

Planes de medicamentos con receta de Medicare

# Lista de medicamentos completa (Formulario) de Cigna Healthcare para 2024

**Lea este aviso:**

**Este documento contiene información sobre todos los medicamentos que cubrimos en este plan.**

**Plan de cobertura**

Cigna Healthcare Secure Rx (PDP)



HPMS Approved Formulary File Submission 00024185, Version Number 12.

Este Formulario se actualizó el 1 de marzo de 2024. Para obtener información más reciente o si tiene otras preguntas, comuníquese con Servicio al Cliente de Cigna Healthcare 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. Es posible 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 y la red de farmacias pueden cambiar en cualquier momento.



**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 Healthcare. Cuando hace referencia al “plan” o a “nuestro plan”, significa Cigna Healthcare Secure Rx (PDP).

Este documento incluye una Lista de medicamentos (Formulario) para nuestros planes, que está actualizada a marzo de 2024. 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 y/o los copagos/el coseguro pueden cambiar el 1 de enero de 2025, y ocasionalmente durante el año.

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

Una Lista de medicamentos es una lista de medicamentos cubiertos seleccionados por Cigna Healthcare 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 Healthcare 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 Healthcare 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 (EOC, por sus siglas en inglés).

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

La mayoría de los cambios en la cobertura de un medicamento se hacen 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 Healthcare?”.

- **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 Healthcare?”.

**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 2024 que estaba cubierto al comienzo del año, no interrumpiremos ni reduciremos la cobertura del medicamento durante el año de cobertura 2024, 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 marzo de 2024. Para obtener información actualizada sobre los medicamentos cubiertos por Cigna Healthcare, comuníquese con nosotros. Nuestra información de contacto aparece en la portada y la contraportada. Si se realizan cambios significativos en la Lista de medicamentos impresa dentro del año cubierto, es posible que se le notifique por correo, identificando los cambios. Las Listas de medicamentos publicadas en nuestro sitio web se revisan y actualizan en forma mensual.

### **¿Cómo uso la Lista de medicamentos?**

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

#### **Condición médica**

La Lista de medicamentos comienza en la página 10. Los medicamentos incluidos en esta Lista de medicamentos están agrupados en categorías, según el tipo de condiciones médicas para las que se usen. Por ejemplo, los medicamentos utilizados para tratar una condición cardíaca se enumeran en la categoría “CARDIOVASCULARES, HIPERTENSIÓN/LÍPIDOS”. Si sabe para qué se usa su medicamento, busque el nombre de la categoría en la lista que comienza en la página 10. Luego, busque su medicamento bajo el nombre de la categoría.

#### **Índice de medicamentos cubiertos**

Si no sabe con certeza en qué categoría buscar, debe buscar su medicamento en el Índice de medicamentos cubiertos que comienza en la página 58. 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 Healthcare 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 Healthcare les exige a usted o a su médico que obtengan autorización previa para determinados medicamentos. Esto significa que deberá obtener la aprobación de Cigna Healthcare antes de despachar estos medicamentos con receta. Si usted no consigue la aprobación, es posible que Cigna Healthcare no cubra el medicamento.
- **Límites a la cantidad:** Para determinados medicamentos, Cigna Healthcare limita la cantidad del medicamento que cubrirá. Por ejemplo, Cigna Healthcare 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 Healthcare 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 Healthcare no cubra el medicamento B a menos que usted pruebe primero el Medicamento A. Si el Medicamento A no resulta efectivo para usted, Cigna Healthcare cubrirá entonces el Medicamento B.
- **Sin suministro extendido:** Para determinados medicamentos, Cigna Healthcare limita la cantidad del medicamento que cubrirá a un suministro para únicamente 30 días o menos, cada vez. Por ejemplo, los clientes que no hayan despachado recientemente ningún analgésico opioide dentro de los últimos 108 días (conocidos como “pacientes sin tratamiento previo con opioides”) tienen un límite de un suministro máximo de 7 días de analgésicos opioides. Los clientes que han despachado recientemente un analgésico opioide (pacientes con tratamiento previo con opioides) tienen un límite de un suministro máximo de un mes de ese medicamento cada vez. Otros medicamentos de alto costo pueden estar sujetos, además, a una restricción que indica “sin suministro extendido”.

Para averiguar si su medicamento tiene requisitos o límites adicionales, consulte la Lista de medicamentos que comienza en la página 10. También puede obtener más información sobre las restricciones que se aplican a medicamentos cubiertos específicos visitando nuestro sitio web. Hemos publicado en línea documentos que explican nuestras restricciones de autorización previa y tratamiento escalonado. También puede solicitarnos que le enviemos una copia. Nuestra información de contacto aparece en la portada y la contraportada, junto con la fecha de la última actualización de la Lista de medicamentos.

Puede pedirle a Cigna Healthcare 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 Healthcare?” en la página 3 para obtener información sobre cómo solicitar una excepción.

