantamina, cápsulas orales, píldoras de lib. prol., 24 horas	37	glimepirida, comprimidos orales, 2 mg	54
galantamina, comprimidos orales	37	glimepirida, comprimidos orales, 4 mg	54
galantamina, solución oral	37	glipizida, comprimidos orales, 5 mg	54
GARDASIL 9 (PF)	59	glipizida, comprimidos orales, 10 mg	54

Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
<i>glipizida, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas, 2.5 mg</i>	54	<i>heather</i>	61
<i>glipizida, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas, 5 mg</i>	54	<i>heparina (porcina) en dext. al 5%</i>	47
<i>glipizida, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas, 10 mg</i>	54	<i>heparina (porcina) en nacl al 0.45%, solución parenteral, intravenosa, 25,000 unidades/250 ml, 25,000 unidades/500 ml</i>	47
<i>glipizida-metformina, comprimidos orales, 2.5-250 mg</i>	54	<i>heparina (porcina) en nacl (pf)</i>	47
<i>glipizida-metformina, comprimidos orales, 2.5-500 mg, 5-500 mg</i>	54	<i>heparina, porcina (pf), jeringa inyectable, 5,000 unidades/0.5 ml</i>	47
<i>GLUCAGEN HYPOKIT</i>	54	<i>heparina (porcina), solución inyectable</i>	47
<i>GLUCAGON (HCL), KIT DE EMERGENCIAS</i>	54	<i>HETLIOZ</i>	42
<i>GLUCAGON, KIT DE EMERGENCIAS (HUMANO)</i>	54	<i>HIBERIX (PF)</i>	59
<i>gluconato de clorhexidina, membrana mucosa</i>	52	<i>hiclato de doxiciclina, cápsulas orales</i>	26
<i>glydo</i>	49	<i>hiclato de doxiciclina, comprimidos orales, 100 mg, 20 mg</i>	26
<i>GLYXAMBI</i>	54	<i>hiclato de doxiciclina intravenoso</i>	26
<i>GOCOVRI</i>	36	<i>hidralazina inyectable</i>	46
<i>griseofulvina micronizada</i>	20	<i>hidralazina oral</i>	46
<i>griseofulvina ultramicronizada</i>	20	<i>hidroclorotiazida</i>	46
<i>guanfacina, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas</i>	42	<i>hidrocodona-acetaminofeno, comprimidos orales, 10-325 mg, 5-325 mg, 7.5-325 mg</i>	38
<i>GVOKE</i>	54	<i>hidrocodona-acetaminofeno, solución oral, 7.5-325 mg/15 ml</i>	38
<i>GVOKE HYOPEN, PAQUETE DE 1</i>	54	<i>hidrocodona-ibuprofeno, comprimidos orales, 7.5-200 mg</i>	38
<i>GVOKE HYOPEN, PAQUETE DE 2</i>	54	<i>hidrocortisona-ácido acético</i>	53
<i>GVOKE PFS, PAQUETE CON 1 JERINGA</i>	54	<i>hidrocortisona, crema tópica, 1%, 2.5%</i>	51
<i>GVOKE PFS, PAQUETE CON 2 JERINGAS</i>	54	<i>hidrocortisona, crema tópica con aplicador perineal, 1%</i>	51
H		<i>hidrocortisona, crema tópica con aplicador perineal, 2.5%</i>	58
<i>HAEGARDA</i>	67	<i>hidrocortisona, loción tópica, 2.5%</i>	51
<i>hailey</i>	62	<i>hidrocortisona oral</i>	53
<i>hailey 24 fe</i>	62	<i>hidrocortisona, pomada tópica, 1%, 2.5%</i>	51
<i>hailey fe 1.5/30 (28)</i>	62	<i>hidrocortisona rectal</i>	58
<i>hailey fe 1/20 (28)</i>	62	<i>hidromorfona, comprimidos orales</i>	38
<i>HALAVEN</i>	29	<i>hidromorfona, líquido oral</i>	38
<i>haloperidol</i>	42	<i>hidroxicloroquina</i>	24
<i>HARVONI, COMPRIMIDOS ORALES, 45-200 MG</i>	21	<i>hidroxiurea</i>	29
<i>HARVONI, COMPRIMIDOS ORALES, 90-400 MG</i>	21	<i>hipurato de metenamina</i>	26
<i>HARVONI, PÍLDORAS DE ADMINISTRACIÓN ORAL EN PAQUETES, 33.75-150 MG</i>	21	<i>HIZENTRA</i>	60
<i>HARVONI, PÍLDORAS DE ADMINISTRACIÓN ORAL EN PAQUETES, 45-200 MG</i>	21	<i>HUMALOG JUNIOR KWIKPEN U-100</i>	54
<i>HAVRIX (PF)</i>	59	<i>HUMALOG KWIKPEN, INSULINA</i>	54

Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
HUMALOG MIX 50-50, INSULINA U-100.....	54	icatibanto	67
HUMALOG MIX 50-50 KWIKPEN.....	54	iclevia.....	63
HUMALOG MIX 75-25 KWIKPEN.....	54	ICLUSIG.....	29
HUMALOG MIX 75-25 (U-100), INSULINA	54	idarrubicina	29
HUMALOG U-100, INSULINA	54	IDHIFA.....	29
HUMIRA (CF), KIT DE JERINGA SUBCUTÁNEA, 10 MG/0.1 ML, 20 MG/0.2 ML	61	ifosfamida	29
HUMIRA (CF), KIT DE JERINGA SUBCUTÁNEA, 40 MG/0.4 ML.....	61	imatinib, comprimidos orales, 100 mg.....	29
HUMIRA (CF) PEDI CROHNS, PAQUETE INICIAL, KIT DE JERINGA SUBCUTÁNEA, 80 MG/0.8 ML.....	61	imatinib, comprimidos orales, 400 mg.....	29
HUMIRA (CF) PEDI CROHNS, PAQUETE INICIAL, KIT DE JERINGA SUBCUTÁNEA, 80 MG/0.8 ML-40 MG/0.4 ML	61	IMBRUVICA, CÁPSULAS ORALES, 70 MG.....	29
HUMIRA (CF) PEN CROHNS-UC-HS.....	61	IMBRUVICA, CÁPSULAS ORALES, 140 MG.....	29
HUMIRA (CF) PEN, KIT DE LAPICERA PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA, 40 MG/0.4 ML	61	IMBRUVICA, COMPRIMIDOS ORALES	29
HUMIRA (CF) PEN, KIT DE LAPICERA PARA I NYECCIÓN SUBCUTÁNEA, 80 MG/0.8 ML.....	61	IMBRUVICA, SUSPENSIÓN ORAL.....	29
HUMIRA (CF) PEN PEDIATRIC UC.....	61	IMFINZI.....	29
HUMIRA (CF) PEN PSOR-UV-ADOL HS.....	61	imipenem-cilastatina.....	24
HUMIRA, KIT DE JERINGA SUBCUTÁNEA, 40 MG/0.8 ML.....	61	imiquimod, crema tópica en paquete, 5%	49
HUMIRA PEN	61	IMOVAX (PF), VACUNA ANTIRRÁBICA.....	60
HUMIRA PEN CROHNS-UC-HS, PAQUETE INICIAL	61	incassia.....	61
HUMIRA PEN PSOR-UEITS-ADOL HS.....	61	INCRELEX.....	52
HUMULIN 70/30 U-100, INSULINA	54	INCRUSE ELLIPTA.....	67
HUMULIN 70/30 U-100 KWIKPEN.....	54	indapamida	46
HUMULIN N NPH, INSULINA KWIKPEN.....	54	INFANRIX (DTAP) (PF), JERINGA INTRAMUSCULAR....	60
HUMULIN N NPH U-100, INSULINA.....	54	INFUGEM.....	29
HUMULIN R REGULAR U-100, INSULINA	54	INFUMORPH P/F.....	38
HUMULIN R U-500 (CONC) INSULINA	54	INGREZZA.....	37
HUMULIN R U-500 (CONC) KWIKPEN	54	INGREZZA, PAQUETE DE INICIACIÓN	37
		INLYTA, COMPRIMIDOS ORALES, 1 MG.....	29
		INLYTA, COMPRIMIDOS ORALES, 5 MG.....	29
		INQOVI.....	29
		INREBIC.....	29
		INTELENCE, COMPRIMIDOS ORALES, 25 MG	21
		INTELENCE, COMPRIMIDOS ORALES, 100 MG, 200 MG.....	21
		INTRALIPID, EMULSIÓN INTRAVENOSA, 20%, 30%	69
		INTRON A, SOL. PARA RECONST. INYECT., 10 MILLONES DE UNIDADES (1 ML), 50 MILLONES DE UNIDADES (1 ML)	59
		introvale	63
		INVEGA SUSTENNA, JERINGA INTRAMUSCULAR, 39 MG/0.25 ML.....	42
		INVEGA SUSTENNA, JERINGA INTRAMUSCULAR, 78 MG/0.5 ML.....	42
I			
ibandronato oral	60		
IBRANCE.....	29		
ibu.....	39		
ibuprofeno, comprimidos orales, 400 mg, 600 mg, 800 mg.....	39		
ibuprofeno, suspensión oral	39		

Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
INVEGA SUSTENNA, JERINGA INTRAMUSCULAR, 117 MG/0.75 ML	42	ivermectina oral	24
INVEGA SUSTENNA, JERINGA INTRAMUSCULAR, 156 MG/ML	42	IXEMPRA	29
INVEGA SUSTENNA, JERINGA INTRAMUSCULAR, 234 MG/1.5 ML	42	IXIARO (PF)	60
INVEGA TRINZA, JERINGA INTRAMUSCULAR, 273 MG/0.88 ML	42	J	
INVEGA TRINZA, JERINGA INTRAMUSCULAR, 410 MG/1.32 ML	42	jaimiess	63
INVEGA TRINZA, JERINGA INTRAMUSCULAR, 546 MG/1.75 ML	42	JAKAFI	29
INVEGA TRINZA, JERINGA INTRAMUSCULAR, 819 MG/2.63 ML	42	jantoven	47
INVELTYS	65	JANUMET	54
INVIRASE, COMPRIMIDOS ORALES	21	JANUMET XR, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA, MULTIFÁSICA, 24 HORAS, 50-1,000 MG, 50-500 MG	55
INVOKAMET	54	JANUMET XR, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA, MULTIFÁSICA, 24 HORAS, 100-1,000 MG	55
INVOKAMET XR	54	JANUVIA	55
INVOKANA	54	JARDIANCE	55
IPOL	60	jasmiel (28)	63
ipratropio-albuterol	67	JEMPERLI	29
irbesartán	46	JENCYCLA	61
irbesartán-hidroclorotiazida	46	JENTADUETO	55
IRESSA	29	JENTADUETO XR, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN INMEDIATA-LIBERACIÓN PROLONGADA, BIFÁSICA, 24 HORAS, 2.5-1,000 MG	55
irinotecán	29	JENTADUETO XR, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN INMEDIATA-LIBERACIÓN PROLONGADA, BIFÁSICA, 24 HORAS, 5-1,000 MG	55
irrigación de solución de lactato sódico compuesta	51	JERINGA PARA INSULINA CON AGUJA, U-100, 0.3 ML CALIBRE 29, 1 ML CALIBRE 29 X 1/2", 1/2 ML CALIBRE 28	54
ISENTRESS, COMPRIMIDOS ORALES	21	JEVTANA	29
ISENTRESS, COMPRIMIDOS ORALES MASTICABLES, 25 MG	21	jolessa	63
ISENTRESS, COMPRIMIDOS ORALES MASTICABLES, 100 MG	21	juleber	63
ISENTRESS, DE DOSIS ALTA	21	JULUCA	21
ISENTRESS, PAQUETE DE POLVO ORAL	21	junel 1.5/30 (21)	63
isibloom	63	junel 1/20 (21)	63
isoniazida, comprimidos orales	24	junel fe 1.5/30 (28)	63
isoniazida, solución oral	24	junel fe 1/20 (28)	63
isosorbida-hidralazina	48	junel fe 24	63
isotretinoína, cápsulas orales, 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg	50		
itraconazol, cápsulas orales	20		
itraconazol, solución oral	20		

Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
K		KYPROLIS	30
KABIVEN	69	L	
KADCYLA	29	labetalol oral	46
kaitlib fe	63	lacosamida, comprimidos orales, 50 mg	35
KALETRA, COMPRIMIDOS ORALES, 100-25 MG	21	lacosamida, comprimidos orales, 100 mg, 150 mg, 200 mg	35
KALETRA, COMPRIMIDOS ORALES, 200-50 MG	21	lacosamida intravenosa	34
kalliga	63	lacosamida, solución oral	34
KALYDECO, COMPRIMIDOS ORALES	67	lactato de amonio	49
KALYDECO, PAQUETE DE GRÁNULOS ORALES	67	lactato de haloperidol inyectable	42
KANJINTI	29	lactato de haloperidol oral	42
kariva (28)	63	lactulosa, solución oral	58
kelnor 1/35 (28)	63	lamivudina, comprimidos orales, 100 mg, 300 mg	21
kelnor 1-50 (28)	63	lamivudina, comprimidos orales, 150 mg	21
KERENDIA	46	lamivudina, solución oral	21
ketoconazol, champú tópico	50	lamivudina-zidovudina	21
ketoconazol, crema tópica	50	lamotrigina, comprimidos orales	35
ketoconazol oral	20	lamotrigina, comprimidos orales masticables dispersables	35
ketorolaco oftálmico (ojos)	65	LANOXIN, COMPRIMIDOS ORALES, 62.5 MCG (0.0625 MG)	48
KEYTRUDA	29	LANOXIN, PEDIÁTRICO	48
KIMMTRAK	29	LANTUS SOLOSTAR U-100, INSULINA	55
KINRIX (PF), JERINGA INTRAMUSCULAR	60	LANTUS U-100, INSULINA	55
KISQALI	29	lapatinib	30
KISQALI FEMARA CO-PACK, COMPRIMIDOS ORALES, 200 MG/DÍA (200 MG X 1), 2.5 MG	29	larin 1.5/30 (21)	63
KISQALI FEMARA CO-PACK, COMPRIMIDOS ORALES, 400 MG/DÍA (200 MG X 2), 2.5 MG	29	larin 1/20 (21)	63
KISQALI FEMARA CO-PACK, COMPRIMIDOS ORALES, 600 MG/DÍA (200 MG X 3), 2.5 MG	29	larin 24 fe	63
KLISYRI	30	larin fe 1.5/30 (28)	63
klor-con	68	larin fe 1/20 (28)	63
klor-con 8	68	latanoprost	65
klor-con 10	68	LATUDA, COMPRIMIDOS ORALES, 80 MG	42
klor-con m10	68	LATUDA, COMPRIMIDOS ORALES, 120 MG, 20 MG, 40 MG, 60 MG	42
klor-con m20	68	layolis fe	63
KLOXXADO	39	ledipasvir-sofosbuvir	21
KORLYM	57	leena 28	63
K-PHOS ORIGINAL	68	leflunomida	61
kurvelo (28)	63	lenalidomida, cápsulas orales, 2.5 mg, 20 mg	30
KYNMOBI, PELÍCULA SUBLINGUAL, 10 MG, 15 MG, 20 MG, 25 MG, 30 MG	36		

Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
lenalidomida, cápsulas orales, 10 mg, 15 mg, 25 mg, 5 mg	30	levotiroxina, comprimidos orales	57
LENVIMA, CÁPSULAS ORALES, 10 MG/DÍA (10 MG X 1), 4 MG	30	levoxyl, comprimidos orales, 100 mcg, 112 mcg, 125 mcg, 137 mcg, 150 mcg, 175 mcg, 200 mcg, 25 mcg, 50 mcg, 75 mcg, 88 mcg	57
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)	30	LEXIVA, SUSPENSIÓN ORAL	21
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)	30	LIBTAYO	30
lessina	63	lidocaína, parche adhesivo tópico, medicado, 5%	49
letrozol	30	lidocaína (pf) intravenosa	44
leucovorina cálcica, comprimidos orales, 5 mg	26	lidocaína (pf), solución inyectable	49
leucovorina cálcica, comprimidos orales, 10 mg, 15 mg, 25 mg	26	lidocaína, pomada tópica	49
leucovorina cálcica inyectable	26	lidocaína-prilocaina, crema tópica	49
LEUKERAN	30	lidocaína viscosa	49
leuprolida subcutánea, kit	30	lincomicina	24
LEVEMIR FLEXTOUCH U-100, INSULINA	55	lindano, champú tópico	51
LEVEMIR U-100, INSULINA	55	linezolida-cloruro de sodio al 0.9%	24
levetiracetam, comprimidos orales	35	linezolida, comprimidos orales	24
levetiracetam, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas	35	linezolida en dextrosa al 5%	24
levetiracetam en nacl (iso-osm.), infusión secundaria intravenosa, 1,000 mg/100 ml, 1,500 mg/100 ml, 500 mg/100 ml	35	linezolida, suspensión oral para reconstitución	24
levetiracetam intravenoso	35	LINZESS	58
levetiracetam, solución oral	35	liotironina oral	57
levobunolol, gotas oftálmicas (ojos), 0.5%	64	lisinopril	46
levocarnitina, comprimidos orales	52	lisinopril-hidroclorotiazida	46
levocarnitina (con azúcar)	52	LIVALO	48
levocarnitina, solución oral, 100 mg/ml	52	l norgest/e.estradiol-e.estrad	63
levocetirizina, comprimidos orales	66	lojaimiess	63
levofloxacin, comprimidos orales	26	LONSURF, COMPRIMIDOS ORALES, 15-6.14 MG	30
levofloxacin en d5w	26	LONSURF, COMPRIMIDOS ORALES, 20-8.19 MG	30
levofloxacin intravenosa	26	loperamida, cápsulas orales	58
levofloxacin, solución oral	26	lopinavir-ritonavir, comprimidos orales, 100-25 mg	21
levonest (28)	63	lopinavir-ritonavir, comprimidos orales, 200-50 mg	21
levonorgestrel-etinilestradiol	63	lopinavir-ritonavir, solución oral	21
levonorg-etinilestradiol trifásico	63	lorazepam, comprimidos orales, 0.5 mg, 1 mg	42
levora-28	63	lorazepam, comprimidos orales, 2 mg	42
LEVO-T	57	lorazepam, concentrado oral	42
		lorazepam, intensol	42
		lorazepam, jeringa inyectable, 2 mg/ml	42
		lorazepam, jeringa oral	42
		lorazepam, solución inyectable	42
		LORBRENA, COMPRIMIDOS ORALES, 25 MG	30
		LORBRENA, COMPRIMIDOS ORALES, 100 MG	30

Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
<i>loryna</i> (28)	63	<i>maleato de proclorperazina</i>	58
<i>losartán</i>	46	<i>maleato de timolol, gotas oftálmicas (ojos)</i>	64
<i>losartán-hidroclorotiazida, comprimidos orales, 50-12.5 mg.</i>	46	<i>maleato de timolol oral</i>	46
<i>losartán-hidroclorotiazida, comprimidos orales, 100-12.5 mg, 100-25 mg</i>	46	<i>maleato de timolol, solución gelificante oftálmica (ojos)</i> ...	65
<i>LOTEMAX</i>	65	<i>maraviroc, comprimidos orales, 150 mg</i>	21
<i>LOTEMAX SM</i>	65	<i>maraviroc, comprimidos orales, 300 mg</i>	21
<i>lovastatina, comprimidos orales, 10 mg</i>	48	<i>MARGENZA</i>	30
<i>lovastatina, comprimidos orales, 20 mg, 40 mg</i>	48	<i>marlissa</i> (28)	63
<i>low-ogestrel</i> (28)	63	<i>MARPLAN</i>	42
<i>lo-zumandimine</i> (28)	63	<i>MARQIBO</i>	30
<i>LUMAKRAS</i>	30	<i>MATULANE</i>	30
<i>LUMIGAN, GOTAS OFTÁLMICAS (OJOS), 0.01%</i>	65	<i>matzim la</i>	46
<i>LUMIZYME</i>	57	<i>MAVYRET, COMPRIMIDOS ORALES</i>	22
<i>LUMOXITI</i>	30	<i>MAVYRET, PÍLDORAS DE ADMINISTRACIÓN ORAL EN PAQUETES</i>	22
<i>LUPRON DEPOT</i>	30	<i>meclizina, comprimidos orales, 12.5 mg, 25 mg</i>	58
<i>LUPRON DEPOT (3 MESES)</i>	30	<i>medroxiprogesterona intramuscular</i>	61
<i>LUPRON DEPOT (4 MESES)</i>	30	<i>medroxiprogesterona oral</i>	61
<i>LUPRON DEPOT (6 MESES)</i>	30	<i>mefloquina</i>	24
<i>LUPRON DEPOT-PED</i>	30	<i>megestrol, comprimidos orales</i>	30
<i>LUPRON DEPOT-PED (3 MESES), KIT CON JERINGA INTRAMUSCULAR, 11.25 MG</i>	30	<i>megestrol, suspensión oral, 400 mg/10 ml (10 ml), 400 mg/10 ml (40 mg/ml), 800 mg/20 ml (20 ml)</i>	30
<i>LUPRON DEPOT-PED (3 MESES), KIT CON JERINGA INTRAMUSCULAR, 30 MG</i>	30	<i>MEKINIST, COMPRIMIDOS ORALES, 0.5 MG</i>	30
<i>lutera</i> (28)	63	<i>MEKINIST, COMPRIMIDOS ORALES, 2 MG</i>	30
<i>LYBALVI</i>	42	<i>MEKTOVI</i>	30
<i>LYNPARZA</i>	30	<i>meloxicam, comprimidos orales, 7.5 mg</i>	39
<i>LYSODREN</i>	30	<i>meloxicam, comprimidos orales, 15 mg</i>	39
<i>LYUMJEV KWIKPEN U-100, INSULINA</i>	55	<i>memantina, cápsulas orales con gránulos, lib. prolongada, 24 horas</i>	37
<i>LYUMJEV KWIKPEN U-200, INSULINA</i>	55	<i>memantina, comprimidos orales, 5 mg</i>	37
<i>LYUMJEV U-100, INSULINA</i>	55	<i>memantina, comprimidos orales, 10 mg</i>	37
<i>lyza</i>	61	<i>memantina, comprimidos orales, paquete dosificado</i>	37
		<i>memantina, solución oral</i>	37
		<i>MENACTRA (PF), SOLUCIÓN INTRAMUSCULAR</i>	60
		<i>MENQUADFI (PF)</i>	60
		<i>MENVEO A-C-Y-W-135-DIP (PF)</i>	60
		<i>mercaptopurina</i>	30
		<i>meropenem</i>	24
		<i>meropenem-cloruro de sodio al 0.9%</i>	24
		<i>merzee</i>	63

M

<i>malatión</i>	51
<i>maleato de asenapina, comprimidos sublinguales, 5 mg</i>	40
<i>maleato de asenapina, comprimidos sublinguales, 10 mg, 2.5 mg</i>	40
<i>maleato de enalapril, comprimidos orales</i>	45

Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
<i>mesalamina, cápsulas orales, liberación prolongada, 24 horas</i>	58	<i>metronidazol tópico</i>	50
<i>mesalamina con pañuelo limpiador</i>	58	<i>metronidazol vaginal</i>	62
<i>mesalamina, enema rectal</i>	58	<i>mexiletina</i>	44
<i>mesilato de ziprasidona</i>	44	<i>micofenolato sódico</i>	31
<i>mesna</i>	26	<i>microgestin 1.5/30 (21)</i>	63
<i>MESNEX ORAL</i>	26	<i>microgestin 1/20 (21)</i>	63
<i>metadate, liberación prolongada</i>	42	<i>microgestin fe 1.5/30 (28)</i>	63
<i>metadona, comprimidos orales, 5 mg</i>	38	<i>microgestin fe 1/20 (28)</i>	63
<i>metadona, comprimidos orales, 10 mg</i>	38	<i>midodrina</i>	52
<i>metadona, concentrado oral</i>	38	<i>miglustato</i>	57
<i>metadona, intensol</i>	38	<i>mili</i>	63
<i>metadona, solución inyectable</i>	38	<i>minociclina, cápsulas orales</i>	26
<i>metadona, solución oral, 5 mg/5 ml</i>	38	<i>minoxidil oral</i>	46
<i>metadona, solución oral, 10 mg/5 ml</i>	38	<i>mirtazapina, comprimidos de desintegración oral</i>	42
<i>metaproterenol, jarabe oral</i>	67	<i>mirtazapina, comprimidos orales</i>	42
<i>metazolamida</i>	65	<i>misoprostol</i>	59
<i>metformina, comprimidos orales, 1,000 mg</i>	55	<i>MITIGARE</i>	60
<i>metformina, comprimidos orales, 500 mg</i>	55	<i>mitomicina intravenosa</i>	30
<i>metformina, comprimidos orales, 850 mg</i>	55	<i>mitoxantrona</i>	30
<i>metformina, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas, 1,000 mg</i>	55	<i>M-M-R II (PF)</i>	60
<i>metformina, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas, 500 mg</i>	55	<i>M-NATAL PLUS</i>	69
<i>metformina, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas, 750 mg</i>	55	<i>modafinil, comprimidos orales, 100 mg</i>	43
<i>metformina, solución oral</i>	55	<i>modafinil, comprimidos orales, 200 mg</i>	43
<i>methylpred dp</i>	53	<i>moexipril</i>	46
<i>metildopa</i>	46	<i>mofetil micofenolato, cápsulas orales</i>	30
<i>metilprednisolona</i>	53	<i>mofetil micofenolato (clorhidrato)</i>	30
<i>metimazol, comprimidos orales, 10 mg, 5 mg</i>	53	<i>mofetil micofenolato, comprimidos orales</i>	31
<i>metirosina</i>	46	<i>mofetil micofenolato, suspensión oral para reconstitución</i>	30
<i>metocarbamol, comprimidos orales, 500 mg, 750 mg</i>	37	<i>molindona</i>	43
<i>metolazona</i>	46	<i>mometasona tópica</i>	51
<i>metotrexato sódico inyectable</i>	30	<i>MONJUVI</i>	30
<i>metotrexato sódico oral</i>	30	<i>monohidrato de doxiciclina, cápsulas orales, 100 mg, 50 mg</i>	26
<i>metotrexato sódico (pf)</i>	30	<i>monohidrato de doxiciclina, comprimidos orales</i>	26
<i>metoxaleno</i>	49	<i>monohidrato de doxiciclina, suspensión oral para reconstitución</i>	26
<i>metro intravenoso</i>	24	<i>monohidrato de nitrofurantoína/macrocrist.</i>	26
<i>metronidazol, comprimidos orales</i>	24	<i>mono-lynyah</i>	63
<i>metronidazol en nacl (iso-osm.)</i>	24	<i>mononitrato de isosorbida</i>	48

Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
montelukast, comprimidos orales	67	naltrexona	39
montelukast, comprimidos orales masticables	67	NAMZARIC	37
montelukast, paquete de gránulos orales	67	naproxeno, comprimidos orales	39
morfina, comprimidos orales, liberación prolongada	38	naproxeno, comprimidos orales, liberación retardada (dr/ec)	39
morfina, jeringa intravenosa	38	naproxeno sódico, comprimidos orales, 275 mg, 550 mg	39
morfina, jeringa inyectable, 8 mg/ml	38	naproxeno, suspensión oral	39
morfina (pf), solución inyectable, 0.5 mg/ml, 1 mg/ml	38	naratriptán	36
morfina, solución intravenosa, 10 mg/ml, 4 mg/ml, 8 mg/ml	38	NARCAN	39
morfina, solución inyectable, 10 mg/ml, 8 mg/ml	38	NATACYN	64
morfina, solución oral	38	nateglinida, comprimidos orales, 60 mg	55
morfina, solución oral concentrada	38	nateglinida, comprimidos orales, 120 mg	55
MORPHINE, COMPRIMIDOS ORALES	38	NATPARA	57
MORPHINE, JERINGA INYECTABLE, 2 MG/ML, 4 MG/ML	38	NAYZILAM	35
MORPHINE, SOLUCIÓN INYECTABLE, 2 MG/ML, 4 MG/ML, 5 MG/ML	38	nebivolol	46
MOUNJARO	55	necon 0.5/35 (28)	63
MOVANTIK	58	nefazodona	43
moxifloxacin-aacetato sódico, sulfato en agua	26	NELARABINE	31
moxifloxacin-acloruro de sodio (iso)	26	neomicina	25
moxifloxacin-aftálmica (ojos)	64	neomicina-bacitracina-polimixina	64
MOZOBIL	59	neomicina-bacitracina-polimixina-hc	65
mupirocina	50	neomicina-polimixina b-dexametasona	65
mupirocina cálcica	50	neomicina-polimixina b gu	51
MVASI	30	neomicina-polimixina-gramicidina	64
MYLOTARG	31	neomicina-polimixina-hc oftálmica (ojos)	65
MYRBETRIQ, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA, 24 HORAS	68	neomicina-polimixina-hidroclortisona ótica (oído)	53
N		neo-polycin	64
nabumetona	39	neo-polycin hc	65
nadolol	46	NERLYNX	31
naftilina en dextrosa, iso-osm	26	NEUPRO	36
naftilina inyectable	26	nevirapina, comprimidos orales	22
naftilina, sol. para reconst. intravenosa, 2 gramos	26	nevirapina, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas, 100 mg	22
NAGLAZYME	57	nevirapina, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas, 400 mg	22
naloxona, jeringa inyectable, 1 mg/ml	39	nevirapina, suspensión oral	22
naloxona nasal	39	NEXAVAR	31
naloxona, solución inyectable	39	NEXLETOL	48
		NEXLIZET	48
		niacina, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas	48

Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
<i>nicardipina oral</i>	46	NUCALA, AUTOINYECTOR, VÍA SUBCUTÁNEA	67
<i>nicardipina, solución intravenosa</i>	46	NUCALA, JERINGA SUBCUTÁNEA, 40 MG/0.4 ML	67
NICOTROL	52	NUCALA, JERINGA SUBCUTÁNEA, 100 MG/ML	67
<i>nifedipina, comprimidos orales, liberación prolongada</i>	46	NUEDEXTA	37
<i>nifedipina, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas</i>	46	NULOJIX	31
<i>nikki (28)</i>	63	NUPLAZID	43
<i>nilutamida</i>	31	NUZYRA INTRAVENOSO	26
<i>nimodipina</i>	46	NUZYRA ORAL	26
NINLARO	31	<i>nyamyc</i>	50
NIPENT	31	<i>nylia 1/35 (28)</i>	63
<i>nistatina, comprimidos orales</i>	20	<i>nylia 7/7/7 (28)</i>	63
<i>nistatina, crema tópica</i>	50	<i>nymyo</i>	63
<i>nistatina, polvo tópico</i>	50	<i>nystop</i>	50
<i>nistatina, pomada tópica</i>	50		
<i>nistatina, suspensión oral</i>	20	O	
<i>nistatina-triamcinolona</i>	50	OCALIVA	58
<i>nitazoxanida</i>	25	<i>ocella</i>	63
<i>nitisinona</i>	52	OCREVUS	37
<i>nitrofurantoína</i>	26	ODEFSEY	22
<i>nitroglicerina intravenosa</i>	48	ODOMZO	31
<i>nitroglicerina, parche transdérmico, 24 horas</i>	48	OFEV	67
<i>nitroglicerina sublingual</i>	48	<i>ofloxacina oftálmica (ojos)</i>	64
<i>nitroglicerina, translingual</i>	48	OGIVRI	31
NIVESTYM	59	<i>olanzapina, comprimidos de desintegración oral, 10 mg, 5 mg</i>	43
<i>nora-be</i>	62	<i>olanzapina, comprimidos de desintegración oral, 15 mg, 20 mg</i>	43
<i>noret.-etinilestradiol/hierro</i>	63	<i>olanzapina, comprimidos orales, 10 mg, 2.5 mg, 5 mg, 7.5 mg</i>	43
<i>noretisterona ac-etinilestradiol, comprimidos orales, 1-20 mg-mcg, 1.5-30 mg-mcg</i>	63	<i>olanzapina, comprimidos orales, 15 mg, 20 mg</i>	43
<i>noretisterona (anticonceptivo)</i>	62	<i>olanzapina intramuscular</i>	43
<i>noretisterona-etinilestradiol-hierro</i>	63	<i>olmesartán</i>	46
<i>norgestimato-etinilestradiol</i>	63	<i>olmesartán-hidroclorotiazida</i>	46
<i>nortrel 0.5/35 (28)</i>	63	<i>olopatadina oftálmica (ojos)</i>	65
<i>nortrel 1/35 (21)</i>	63	<i>omeprazol, cápsulas orales, liberación retardada (dr/ec)</i> ..	59
<i>nortrel 1/35 (28)</i>	63	OMNIPOD 5 G6 INTRO KIT (GEN 5)	55
<i>nortrel 7/7/7 (28)</i>	63	OMNIPOD 5 G6 PODS (GEN 5)	55
<i>nortriptilina</i>	43	OMNIPOD CLASSIC PDM KIT (GEN 3)	55
NORVIR, PAQUETE DE POLVO ORAL	22	OMNIPOD CLASSIC PODS (GEN 3)	55
NORVIR, SOLUCIÓN ORAL	22	OMNIPOD DASH INTRO KIT (GEN 4)	55
NUBEQA	31		

Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
OMNIPOD DASH PODS (GEN 4)	55	P	
ONCASPAR	31	<i>pacerona, comprimidos orales, 100 mg, 400 mg</i>	44
<i>ondansetrón</i>	58	<i>pacerona, comprimidos orales, 200 mg</i>	44
ONIVYDE	31	<i>paclitaxel</i>	31
ONUREG	31	<i>paclitaxel ligado a proteínas</i>	31
OPDIVO	31	<i>PADCEV</i>	31
<i>opdualag</i>	31	<i>PA; LA; NDS</i>	47
OPSUMIT	67	<i>PA; LA; NDS</i>	47
<i>oralone</i>	52	<i>paliperidona, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas, 1.5 mg, 9 mg</i>	43
ORENCIA CLICKJECT	61	<i>paliperidona, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas, 3 mg, 6 mg</i>	43
ORENCIA, JERINGA SUBCUTÁNEA, 50 MG/0.4 ML	61	<i>pamidronato</i>	57
ORENCIA, JERINGA SUBCUTÁNEA, 87.5 MG/0.7 ML	61	<i>PA; NDS</i>	47
ORENCIA, JERINGA SUBCUTÁNEA, 125 MG/ML	61	<i>PAÑOS CON ALCOHOL</i>	53
ORGOVYX	31	<i>PANRETIN</i>	49
<i>oseltamivir, cápsulas orales</i>	22	<i>pantoprazol, comprimidos orales, liberación retardada (dr/ec)</i>	59
<i>oseltamivir, suspensión oral para reconstitución</i>	22	<i>PA; QL (1/28); NDS</i>	49
<i>oxacilina inyectable</i>	26	<i>PA; QL (480/30)</i>	34
<i>oxalato de escitalopram, comprimidos orales, 10 mg, 5 mg</i>	41	<i>paricalcitol oral</i>	57
<i>oxalato de escitalopram, comprimidos orales, 20 mg</i>	41	<i>paroex, enjuague bucal</i>	52
<i>oxalato de escitalopram, solución oral</i>	41	<i>paromomicina</i>	25
<i>oxaliplatino</i>	31	<i>PASER</i>	25
<i>oxandrolona, comprimidos orales, 2.5 mg</i>	57	<i>PAXIL, SUSPENSIÓN ORAL</i>	43
<i>oxandrolona, comprimidos orales, 10 mg</i>	57	<i>PEDIARIX (PF)</i>	60
<i>oxaprozina</i>	39	<i>PEDVAX HIB (PF)</i>	60
<i>oxcarbazepina, comprimidos orales</i>	35	<i>peg 3350-electrolitos, sol. para reconst. oral, 236-22.74-6.74-5.86 gramos</i>	58
<i>oxcarbazepina, suspensión oral</i>	35	<i>PEGASYS, JERINGA SUBCUTÁNEA</i>	59
OXERVATE	65	<i>PEGASYS, SOLUCIÓN SUBCUTÁNEA</i>	59
<i>oxiconona-acetaminofeno, comprimidos orales, 10-325 mg, 2.5-325 mg, 5-325 mg, 7.5-325 mg</i>	38	<i>peg-electrolitos, solución</i>	58
<i>oxiconona, comprimidos orales, 5 mg</i>	38	<i>PEMAZYRE</i>	31
<i>oxiconona, comprimidos orales, 10 mg, 15 mg, 20 mg, 30 mg</i>	38	<i>pemetrexed disódico, sol. para reconst. intravenosa</i>	31
<i>oximorfona, comprimidos orales, liberación prolongada, 12 horas</i>	38	<i>penicilamina</i>	61
OZEMPIC, LAPICERA PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA, 0.25 MG O 0.5 MG (2 MG/1.5 ML)	55	<i>penicilina g potásica</i>	26
OZEMPIC, LAPICERA PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA, 1 MG/DOSIS (4 MG/3 ML, 2 MG/DOSIS (8 MG/3 ML)	55	<i>penicilina v potásica</i>	26
		<i>PENTACEL (PF)</i>	60
		<i>pentamidina inyectable</i>	25
		<i>pentamidina para inhalar</i>	25

Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
PENTASA.....	58	PORTRAZZA.....	31
pentoxifilina.....	47	posaconazol.....	20
perfenazina.....	43	POTASSIUM CHLORID-D5-0.45% NACL, SOLUCIÓN PARENTERAL INTRAVENOSA, 10 MEQ/L, 20 MEQ/L, 40 MEQ/L.....	68
perfenazina-amitriptilina.....	43	POTASSIUM CHLORIDE-D5-0.2% NACL, SOLUCIÓN PARENTERAL INTRAVENOSA, 20 MEQ/L.....	69
PERFOROMIST.....	67	POTASSIUM CHLORIDE-D5-0.9% NACL.....	69
PERIKABIVEN.....	69	POTELIGEO.....	31
perindopril erbumina.....	46	pramipexol, comprimidos orales.....	36
PERJETA.....	31	prasugrel.....	47
permetrina.....	51	pravastatina.....	48
PERSERIS.....	43	praziquantel.....	25
pfizerpen-g.....	26	prazosina.....	46
PHESGO.....	31	prednicarato, pomada tópica.....	51
philith.....	63	prednisolona, solución oral.....	53
PHOSLYRA.....	68	prednisona, comprimidos orales.....	53
PHOSPHOLINE IODIDE.....	65	prednisona, comprimidos orales, paquete dosificado, 5 mg, 5 mg (paq. de 48).....	53
PIFELTRO.....	22	prednisona, comprimidos orales, paquete dosificado, 10 mg, 10 mg (paq. de 48).....	53
pimozida.....	43	prednisona, intensol.....	53
pimtree (28).....	63	prednisona, solución oral.....	53
pindolol.....	46	pregabalina, cápsulas orales, 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg.....	35
pioglitazona.....	55	pregabalina, cápsulas orales, 200 mg.....	35
piperacilina-tazobactam.....	26	pregabalina, cápsulas orales, 225 mg, 300 mg.....	35
PIQRAY.....	31	pregabalina, solución oral.....	35
pirazinamida.....	25	PREHEVBRI (PF).....	60
pirfenidona, comprimidos orales, 267 mg.....	67	PREMARIN INYECTABLE.....	62
pirfenidona, comprimidos orales, 801 mg.....	67	PREMARIN ORAL.....	62
PIRFENIDONE, COMPRIMIDOS ORALES, 534 MG.....	67	PREMARIN VAGINAL.....	62
pirimetamina.....	25	PREMASOL 10%.....	69
PIRMELLA, COMPRIMIDOS ORALES, 0.5/0.75/1 MG-35 MCG.....	63	PREMPRO.....	62
pirmella, comprimidos orales, 1-35 mg-mcg.....	63	prenatal plus (carbonato de calcio).....	70
PLENAMINE.....	69	PRENATAL VITAMIN PLUS LOW IRON.....	70
PNV-DHA.....	69	prevalite.....	48
PNV-OMEGA.....	69	PREVYMIS.....	22
PNV-SELECT.....	69	PREZCOBIX.....	22
podofilox.....	49	PREZISTA, COMPRIMIDOS ORALES, 75 MG.....	22
polimixina b sulfato de trimetoprima.....	64	PREZISTA, COMPRIMIDOS ORALES, 150 MG.....	22
POLIVY.....	31		
polycin.....	64		
POMALYST.....	31		
portia 28.....	63		

Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
PREZISTA, COMPRIMIDOS ORALES, 600 MG	22	propionato de fluticasona, pomada tópica	51
PREZISTA, COMPRIMIDOS ORALES, 800 MG	22	propionato de halobetasol, crema tópica	51
PREZISTA, SUSPENSIÓN ORAL	22	propionato de halobetasol, pomada tópica	51
PRIFTIN	25	propranolol, cápsulas orales, liberación prolongada, 24 horas	46
PRIMAQUINE	25	propranolol, comprimidos orales	46
primidona	35	propranolol-hidroclorotiazida	46
PRIVIGEN	60	propranolol, solución oral	46
PR NATAL 400	69	PROQUAD (PF)	60
PR NATAL 400 EC	69	PROSOL 20%	69
PR NATAL 430	69	protriptilina	43
PR NATAL 430 EC	69	PULMOZYME	67
probenecid	60	PURIXAN	31
probenecid/colchicina	60		
PROCALAMINE 3%	69	Q	
proclorperazina	58	QINLOCK	31
PROCROT	59	QL (20/30)	65
procto-med hc	58	QL (30/30)	68
procto-pak	58	QUADRACEL (PF)	60
proctosol hc tópico	58	quetiapina, comprimidos orales, 100 mg, 25 mg, 50 mg	43
proctozone-hc	58	quetiapina, comprimidos orales, 150 mg, 200 mg	43
progesterona micronizada	62	quetiapina, comprimidos orales, 300 mg, 400 mg	43
PROGRAF INTRAVENOSO	31	quetiapina, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas, 150 mg, 200 mg	43
PROGRAF, PAQUETE DE GRÁNULOS ORALES	31	quetiapina, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas, 300 mg, 400 mg, 50 mg	43
PROLASTIN-C, SOL. PARA RECONST. INTRAVENOSA	52	quinapril	46
PROLASTIN-C, SOLUCIÓN INTRAVENOSA	52	quinapril-hidroclorotiazida	46
PROLENSA	65		
PROLEUKIN	59	R	
PROLIA	60	RABAERT (PF)	60
PROMACTA, COMPRIMIDOS ORALES, 12.5 MG, 25 MG, 50 MG	47	raloxifeno	60
PROMACTA, COMPRIMIDOS ORALES, 75 MG	47	ramipril	46
PROMACTA, PAQUETE DE POLVO ORAL, 12.5 MG	47	ranolazina	48
PROMACTA, PAQUETE DE POLVO ORAL, 25 MG	47	rasagilina	36
prometazina, comprimidos orales	66	RAYALDEE	57
prometazina, jarabe oral	66	reclipsen (28)	63
propafenona	44	RECOMBIVAX HB (PF)	60
propiltiouracilo	53	RECTIV	58
propionato de fluticasona, crema tópica	51	REGONOL	37
propionato de fluticasona nasal	67		

Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
REGRANEX	49	rivastigmina	37
REMICADE	58	rivelsa	63
RENACIDIN	68	rizatriptán	36
repaglinida, comprimidos orales, 0.5 mg	56	ROCKLATAN	65
repaglinida, comprimidos orales, 1 mg	56	romidepsina, sol. para reconst. intravenosa	31
repaglinida, comprimidos orales, 2 mg	56	ROMIDEPSIN, SOLUCIÓN INTRAVENOSA	31
REPATHA, JERINGA	48	ropinirol, comprimidos orales	36
REPATHA PUSHTRONEX	48	rosadan, crema tópica	50
REPATHA SURECLICK	48	rosadan, gel tópico	50
RESTASIS	65	rosuvastatina	48
RESTASIS MULTIDOSIS	65	ROTARIX	60
RETEVMO, CÁPSULAS ORALES, 40 MG	31	ROTATEQ, VACUNA	60
RETEVMO, CÁPSULAS ORALES, 80 MG	31	roweepra, comprimidos orales, 500 mg	35
RETROVIR INTRAVENOSO	22	ROZLYTREK, CÁPSULAS ORALES, 100 MG	31
REVLIMID	31	ROZLYTREK, CÁPSULAS ORALES, 200 MG	31
REXULTI	43	RUBRACA	31
REYATAZ, PAQUETE DE POLVO ORAL	22	rufinamida	35
RHOPRESSA	65	RUKOBIA	22
ribavirina, cápsulas orales	22	RUXIENCE	31
ribavirina, comprimidos orales, 200 mg	22	RYBELSUS	56
rifabutina	25	RYBREVANT	31
rifampina	25	RYDAPT	31
riluzol	52	RYLAZE	31
rimantadina	22	RYTARY	36
RINVOQ, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA, 24 HORAS, 15 MG, 45 MG	61		
RINVOQ, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA, 24 HORAS, 30 MG	47	S	
RISPERDAL CONSTA	43	SAJAZIR	67
risperidona, comprimidos de desintegración oral, 0.25 mg, 0.5 mg, 4 mg	43	SAMSCA, COMPRIMIDOS ORALES, 15 MG	57
risperidona, comprimidos de desintegración oral, 1 mg	43	SANCUSO	58
risperidona, comprimidos de desintegración oral, 2 mg	43	SANDIMMUNE, SOLUCIÓN ORAL	31
risperidona, comprimidos de desintegración oral, 3 mg	43	SANTYL	49
risperidona, comprimidos orales, 0.25 mg, 0.5 mg, 4 mg	43	sapropterina	57
risperidona, comprimidos orales, 1 mg	43	SARCLISA	31
risperidona, comprimidos orales, 2 mg	43	SCSEMBLIX, COMPRIMIDOS ORALES, 20 MG	31
risperidona, comprimidos orales, 3 mg	43	SCSEMBLIX, COMPRIMIDOS ORALES, 40 MG	31
risperidona, solución oral	43	SECUADO	43
ritonavir	22	SELZENTRY, COMPRIMIDOS ORALES, 25 MG	22
		SELZENTRY, COMPRIMIDOS ORALES, 150 MG, 75 MG	22
		SELZENTRY, COMPRIMIDOS ORALES, 300 MG	22

Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
SELZENTRY, SOLUCIÓN ORAL	22	SPRITAM	35
SE-NATAL-19	70	SPRYCEL, COMPRIMIDOS ORALES, 20 MG, 70 MG	32
SE-NATAL 19, MASTICABLE	70	SPRYCEL, COMPRIMIDOS ORALES, 100 MG, 140 MG, 50 MG, 80 MG	32
SEREVENT DISKUS	67	sps (con sorbitol)	52
sertralina, comprimidos orales	43	sronyx	64
sertralina, concentrado oral	43	SSD	49
setlakin	63	STAMARIL (PF)	60
sharobel	62	STELARA INTRAVENOSO	49
SHINGRIX (PF)	60	STELARA, JERINGA SUBCUTÁNEA, 45 MG/0.5 ML	49
SIGNIFOR	31	STELARA, JERINGA SUBCUTÁNEA, 90 MG/ML	49
sildenafil (hipertensión pulmonar), comprimidos orales	67	STELARA, SOLUCIÓN SUBCUTÁNEA	49
SIMBRINZA	65	STIVARGA	32
simliya (28)	64	STRIBILD	22
simpeesse	64	subvenite	35
SIMULECT	31	subvenite, paquete inicial (azul)	35
simvastatina, comprimidos orales	48	subvenite, paquete inicial (naranja)	35
sirolimus, comprimidos orales	32	subvenite, paquete inicial (verde)	35
sirolimus, solución oral	31	succinato de desvenlafaxina, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas, 25 mg	40
SIRTURO	25	succinato de desvenlafaxina, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas, 50 mg	40
SIVEXTRO INTRAVENOSO	25	succinato de desvenlafaxina, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas, 100 mg	40
SIVEXTRO ORAL	25	succinato de loxapina	42
SKYRIZI, INTRAVENOSO	49	succinato de metoprolol	46
SKYRIZI, INYECTOR PONIBLE SUBCUTÁNEO	58	succinato de sumatriptán oral	36
SKYRIZI, JERINGA SUBCUTÁNEA, 150 MG/ML	49	succinato de sumatriptán, solución subcutánea	36
SKYRIZI, KIT DE JERINGA SUBCUTÁNEA	49	succinato de sumatriptán, subcutáneo en cartucho	36
SKYRIZI, LAPICERA PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA	49	succinato de sumatriptán, subcutáneo en lapicera	36
SOLQUA 100/33	56	succinato sódico de cloranfenicol	24
SOLTAMOX	32	succinato sódico de metilprednisolona intravenoso	53
solución de lactato sódico compuesta intravenosa	68	succinato sódico de metilprednisolona, sol. para reconst. inject., 125 mg, 40 mg	53
solución de lactato sódico compuesta intravenosa	69	SUCRAID	58
SOLU-CORTEF ACT-O-VIAL (PF)	53	sucralfato, comprimidos orales	59
SOMATULINE DEPOT	32	sulfacetamida-prednisolona	65
SOMAVERT	57	sulfacetamida sódica (acné)	50
sorafenib	32	sulfacetamida sódica, gotas oftálmicas (ojos)	65
sorine	44	sulfadiazina	26
sotalol af	44		
sotalol oral	44		
SOTYLIZE	44		
sprintec (28)	64		

Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
sulfadiazina de plata	49	SYNJARDY XR, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN INMEDIATA-LIBERACIÓN PROLONGADA, BIFÁSICA, 24 HORAS, 10-1,000 MG, 12.5-1,000 MG, 5-1,000 MG	56
sulfametoxazol-trimetoprima, comprimidos orales	26	SYNJARDY XR, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN INMEDIATA-LIBERACIÓN PROLONGADA, BIFÁSICA, 24 HORAS, 25-1,000 MG. ...	56
sulfametoxazol/trimetoprima intravenoso	26	SYNRIBO	32
sulfametoxazol-trimetoprima, suspensión oral	26	SYNTHROID	57
sulfasalazina	59		
sulfato de albuterol, comprimidos orales	66	T	
sulfato de albuterol, comprimidos orales, liberación prolongada, 12 horas	66	TABLOID	32
sulfato de albuterol, jarabe oral	66	TABRECTA	32
sulfato de albuterol para inhalar, inhalador en aerosol de hfa, 90 mcg/activación	66	tacrolimus oral	32
sulfato de albuterol para inhalar, inhalador en aerosol de hfa, 90 mcg/activación (NDA020503)	66	tacrolimus tópico	49
sulfato de albuterol para inhalar, solución para nebulización	66	TADALAFIL (HIPERTENSIÓN PULMONAR)	67
sulfato de dextroanfetamina, cápsulas orales, liberación prolongada	40	TAFINLAR	32
sulfato de dextroanfetamina, comprimidos orales	40	TAGRISSO	32
sulfato de gentamicina (pediátrico) (pf)	24	TALICIA	59
sulfato de magnesio en agua	68	TALTZ, JERINGA	49
sulfato de magnesio en d5w, infusión secundaria intravenosa, 1 gramo/100 ml	68	TALZENNA, CÁPSULAS ORALES, 0.5 MG, 0.75 MG, 1 MG	32
sulfato de magnesio inyectable	68	TALZENNA, CÁPSULAS ORALES, 0.25 MG	32
sulfato de quinidina, comprimidos orales	44	tamoxifeno	32
sulfato de quinina	25	tamsulosina	68
sulfato de tobramicina	25	TARGRETIN TÓPICO	32
sulfonato de poliestireno sódico, polvo oral	52	tarina 24 fe	64
sulfuro de selenio, loción tópica	49	tarina fe 1/20 (28)	64
sulindaco	39	tarina fe 1-20 eq (28)	64
sumatriptán, rociador nasal no aerosol, 5 mg/activación ..	36	TARON-C DHA	70
sumatriptán, rociador nasal no aerosol, 20 mg/activación .	36	tartrato de metoprolol, comprimidos orales, 100 mg, 25 mg, 50 mg	46
SUNITINIB	32	tartrato de metoprolol-hidroclorotiazida	46
SUPREP, KIT DE PREPARACIÓN INTESTINAL	59	tartrato de rivastigmina	37
SUTAB	59	TASIGNA, CÁPSULAS ORALES, 50 MG	32
SUTENT	32	TASIGNA, CÁPSULAS ORALES, 150 MG, 200 MG	32
syeda	64	taysofy	64
SYMPAZAN	35	tazaroteno, crema tópica	50
SYMTUZA	22	tazaroteno, gel tópico	50
SYNAREL	57	tazicef	23
SYNJARDY	56	TAZORAC, CREMA TÓPICA, 0.05%	50

Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
TAZORAC, GEL TÓPICO	50	THALOMID, CÁPSULAS ORALES, 100 MG, 150 MG, 50 MG	32
taztia xt, cápsulas orales, liberación prolongada, 24 horas, 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg.....	46	THALOMID, CÁPSULAS ORALES, 200 MG	32
TAZVERIK	32	tiadylt, liberación prolongada	46
TDVAX	60	tiagabina	35
TECENTRIQ	32	TIBSOVO	32
TECHLITE, AGUJA PARA LAPICERA	56	TICE BCG	60
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"....	56	TICOVAC	60
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".....	56	tigeciclina	25
TEFLARO	23	TILIA FE	64
telmisartán	46	tioridazina	43
TEMIXYS	22	tiotepa	32
TEMODAR INTRAVENOSO	32	tiotixeno	43
temsirolimus	32	tis-u-sol pentailito	51
TENIVAC (PF).....	60	TIVDAK	32
teofilina, comprimidos orales, liberación prolongada, 12 horas, 300 mg, 450 mg	67	TIVICAY, COMPRIMIDOS ORALES, 10 MG.....	22
teofilina, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas	67	TIVICAY, COMPRIMIDOS ORALES, 25 MG, 50 MG	22
TEPMETKO	32	TIVICAY PD	22
terazosina, cápsulas orales, 1 mg, 2 mg, 5 mg	46	tizanidina, comprimidos orales	37
terazosina, cápsulas orales, 10 mg	46	TOBRADEX ST	65
terbutalina	67	tobramicina-dexametasona	65
terconazol	62	tobramicina en nacl al 0.225%.....	25
TERIPARATIDE	60	tobramicina oftálmica (ojos)	64
testosterona, gel transdérmico	57	tolterodina, cápsulas orales, liberación prolongada, 24 horas	68
testosterona, gel transdérmico en bomba con dosis medidas, 12.5 mg/1.25 gramos (1%)	57	tolterodina, comprimidos orales.....	68
testosterona, gel transdérmico en paquete, 1% (25 mg/2.5 gramos), 1% (50 mg/5 gramos)	57	TOLVAPTAN, COMPRIMIDOS ORALES, 15 MG	57
TETANUS, DIPHTHERIA TOX PEDIÁTRICA (PF)	60	tolvaptán, comprimidos orales	57
tetrabenazina, comprimidos orales, 12.5 mg.....	37	topimarato, comprimidos orales	35
tetrabenazina, comprimidos orales, 25 mg	37	topiramato, cápsulas orales, con gránulos.....	35
tetraciclina	26	toposar	32
		topotecán, sol. para reconst. intravenosa	32
		topotecán, solución intravenosa, 4 mg/4 ml (1 mg/ml)	32
		toremifeno	32
		torsemida oral	46
		TOUJEO MAX U-300 SOLOSTAR	56
		TOUJEO SOLOSTAR U-300, INSULINA	56
		TRADJENTA	56
		tramadol-acetaminofeno	39
		tramadol, comprimidos orales, 50 mg	39

Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
<i>trandolapril</i>	46	<i>tri-lo-estarylla</i>	64
<i>tranilcipromina</i>	44	<i>TRI-LO-MARZIA</i>	64
<i>TRAVASOL 10%</i>	69	<i>tri-lo-mili</i>	64
<i>travoprost</i>	65	<i>tri-lo-sprintec</i>	64
<i>TRAZIMERA</i>	32	<i>trimetoprima</i>	26
<i>trazodona</i>	44	<i>tri-mili</i>	64
<i>TREANDA</i>	32	<i>trimipramina</i>	44
<i>TRECTOR</i>	25	<i>TRINATAL RX 1</i>	70
<i>TRELEGY ELLIPTA</i>	67	<i>TRINTELLIX</i>	44
<i>TRELSTAR, SUSPENSIÓN INTRAMUSCULAR PARA RECONSTITUCIÓN</i>	32	<i>tri-nymyo</i>	64
<i>TRESIBA FLEXTOUCH U-100</i>	56	<i>trióxido de arsénico</i>	27
<i>TRESIBA FLEXTOUCH U-200</i>	56	<i>TRIPTODUR</i>	32
<i>TRESIBA U-100, INSULINA</i>	56	<i>tri-sprintec (28)</i>	64
<i>tretinoína (antineoplásico)</i>	32	<i>TRIUMEQ</i>	22
<i>tretinoína, crema tópica</i>	50	<i>TRIUMEQ PD</i>	22
<i>tretinoína, gel tópico, 0.01%</i>	50	<i>trivora (28)</i>	64
<i>tretinoína, gel tópico, 0.025%, 0.05%</i>	50	<i>tri-vylibra</i>	64
<i>tretinoína, microesferas, gel tópico al 0.1%</i>	50	<i>tri-vylibra lo</i>	64
<i>tretinoína, microesferas, gel tópico con bomba al 0.1%</i>	50	<i>TRIZIVIR</i>	22
<i>triamtereno-hidroclorotiazida</i>	46	<i>TRODELVY</i>	32
<i>triderm, crema tópica, 0.1%</i>	51	<i>TROGARZO</i>	22
<i>trientina</i>	52	<i>TROPHAMINE 10%</i>	69
<i>tri-estarylla</i>	64	<i>TRULICITY</i>	56
<i>tri femynor</i>	64	<i>TRUMENBA</i>	60
<i>trifluoperazina, comprimidos orales, 1 mg</i>	44	<i>TRUSELTIQ, CÁPSULAS ORALES, 100 MG/DÍA (100 MG X 1)</i>	32
<i>trifluoperazina, comprimidos orales, 10 mg, 2 mg, 5 mg</i>	44	<i>TRUSELTIQ, CÁPSULAS ORALES, 125 MG/DÍA (100 MG X 1-25 MG X 1), 50 MG/DÍA (25 MG X 2), 75 MG/DÍA (25 MG X 3)</i>	32
<i>trifluridina</i>	64	<i>TRUXIMA</i>	32
<i>TRIJARDY XR, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN INMEDIATA-LIBERACIÓN PROLONGADA, BIFÁSICA, 24 HORAS, 10-5-1,000 MG, 25-5-1,000 MG</i>	56	<i>TUKYSA, COMPRIMIDOS ORALES, 50 MG</i>	32
<i>TRIJARDY XR, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN INMEDIATA-LIBERACIÓN PROLONGADA, BIFÁSICA, 24 HORAS, 12.5-2.5-1,000 MG, 5-2.5-1,000 MG</i>	56	<i>TUKYSA, COMPRIMIDOS ORALES, 150 MG</i>	32
<i>TRIKAFTA, COMPRIMIDOS ORALES, TERAPIA SECUENCIAL, 50-25-37.5 MG (D)/75 MG (N)</i>	67	<i>TULANA</i>	62
<i>TRIKAFTA, COMPRIMIDOS ORALES, TERAPIA SECUENCIAL, 100-50-75 MG (D)/150 MG (N)</i>	67	<i>TURALIO</i>	32
<i>tri-legest fe</i>	64	<i>TWINRIX (PF)</i>	60
<i>tri-linyah</i>	64	<i>TYBLUME</i>	64
		<i>tydemy</i>	64
		<i>TYMLOS</i>	60
		<i>TYPHIM VI</i>	60

Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
U			
<i>unithroid</i>	57	VANCOMYCIN-WATER, INYECTABLE (PEG)	25
UNITUXIN	33	vandazol	62
UPTRAVI ORAL	46	VAQTA (PF)	60
ursodiol, cápsulas orales, 300 mg	59	vareniclina	52
ursodiol, comprimidos orales	59	VARIVAX (PF)	60
V		VARIZIG	60
valaciclovir, comprimidos orales, 1 gramo	22	VASCEPA	48
valaciclovir, comprimidos orales, 500 mg	22	VECTIBIX	33
VALCHLOR	49	VEKLURY	22
valerato de betametasona, crema tópica	50	VELCADE	33
valerato de betametasona, loción tópica	50	velivet, régimen trifásico (28)	64
valerato de betametasona, pomada tópica	50	VELPHORO	52
valerato de estradiol, aceite intramuscular, 20 mg/ml, 40 mg/ml	61	VELTASSA	52
valerato de hidrocortisona	51	VEMLIDY	22
valganciclovir, comprimidos orales	22	VENCLEXTA, COMPRIMIDOS ORALES, 10 MG	33
valganciclovir, sol. para reconst. oral	22	VENCLEXTA, COMPRIMIDOS ORALES, 50 MG	33
valproato sódico	35	VENCLEXTA, COMPRIMIDOS ORALES, 100 MG	33
valrubicina	33	VENCLEXTA, PAQUETE INICIAL	33
valsartán, comprimidos orales, 160 mg, 40 mg, 80 mg ...	46	venlafaxina, cápsulas orales, liberación prolongada, 24 horas, 75 mg	44
valsartán, comprimidos orales, 320 mg	47	venlafaxina, cápsulas orales, liberación prolongada, 24 horas, 150 mg, 37.5 mg	44
valsartán-hidroclorotiazida	47	venlafaxina, comprimidos orales, 50 mg, 75 mg	44
VALTOCO	35	venlafaxina, comprimidos orales, 100 mg, 25 mg, 37.5 mg	44
vancomicina, cápsulas orales, 125 mg	25	VENTAVIS	67
vancomicina, cápsulas orales, 250 mg	25	VENTOLIN HFA	67
vancomicina en dextrosa al 5%, infusión secundaria intravenosa, 500 mg/100 ml	25	VERAPAMIL, CÁPSULAS ORALES, PÍLDORAS DE LIB. PROL., 24 HORAS, 360 MG	47
vancomicina inyectable	25	verapamilo, cápsulas orales, píldoras ct de lib. prol., 24 horas	47
vancomicina, sol. para reconst. intravenosa, 1,000 mg, 10 gramos, 5 gramos, 500 mg, 750 mg	25	verapamilo, cápsulas orales, píldoras de lib. prol., 24 horas, 120 mg, 180 mg, 240 mg	47
vancomicina, sol. para reconst. intravenosa, 1.5 gramos ..	26	verapamilo, comprimidos orales	47
VANCOMYCIN EN CLORURO DE SODIO AL 0.9%, INFUSIÓN SECUNDARIA INTRAVENOSA	25	verapamilo, comprimidos orales, liberación prolongada ...	47
VANCOMYCIN EN DEXTROSA AL 5%, INFUSIÓN SECUNDARIA INTRAVENOSA, 1 GRAMO/200 ML, 750 MG/150 ML	25	verapamilo, solución intravenosa	47
VANCOMYCIN, SOL. PARA RECONST. INTRAVENOSA, 1.25 GRAMOS	25	VERQUVO	48
		VERSACLOZ	44
		VERZENIO	33
		vestura (28)	64
		V-GO 20	56

Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
V-GO 30	56	VOTRIENT.....	33
V-GO 40	56	VRAYLAR, CÁPSULAS ORALES.....	44
VICTOZA 2-PAK.....	56	VRAYLAR, CÁPSULAS ORALES, PAQUETE DOSIFICADO	44
VICTOZA 3-PAK.....	56	VUMERITY	37
vienva	64	vyfemla (28).....	64
vigabatrina	35	vylibra	64
vigadrone	35	VYNDAMAX	48
VIIBRYD, COMPRIMIDOS ORALES.....	44	VYNDAQEL.....	48
VIIBRYD, COMPRIMIDOS ORALES, PAQUETE DOSIFICADO, 10 MG (7), 20 MG (23)	44	VYXEOS.....	33
vilazodona	44		
VIMPAT, COMPRIMIDOS ORALES, 50 MG	35	W	
VIMPAT, COMPRIMIDOS ORALES, 100 MG, 150 MG, 200 MG	35	warfarina.....	47
VIMPAT INTRAVENOSO.....	35	WELIREG.....	33
VIMPAT, SOLUCIÓN ORAL	35	wera (28)	64
vinblastina	33	westab plus	70
vincasar pfs	33	westgel dha	70
vincristina	33	wymzya fe	64
vinorelbina	33		
VIOKACE.....	59	X	
VIORELE (28).....	64	XALKORI	33
VIRACEPT, COMPRIMIDOS ORALES, 250 MG	22	XARELTO.....	47
VIRACEPT, COMPRIMIDOS ORALES, 625 MG	22	XARELTO, TRATAMIENTO INICIAL PARA TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA/EMBOLIA PULMONAR, 30 DÍAS ..	47
VIREAD, COMPRIMIDOS ORALES, 150 MG, 200 MG, 250 MG	23	XATMEP.....	33
VIREAD, POLVO ORAL.....	23	XCOPRI, COMPRIMIDOS ORALES, 50 MG	36
VIRT-NATE DHA	70	XCOPRI, COMPRIMIDOS ORALES, 100 MG	36
VIRT-PN DHA.....	70	XCOPRI, COMPRIMIDOS ORALES, 150 MG, 200 MG ...	36
VITRAKVI, CÁPSULAS ORALES, 25 MG.....	33	XCOPRI, PAQUETE DE AJUSTE DE DOSIS, COMPRIMIDOS ORALES, PAQUETE DOSIFICADO, 12.5 MG (14)-25 MG (14), 150 MG (14)-200 MG (14)	36
VITRAKVI, CÁPSULAS ORALES, 100 MG	33	XCOPRI, PAQUETE DE AJUSTE DE DOSIS, COMPRIMIDOS ORALES, PAQUETE DOSIFICADO, 50 MG (14)-100 MG (14).....	36
VITRAKVI, SOLUCIÓN ORAL.....	33	XCOPRI, PAQUETE DE MANTENIMIENTO, COMPRIMIDOS ORALES, 250 MG/DÍA (150 MG X 1-100 MG X 1)	36
VIVITROL.....	39	XCOPRI, PAQUETE DE MANTENIMIENTO, COMPRIMIDOS ORALES, 350 MG/DÍA (200 MG X 1-150 MG X 1)	36
VIZIMPRO	33	XELJANZ, COMPRIMIDOS ORALES.....	61
volnea (28).....	64		
VONJO	33		
voriconazol, comprimidos orales.....	20		
voriconazol intravenoso	20		
voriconazol, suspensión oral para reconstitución	20		
VOSEVI	23		

Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
XELJANZ, SOLUCIÓN ORAL	61	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	59
XELJANZ XR	61	ZEPZELCA	33
XGEVA	27	ZERVIAE	65
XIAFLEX	52	zidovudina, cápsulas orales	23
XIFAXAN, COMPRIMIDOS ORALES, 550 MG	25	zidovudina, comprimidos orales	23
XIIDRA	65	zidovudina, jarabe oral	23
XOLAIR, JERINGA SUBCUTÁNEA, 75 MG/0.5 ML	67	ZIEXTENZO	59
XOLAIR, JERINGA SUBCUTÁNEA, 150 MG/ML	67	ZIRABEV	33
XOLAIR, SOL. PARA RECONST. SUBCUTÁNEA	67	ZIRGAN	64
XOSPATA	33	ZOLADEX	33
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)	33	ZOLINZA	33
XTAMPZA ER	38	zolpidem, comprimidos orales	44
XTANDI, CÁPSULAS ORALES	33	ZONISADE	36
XTANDI, COMPRIMIDOS ORALES, 40 MG	33	zonisamida	36
XTANDI, COMPRIMIDOS ORALES, 80 MG	33	ZORTRESS, COMPRIMIDOS ORALES, 1 MG	33
XULTOPHY 100/3.6	56	zovia 1-35 (28)	64
XYWAV	44	ZTALMY	36
		ZTLIDO	49
Y		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	39
YERVOY	33	ZUBSOLV, COMPRIMIDOS SUBLINGUALES, 8.6-2.1 MG	39
YF-VAX (PF), SUSPENSIÓN SUBCUTÁNEA PARA RECONSTITUCIÓN, 10 EXP 4.74 UNIDADES/0.5 ML	60	zumandimine (28)	64
YONDELIS	33	ZYDELIG	33
Z		ZYKADIA	33
zafirlukast	68	ZYNLONTA	33
zaleplon, cápsulas orales, 5 mg	44	ZYPREXA RELPREVV, SUSPENSIÓN I NTRAMUSCULAR PARA RECONSTITUCIÓN, 210 MG, 300 MG	44
zaleplon, cápsulas orales, 10 mg	44	ZYPREXA RELPREVV, SUSPENSIÓN INTRAMUSCULAR PARA RECONSTITUCIÓN, 405 MG	44
ZALTRAP	33		
ZANOSAR	33		
ZARXIO	59		
ZATEAN-PN DHA	70		
ZATEAN-PN PLUS	70		
ZEJULA	33		
ZELBORAF	33		

Notas

[illegible]

Notas

[illegible]

Notificación Contra la Discriminación: La Discriminación es Contra la Ley

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

Cigna:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Notificación Contra la Discriminación: La Discriminación es Contra la Ley

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

Cigna:

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

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

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

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

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

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

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

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

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



1-800-222-6700 (TTY 711)



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



CignaMedicare.com