## Opciones para los medicamentos de mantenimiento

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

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

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

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

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

- 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 que se despachen en una farmacia minorista preferida y/o una farmacia de pedido por correo. Consulte las Tablas de niveles de medicamentos y costos compartidos en la página 6 para averiguar si su plan ofrece estos ahorros.
- Averigüe si el programa de “Ayuda Adicional de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés)” puede ofrecer apoyo financiero adicional para sus medicamentos.
- Si su medicamento no está cubierto en la Lista de medicamentos de Cigna Healthcare, 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 Healthcare no cubre su medicamento, tiene dos opciones:

- Puede pedirle a Servicio al Cliente una lista de medicamentos similares que estén cubiertos por Cigna Healthcare. Cuando reciba la lista, muéstrésela a su médico y pídale que le recete un medicamento similar que esté cubierto por Cigna Healthcare.
- Puede solicitarle a Cigna Healthcare 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 Healthcare?

Puede solicitarle a Cigna Healthcare 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 Healthcare 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 Healthcare 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 renovaciones 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 Healthcare cubrirá un suministro único para 31 días (a menos que la receta indique menos días).

### Lista de medicamentos de Cigna Healthcare

La Lista de medicamentos completa que comienza en la página 10 brinda información de cobertura sobre todos los medicamentos cubiertos por Cigna Healthcare. Si tiene problemas para encontrar su medicamento en la Lista, consulte el Índice de medicamentos cubiertos que comienza en la página 58.

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 Healthcare tiene algún requisito especial para la cobertura de su medicamento.

Establecemos límites a la cantidad para determinados medicamentos, que están indicados con la sigla QL en la lista de Medicamentos cubiertos por categoría de la página 10, junto con la cantidad despachada según los días de suministro. (Por ejemplo: atorvastatina 40 mg QL 30/30; esto significa que el medicamento atorvastatina 40 mg tiene un límite de 30 comprimidos cada 30 días. Para los suministros para 90 días, este límite a la cantidad se ampliaría a 90 comprimidos cada 90 días).

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

Si su plan tiene farmacias de la red preferidas, usted seguramente ahorre dinero si usa estas farmacias. Los costos de sus medicamentos con receta (como el copago o el coseguro) generalmente serán más bajos en una farmacia de la red preferida porque tiene un acuerdo preferido con su plan. Si necesita ayuda para encontrar una farmacia de la red, llame a Servicio al Cliente al 1-800-222-6700 (TTY 711), o también puede visitar [CignaMedicare.com](http://CignaMedicare.com) para ver el Directorio de farmacias más actualizado.



### Para obtener más información

Para obtener información más detallada sobre su cobertura de medicamentos con receta de Cigna Healthcare, consulte su Evidencia de cobertura (EOC) y otros materiales del plan. Para acceder a una copia de su EOC más reciente, visite [CignaMedicare.com](http://CignaMedicare.com).

Si tiene preguntas sobre Cigna Healthcare, 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, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. También puede visitar <http://www.medicare.gov>.

### **Tabla de niveles de medicamentos y costos compartidos**

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

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

**Para los clientes que reciben Ayuda Adicional:** Su nivel de copago en el programa de Subsidio por Bajos Ingresos (LIS, por sus siglas en inglés) se basará en el modo en que la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) clasifique determinados medicamentos. Por este motivo, es posible que un medicamento genérico reciba un copago de medicamento de marca preferida, o un medicamento de marca preferida reciba un copago de medicamento genérico. Consulte su Cláusula adicional del 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.

## Encuentre el costo de su medicamento

**Para encontrar el costo de su medicamento, consulte las tablas incluidas en las siguientes páginas 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 en estas tablas. Consulte su Evidencia de cobertura (EOC) o llame a Servicio al Cliente para averiguar qué costos tiene.**

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

Por las insulinas cubiertas por nuestros planes, usted solamente pagará \$35 por cada receta para 30 días y \$0 por cada vacuna para adultos cubierta.

Las farmacias de cuidados a largo plazo (LTC, por sus siglas en inglés) y las farmacias de terapia de infusión en el hogar usan los costos compartidos de farmacia estándares. Para las LTC, puede obtener un suministro para un máximo de 31 días. En una farmacia fuera de la red, pagará el copago de farmacia dentro de la red o un porcentaje del costo más la cantidad de los cargos facturados por la farmacia fuera de la red que supere los costos habituales facturados por nuestras farmacias minoristas estándares. Si recibe Ayuda Adicional, estos costos no se aplican. En general, usted solamente paga un copago bajo.

**Opción preferida de costo compartido minorista**  
Suministro para 30 días

Los copagos para 60 y 90 días son el doble y el triple de los copagos para 30 días respectivamente

Estados regionales	Nivel 1	Nivel 2	Nivel 3	Nivel 4	Nivel 5
Norte de NE (NH, ME)	\$0	\$3	16%	42%	25%
Centro de NE (CT, MA, RI, VT)	\$0	\$3	16%	46%	25%
New York	\$0	\$3	16%	42%	25%
New Jersey	\$0	\$3	16%	45%	25%
Atlántico central (DE, DC, MD)	\$0	\$3	16%	42%	25%
Pennsylvania, West Virginia	\$0	\$3	16%	42%	25%
Virginia	\$0	\$3	17%	48%	25%
North Carolina	\$0	\$3	17%	47%	25%
South Carolina	\$0	\$3	17%	46%	25%
Georgia	\$0	\$3	17%	46%	25%
Florida	\$0	\$3	17%	43%	25%
Alabama, Tennessee	\$0	\$3	17%	46%	25%
Michigan	\$0	\$3	16%	42%	25%
Ohio	\$0	\$3	16%	43%	25%
Indiana, Kentucky	\$0	\$3	16%	46%	25%
Wisconsin	\$0	\$2	16%	40%	25%
Illinois	\$0	\$3	17%	48%	25%
Missouri	\$0	\$3	16%	47%	25%
Arkansas	\$0	\$3	16%	42%	25%
Mississippi	\$0	\$3	16%	43%	25%
Louisiana	\$0	\$3	16%	42%	25%
Texas	\$0	\$3	16%	48%	25%
Oklahoma	\$0	\$3	16%	46%	25%
Kansas	\$0	\$3	16%	43%	25%
Oeste medio superior y llanuras del norte*	\$0	\$3	16%	47%	25%
New Mexico	\$0	\$3	16%	42%	25%
Colorado	\$0	\$3	16%	41%	25%
Arizona	\$0	\$3	16%	42%	25%
Nevada	\$0	\$3	16%	43%	25%
Oregon, Washington	\$0	\$3	16%	41%	25%
Idaho, Utah	\$0	\$3	16%	43%	25%
California	\$0	\$3	16%	40%	25%
Hawaii	\$0	\$3	17%	42%	25%
Alaska	\$0	\$3	17%	41%	25%
Puerto Rico	\$0	\$3	19%	50%	25%

\* IA, MN, MT, ND, NE, SD y WY están asociados a los estados regionales del oeste medio superior y las llanuras del norte.





**Opción estándar de costo compartido minorista**  
Suministro para 30 días

Los copagos para 60 y 90 días son el doble y el triple de los copagos para 30 días respectivamente

Estados regionales	Nivel 1	Nivel 2	Nivel 3	Nivel 4	Nivel 5
Norte de NE (NH, ME)	\$4	\$8	16%	43%	25%
Centro de NE (CT, MA, RI, VT)	\$4	\$8	16%	46%	25%
New York	\$3	\$7	16%	43%	25%
New Jersey	\$4	\$8	16%	46%	25%
Atlántico central (DE, DC, MD)	\$4	\$8	16%	43%	25%
Pennsylvania, West Virginia	\$4	\$8	16%	43%	25%
Virginia	\$4	\$10	17%	48%	25%
North Carolina	\$4	\$10	17%	48%	25%
South Carolina	\$4	\$10	17%	47%	25%
Georgia	\$4	\$10	17%	47%	25%
Florida	\$4	\$10	17%	44%	25%
Alabama, Tennessee	\$4	\$10	17%	46%	25%
Michigan	\$3	\$7	16%	42%	25%
Ohio	\$4	\$10	17%	44%	25%
Indiana, Kentucky	\$4	\$9	17%	47%	25%
Wisconsin	\$2	\$7	16%	40%	25%
Illinois	\$4	\$10	17%	48%	25%
Missouri	\$4	\$10	17%	48%	25%
Arkansas	\$4	\$10	17%	43%	25%
Mississippi	\$4	\$10	17%	43%	25%
Louisiana	\$4	\$7	17%	43%	25%
Texas	\$4	\$10	17%	48%	25%
Oklahoma	\$4	\$10	17%	46%	25%
Kansas	\$4	\$8	17%	43%	25%
Oeste medio superior y llanuras del norte*	\$4	\$10	17%	47%	25%
New Mexico	\$4	\$10	17%	42%	25%
Colorado	\$4	\$8	17%	42%	25%
Arizona	\$4	\$10	17%	42%	25%
Nevada	\$4	\$9	17%	44%	25%
Oregon, Washington	\$4	\$8	17%	42%	25%
Idaho, Utah	\$4	\$8	17%	43%	25%
California	\$2	\$7	17%	40%	25%
Hawaii	\$4	\$9	17%	42%	25%
Alaska	\$4	\$10	17%	42%	25%
Puerto Rico	\$4	\$10	20%	50%	25%

\* IA, MN, MT, ND, NE, SD y WY están asociados a los estados regionales del oeste medio superior y las llanuras del norte.



**Opción preferida de costo compartido  
de pedido por correo**  
Suministro para 90 días

Estados regionales	
Norte de NE (NH, ME)	<p>Copago de \$0 para el Nivel 1</p> <p>Copago de \$3 para el Nivel 2 (\$2 en Wisconsin)</p> <p>Para todos los demás Niveles de medicamentos, consulte la tabla de opciones preferidas de costo compartido minorista.</p>
Centro de NE (CT, MA, RI, VT)	
New York	
New Jersey	
Atlántico central (DE, DC, MD)	
Pennsylvania, West Virginia	
Virginia	
North Carolina	
South Carolina	
Georgia	
Florida	
Alabama, Tennessee	
Michigan	
Ohio	
Indiana, Kentucky	
Wisconsin	
Illinois	
Missouri	
Arkansas	
Mississippi	
Louisiana	
Texas	
Oklahoma	
Kansas	
Oeste medio superior y llanuras del norte*	
New Mexico	
Colorado	
Arizona	
Nevada	
Oregon, Washington	
Idaho, Utah	
California	
Hawaii	
Alaska	
Puerto Rico	

\* IA, MN, MT, ND, NE, SD y WY están asociados a los estados regionales del oeste medio superior y las llanuras del norte.

## Índice de la Lista de medicamentos:

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

	Página
ANTIINFECCIOSOS .....	10
MEDICAMENTOS ANTINEOPLÁSICOS/INMUNODEPRESORES .....	16
MEDICAMENTOS PARA EL SISTEMA NERVIOSO AUTÓNOMO/CENTRAL, NEUROLOGÍA/PSIC.....	23
CARDIOVASCULARES, HIPERTENSIÓN/LÍPIDOS .....	33
PRODUCTOS DERMATOLÓGICOS/TRATAMIENTO TÓPICO .....	37
PRODUCTOS DE DIAGNÓSTICO/AGENTES VARIOS .....	39
MEDICAMENTOS PARA NARIZ, GARGANTA Y OÍDO .....	40
SISTEMA ENDOCRINO/DIABETES.....	40
GASTROENTEROLOGÍA.....	44
INMUNOLOGÍA, VACUNAS/BIOTECNOLOGÍA.....	46
INMUNOLOGÍA, VACUNAS/BIOTECNOLOGÍA.....	46
SUMINISTROS VARIOS .....	48
SISTEMA LOCOMOTOR/REUMATOLOGÍA.....	48
OBSTETRICIA/GINECOLOGÍA.....	50
OFTALMOLOGÍA.....	52
SISTEMA RESPIRATORIO Y ALERGIA .....	54
UROLÓGICOS .....	55
VITAMINAS, HEMATÍNICOS/ELECTROLITOS .....	56

## 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 de Cigna Healthcare 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. Es posible 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](http://CignaMedicare.com).

**NDS:** Medicamento sin suministro extendido. Este medicamento está disponible únicamente en un suministro para un mes.

**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.

**V:** Esta vacuna se proporciona sin costo cuando se usa según las recomendaciones del Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización (ACIP, por sus siglas en inglés) de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC, por sus siglas en inglés).

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

## Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<b>ANTIINFECCIOSOS</b>		
<b>AGENTES ANTIMICÓTICOS</b>		
ABELCET	4	PA
<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>	3	
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>	3	
<i>nistatina oral</i>	3	
<i>posaconazol, comprimidos orales, liberación retardada (dr/ec)</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	
<b>ANTIVÍRICOS</b>		
<i>abacavir, solución oral</i>	3	QL (960/30)
<i>abacavir, comprimidos orales</i>	4	QL (60/30)
<i>abacavir-lamivudina</i>	3	QL (30/30)
<i>aciclovir, cápsulas orales</i>	2	
<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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<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)
BARACLUDGE, SOLUCIÓN ORAL	4	QL (630/30)
BIKTARVY	5	NDS
CABENUVA	4	
CIMDUO	4	
COMPLERA	4	QL (30/30)
<i>darunavir, comprimidos orales, 600 mg</i>	5	QL (60/30); NDS
<i>darunavir, comprimidos orales, 800 mg</i>	5	QL (30/30); NDS
DELSTRIGO	4	
DESCOVY	4	QL (30/30)
DOVATO	5	NDS
EDURANT	4	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)
<i>emtricitabina-tenofovir (tdf), comprimidos orales, 100-150 mg, 167-250 mg, 200-300 mg</i>	4	QL (30/30)
<i>emtricitabina-tenofovir (tdf), comprimidos orales, 133-200 mg</i>	5	QL (30/30); NDS
EMTRIVA, SOLUCIÓN ORAL	3	QL (680/28)
entecavir	4	QL (30/30)

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

*Cursiva minúscula = Medicamento genérico*

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

## Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
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
<i>etravirina</i>	4	QL (60/30)
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
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, 25 MG	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
LAGEVRIO (EUA)	3	QL (40/180)
<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)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>lamivudina-zidovudina</i>	3	QL (60/30)
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
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	
ODEFSEY	4	QL (30/30)
<i>oseltamivir, cápsulas orales</i>	3	
<i>oseltamivir, suspensión oral para reconstitución</i>	4	
PAXLOVID, COMPRIMIDOS ORALES, PAQUETE DOSIFICADO, 150-100 MG*	3	QL (20/180)
PAXLOVID, COMPRIMIDOS ORALES, PAQUETE DOSIFICADO, 300 MG (150 MG X 2)-100 MG*	3	QL (30/180)
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, 75 MG	4	QL (480/30)

\* Costo compartido de \$0 para Paxlovid

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

*Cursiva minúscula = Medicamento genérico*

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



## Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
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	
<i>ritonavir</i>	3	QL (360/30)
RUKOBIA	5	NDS
SELZENTRY, SOLUCIÓN ORAL	5	NDS
SELZENTRY, COMPRIMIDOS ORALES, 25 MG	4	
SELZENTRY, COMPRIMIDOS ORALES, 75 MG	5	NDS
STRIBILD	5	QL (30/30); NDS
SUNLENCA	5	NDS
SYMTUZA	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	4	QL (30/30)
TRIUMEQ PD	4	QL (300/30)
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)

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
XOFLUZA, COMPRIMIDOS ORALES, 40 MG, 80 MG	4	
<i>zidovudina, cápsulas orales</i>	4	QL (180/30)
<i>zidovudina, jarabe oral</i>	4	QL (1680/28)
<i>zidovudina, comprimidos orales</i>	2	QL (60/30)
<b>CEFALOSPORINAS</b>		
<i>cefaclor, cápsulas orales</i>	4	
<i>cefaclor, suspensión oral para reconstitución, 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml, 375 mg/5 ml</i>	4	
<i>cefclor, comprimidos orales, liberación prolongada, 12 horas</i>	4	
<i>cefadroxilo, cápsulas orales</i>	3	
<i>cefadroxilo, suspensión oral para reconstitución, 250 mg/5 ml, 500 mg/5 ml</i>	3	
<i>cefadroxilo, comprimidos orales</i>	3	
CEFAZOLIN EN DEXTROSA (ISO-OSM.), INFUSIÓN SECUNDARIA INTRAVENOSA, 1 GRAMO/50 ML, 2 GRAMOS/100 ML, 2 GRAMOS/50 ML	4	
<i>cefazolina, sol. para reconst. inyect., 1 gramo, 10 gramos, 100 gramos, 300 gramos, 500 mg</i>	4	
CEFAZOLIN, SOL. PARA RECONST. INYECT., 2 GRAMOS	4	
<i>cefazolina, sol. para reconst. intravenosa, 1 gramo</i>	4	
CEFAZOLIN, SOL. PARA RECONST. INTRAVENOSA., 2 GRAMOS, 3 GRAMOS	4	
<i>cefdinir</i>	4	
CEFEPIME EN DEXTROSAAL 5%	4	
CEFEPIME EN DEXTROSA, ISO-OSM.	4	

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

*Cursiva minúscula = Medicamento genérico*

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

## Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>cefepima inyectable</i>	4	
<i>cefepima intravenosa</i>	4	PA
<i>cefixima</i>	4	
<i>cefotina</i>	4	PA
CEFOXITIN EN DEXTROSA, ISO-OSM.	4	PA
<i>cefpodoxima</i>	4	
<i>cefprozilo</i>	3	
<i>ceftazidima</i>	4	PA
<i>ceftriaxona</i>	4	
<i>ceftriaxona en dextrosa, iso-osm.</i>	4	
<i>cefuroxima axetilo, comprimidos orales</i>	3	
<i>cefuroxima sódica, sol. para reconst. inyect., 750 mg</i>	4	PA
<i>cefuroxima sódica intravenosa</i>	4	PA
<i>cefalexina, cápsulas orales, 250 mg, 500 mg</i>	2	
<i>cefalexina, suspensión oral para reconstitución</i>	2	
<i>tazicef</i>	4	PA
TEFLARO	4	PA
<b>ERITROMICINAS/OTROS MACRÓLIDOS</b>		
<i>azitromicina intravenosa</i>	4	PA
AZITHROMYCIN, PAQUETE ORAL	3	
<i>azitromicina, suspensión oral para reconstitución</i>	4	
<i>azitromicina, comprimidos orales</i>	2	
<i>claritromicina</i>	4	
DIFICID, SUSPENSIÓN ORAL PARA RECONSTITUCIÓN	5	QL (136/10); NDS
DIFICID, COMPRIMIDOS ORALES	5	QL (20/10); NDS
<i>eritrocina (como estearato), comprimidos orales, 250 mg</i>	4	
<i>eritrocina, sol. para reconst. intravenosa, 500 mg</i>	4	PA

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>etilsuccinato de eritromicina, suspensión oral para reconstitución, 200 mg/5 ml</i>	4	
<i>eritromicina, cápsulas orales, liberación retardada (dr/ec)</i>	4	
<i>eritromicina, comprimidos orales</i>	4	
<b>ANTIINFECCIOSOS VARIOS</b>		
<i>albendazol</i>	5	NDS
<i>amikacina, solución inyectable, 1,000 mg/4 ml, 500 mg/2 ml</i>	4	PA
ARIKAYCE	4	PA; LA
<i>atovuona</i>	4	
<i>atovuona-proguanil</i>	4	
<i>aztreonam</i>	4	PA
<i>bacitracina intramuscular</i>	4	
CAYSTON	5	PA; LA; QL (84/28); NDS
<i>succinato sódico de cloranfenicol</i>	4	
<i>fosfato de cloroquina</i>	3	
<i>clorhidrato de clindamicina</i>	2	
CLINDAMYCIN EN CLORURO DE SODIO AL 0.9%	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
COARTEM	4	QL (24/30)
<i>colistina (colistimetato sódico)</i>	4	PA
<i>cicloserina</i>	4	
<i>dapsona oral</i>	3	
<i>daptomicina</i>	5	NDS
DAPTOMYCIN EN CLORURO DE SODIO AL 0.9%	5	NDS
<i>emverm</i>	4	
<i>ertapenem</i>	4	
<i>etambutol</i>	4	
FIRVANQ	4	QL (450/10)

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

*Cursiva minúscula = Medicamento genérico*

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

## Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>gentamicina en nacl (iso-osm.), infusión secundaria intravenosa, 100 mg/100 ml, 100 mg/50 ml, 120 mg/100 ml, 60 mg/50 ml, 80 mg/100 ml, 80 mg/50 ml</i>	4	PA
<i>gentamicina, solución inyectable, 40 mg/ml</i>	4	PA
<i>sulfato de gentamicina (pediátrico) (pf)</i>	4	PA
<i>hidroxicloroquina</i>	3	
<i>imipenem-cilastatina</i>	4	
<i>isoniazida, solución oral</i>	4	
<i>isoniazida, comprimidos orales</i>	2	
<i>ivermectina oral</i>	3	PA
<i>lincomicina</i>	4	PA
<i>linezolid en dextrosa al 5%</i>	4	PA
<i>linezolid, suspensión oral para reconstitución</i>	5	QL (1800/30); NDS
<i>linezolid, comprimidos orales</i>	3	QL (60/30)
LINEZOLID-CLORURO DE SODIO AL 0.9%	4	PA
<i>mefloquina</i>	3	
<i>meropenem, sol. para reconst. intravenosa, 1 gramo, 500 mg</i>	4	
MEROPENEM-CLORURO DE SODIO AL 0.9%	4	
METRO INTRAVENOSO	4	PA
<i>metronidazol en nacl (iso-osm.)</i>	4	PA
<i>metronidazol, comprimidos orales</i>	2	
<i>neomicina</i>	2	
<i>nitazoxanida</i>	5	QL (20/10); NDS
<i>paramomicina</i>	4	
<i>pentamidina para inhalar</i>	3	B/D PA; QL (1/28)
<i>pentamidina inyectable</i>	4	
<i>praziquantel</i>	4	
PRIFTIN	4	
<i>primaquina</i>	4	
<i>pirazinamida</i>	4	
<i>pirimetamina</i>	5	PA; NDS

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<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>estreptomina</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	4	
<i>vancomicina inyectable</i>	4	
<i>vancomicina, sol. para reconst. intravenosa, 1,000 mg, 1.25 gramos, 1.5 gramos, 10 gramos, 5 gramos, 500 mg, 750 mg</i>	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)
<i>vancomicina, sol. para reconst. oral, 25 mg/ml</i>	4	QL (450/10)
VANCOMYCIN, COMBO CON DILUYENTE N.º 1	4	
XIFAXAN, COMPRIMIDOS ORALES, 550 MG	5	PA; QL (90/30); NDS
<b>PENICILINAS</b>		
<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	

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

*Cursiva minúscula = Medicamento genérico*

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

## Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>amoxicilina-clavulanato de pot., suspensión oral para reconstitución, 200-28.5 mg/5 ml, 400-57 mg/5 ml, 600-42.9 mg/5 ml</i>	2	
<i>amoxicilina-clavulanato de pot., suspensión oral para reconstitución, 250-62.5 mg/5 ml</i>	4	
<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, 200-28.5 mg</i>	2	
<i>amoxicilina-clavulanato de pot., comprimidos orales masticables, 400-57 mg</i>	4	
<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	
NAFCILLIN EN DEXTROSA, ISO-OSM.	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	
<b>QUINOLONAS</b>		
<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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>ciprofloxacina, reconst. de microcápsulas para suspensión oral, 500 mg/5 ml</i>	4	
<i>levofloxacina en d5w</i>	4	PA
<i>levofloxacina, solución oral</i>	4	
<i>levofloxacina, comprimidos orales</i>	2	
<i>moxifloxacina oral</i>	4	
MOXIFLOXACIN-SOD. ACE, SUL-WATER	4	PA
<i>moxifloxacina-cloruro de sodio (iso)</i>	4	PA
<b>SULFAMIDAS/AGENTES RELACIONADOS</b>		
<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	
<b>TETRACICLINAS</b>		
<i>doxiciclina-100</i>	4	PA
<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	
<i>tetraciclina</i>	4	
<b>AGENTES DE LAS VÍAS URINARIAS</b>		
<i>hipurato de metenamina</i>	4	
<i>monohidrato de nitrofurantoína/ macrocrist.</i>	3	
<i>trimetoprima</i>	2	

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

*Cursiva minúscula = Medicamento genérico*

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

## Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<b>MEDICAMENTOS ANTINEOPLÁSICOS/INMUNODEPRESORES</b>		
<b>AGENTES COADYUVANTES</b>		
<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
XGEVA	5	PA; QL (1.7/28); NDS
<b>MEDICAMENTOS ANTINEOPLÁSICOS/INMUNODEPRESORES</b>		
<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
<i>adstiladrin</i>	5	PA; QL (4/90); NDS
AKEEGA	5	PA; QL (60/30); NDS
ALECENSA	5	PA; QL (240/30); 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	
<i>trióxido de arsénico</i>	4	B/D PA
AUGTYRO	5	PA; QL (240/30); NDS
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
<i>bendamustina</i>	5	B/D PA; NDS
BENDEKA	5	B/D PA; NDS
BESPONSA	5	PA; NDS
<i>bexaroteno</i>	5	PA; NDS
<i>bicalutamida</i>	3	
BLENREP	4	PA
<i>bleomicina</i>	4	B/D PA
BLINCYTO, KIT INTRAVENOSO	4	B/D PA
BORTEZOMIB, INYECTABLE	5	PA; NDS
BORTEZOMIB, SOL. PARA RECONST. INTRAVENOSA	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
<i>busulfán</i>	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; LA; 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 9.



## Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
COLUMVI	5	PA; QL (30/21); NDS
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, sol. para reconst. intravenosa</i>	5	B/D PA; NDS
CYCLOPHOSPHAMIDE, SOLUCIÓN INTRAVENOSA, 200 MG/ML	5	B/D PA; NDS
<i>ciclofosfamida, solución intravenosa, 500 mg/ml</i>	5	B/D PA; NDS
<i>ciclofosfamida, cápsulas orales</i>	3	B/D PA
<i>ciclofosfamida, comprimidos orales, 25 mg</i>	3	B/D PA
CYCLOPHOSPHAMIDE, COMPRIMIDOS ORALES, 50 MG	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</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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i> decitabina</i>	4	B/D PA
<i> docetaxel</i>	4	B/D PA
<i> doxorubicina, sol. para reconst. intravenosa, 50 mg</i>	4	B/D PA
<i> doxorubicina, solución intravenosa</i>	4	B/D PA
<i> doxorubicina, liposomal pegilada</i>	4	B/D PA
DROXIA	4	
ELREXFIO	5	PA; NDS
ELZONRIS	5	PA; NDS
EMCYT	4	
EMPLICITI	4	PA
ENHERTU	5	PA; NDS
ENVARUSUS XR	4	B/D PA
<i> epirubicina, solución intravenosa</i>	4	B/D PA
EPKINLY	4	PA
ERBITUX	4	B/D PA
ERIVEDGE	5	PA; QL (30/30); NDS
ERLEADA	5	PA; QL (120/30); NDS
<i> erlotinib, comprimidos orales, 100 mg, 150 mg</i>	5	PA; QL (30/30); NDS
<i> erlotinib, comprimidos orales, 25 mg</i>	5	PA; QL (60/30); NDS
ETOPOPHOS	4	B/D PA
<i> etopósido intravenoso</i>	3	B/D PA
<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), comprimidos orales, 0.25 mg</i>	4	B/D PA
<i> everolimus (inmunodepresor), comprimidos orales, 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg</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 9.

## Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
EVOMELA	5	PA; NDS
<i>exemestano</i>	4	
EXKIVITY	5	PA; LA; QL (120/30); NDS
FARYDAK	5	PA; QL (6/21); NDS
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
FOLOTYN	5	B/D PA; NDS
FOTIVDA	5	PA; LA; QL (21/28); NDS
FRUZAQLA, CÁPSULAS ORALES, 1 MG	5	PA; QL (84/28); NDS
FRUZAQLA, CÁPSULAS ORALES, 5 MG	5	PA; QL (21/28); NDS
<i>fulvestrant</i>	5	B/D PA; NDS
FYARRO	4	PA; LA
GAVRETO	5	PA; LA; QL (120/30); NDS
GAZYVA	5	PA; NDS
<i>gefitinib</i>	5	PA; QL (30/30); 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
GEMCITABINE, SOLUCIÓN INTRAVENOSA, 100 MG/ML	4	B/D PA
<i>gengraf</i>	4	B/D PA
GILOTRIF	5	PA; QL (30/30); NDS
GLEOSTINE	4	
HALAVEN	5	PA; NDS
<i>hidroxiurea</i>	2	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
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, sol. para reconst. intravenosa, 1 gramo</i>	4	B/D PA
IFOSFAMIDE, SOL. PARA RECONST. INTRAVENOSA, 3 GRAMOS	4	B/D PA
<i>ifosfamida, solución intravenosa</i>	4	B/D PA
<i>imatinib, comprimidos orales, 100 mg</i>	5	PA; QL (180/30); NDS
<i>imatinib, comprimidos orales, 400 mg</i>	5	PA; QL (60/30); NDS
IMBRUVICA, CÁPSULAS ORALES, 140 MG	5	PA; QL (120/30); NDS
IMBRUVICA, CÁPSULAS ORALES, 70 MG	5	PA; QL (30/30); NDS
IMBRUVICA, SUSPENSIÓN ORAL	5	PA; QL (324/30); NDS
IMBRUVICA, COMPRIMIDOS ORALES, 140 MG, 280 MG, 420 MG	5	PA; QL (30/30); NDS
IMFINZI	5	PA; NDS
IMJUDO	5	PA; LA; 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
<i>irinotecán</i>	4	B/D PA
IXEMPRA	4	B/D PA
JAKAFI	5	PA; QL (60/30); NDS

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

*Cursiva minúscula = Medicamento genérico*

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

## Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
JAYPIRCA	5	PA; NDS
JEMPERLI	4	PA
JEVTANA	4	B/D PA
KADCYLA	5	PA; NDS
KANJINTI	5	PA; NDS
<i>kemoplat</i>	4	B/D PA
KEYTRUDA	5	PA; NDS
KIMMTRAK	4	PA
KISQALI FEMARA, PAQUETE COMBINADO, COMPRIMIDOS ORALES, 200 MG/DÍA (200 MG X 1)-2.5 MG	5	PA; QL (49/28); NDS
KISQALI FEMARA, PAQUETE COMBINADO, COMPRIMIDOS ORALES, 400 MG/DÍA (200 MG X 2)-2.5 MG	5	PA; QL (70/28); NDS
KISQALI FEMARA, PAQUETE COMBINADO, COMPRIMIDOS ORALES, 600 MG/DÍA (200 MG X 3)-2.5 MG	5	PA; QL (91/28); NDS
KISQALI, COMPRIMIDOS ORALES, 200 MG/DÍA (200 MG X 1)	5	PA; QL (21/28); NDS
KISQALI, COMPRIMIDOS ORALES, 400 MG/DÍA (200 MG X 2)	5	PA; QL (42/28); NDS
KISQALI, COMPRIMIDOS ORALES, 600 MG/DÍA (200 MG X 3)	5	PA; QL (63/28); NDS
KLISYRI	4	ST; QL (5/30)
KOSELUGO, CÁPSULAS ORALES, 10 MG	5	PA; QL (240/30); NDS
KOSELUGO, CÁPSULAS ORALES, 25 MG	5	PA; QL (120/30); NDS
KRAZATI	5	PA; QL (180/30); NDS
KYPROLIS	5	B/D PA; NDS
<i>lapatinib</i>	5	PA; QL (180/30); NDS
<i>lenalidomida</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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
LENVIMA, CÁPSULAS ORALES, 12 MG/DÍA (4 MG X 3), 18 MG/DÍA (10 MG X 1-4 MG X 2), 24 MG/DÍA (10 MG X 2-4 MG X 1)	5	PA; QL (90/30); NDS
LENVIMA, CÁPSULAS ORALES, 14 MG/DÍA (10 MG X 1-4 MG X 1), 20 MG/DÍA (10 MG X 2), 8 MG/DÍA (4 MG X 2)	5	PA; QL (60/30); NDS
<i>letrozol</i>	2	
LEUKERAN	4	
<i>leuprolida (3 meses)</i>	4	PA
<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
LOQTORZI	5	PA; NDS
LORBRENA, COMPRIMIDOS ORALES, 100 MG	5	PA; QL (30/30); NDS
LORBRENA, COMPRIMIDOS ORALES, 25 MG	5	PA; QL (90/30); NDS
LUMAKRAS, COMPRIMIDOS ORALES, 120 MG	5	PA; QL (240/30); NDS
LUMAKRAS, COMPRIMIDOS ORALES, 320 MG	5	PA; QL (90/30); NDS
LUNSUMIO	5	PA; LA; 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 (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
LUPRON DEPOT-PED, KIT INTRAMUSCULAR	5	PA; NDS
LUPRON DEPOT-PED, KIT CON JERINGA INTRAMUSCULAR	4	PA
LYNPARZA	5	PA; QL (120/30); NDS

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

*Cursiva minúscula = Medicamento genérico*

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

## Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
LYSODREN	5	NDS
LYTGOBI, COMPRIMIDOS ORALES, 4 MG	5	PA; LA; QL (90/30); NDS
LYTGOBI, COMPRIMIDOS ORALES, 4 MG (4 COMP. DE 4 MG)	5	PA; LA; QL (120/30); NDS
LYTGOBI, COMPRIMIDOS ORALES, 4 MG (5 COMP. DE 4 MG)	5	PA; LA; QL (150/30); NDS
MARGENZA	5	PA; NDS
MATULANE	5	NDS
<i>megestrol, suspensión oral, 400 mg/10 ml (10 ml), 400 mg/10 ml (40 mg/ml), 800 mg/20 ml (20 ml)</i>	4	PA
<i>megestrol, comprimidos orales, 20 mg</i>	4	PA
<i>megestrol, comprimidos orales, 40 mg</i>	3	PA
MEKINIST, SOL. PARA RECONST. ORAL	5	PA; QL (1350/30); NDS
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>	3	
<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

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
<i>nelarabina</i>	4	B/D PA
NERLYNX	5	PA; LA; NDS
<i>nilutamida</i>	5	NDS
NINLARO	5	PA; QL (3/28); NDS
NIPENT	4	B/D PA
NUBEQA	5	PA; LA; QL (120/30); NDS
NULOJIX	5	B/D PA; NDS
<i>acetato de octreotida</i>	4	PA
ODOMZO	5	PA; LA; QL (30/30); NDS
OGIVRI	5	PA; NDS
OJJAARA	5	PA; QL (30/30); NDS
ONCASPAR	4	B/D PA
ONIVYDE	4	PA
ONUREG	4	PA; QL (14/28)
OPDIVO	5	PA; NDS
OPDUALAG	4	PA
ORGOVYX	4	PA; LA; QL (30/28)
ORSERDU	5	PA; NDS
<i>oxaliplatino</i>	4	B/D PA
<i>paclitaxel</i>	4	B/D PA
PACLITAXEL PROTEIN-BOUND	5	PA; NDS
PADCEV	4	PA
<i>pazopanib</i>	5	PA; QL (120/30); NDS
PEMAZYRE	5	PA; LA; QL (14/21); NDS
<i>pemetrexed disódico, sol. para reconst. intravenosa</i>	5	PA; NDS
PERJETA	5	PA; NDS
PHESGO	5	PA; NDS
PIQRAY	5	PA; NDS

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

*Cursiva minúscula = Medicamento genérico*

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

## Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
POLIVY	5	PA; NDS
POMALYST	5	PA; LA; QL (21/28); NDS
PORTRAZZA	4	B/D PA
POTELIGEO	5	PA; NDS
PROGRAF INTRAVENOSO	4	B/D PA
PROGRAF, PAQUETE DE GRÁNULOS ORALES	4	B/D PA
PURIXAN	4	
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
REZLIDHIA	5	PA; QL (60/30); NDS
REZUROCK	5	PA; LA; QL (30/30); 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
ROZLYTREK, PÍLDORAS DE ADMINISTRACIÓN ORAL EN PAQUETES	5	PA; QL (360/30); NDS
RUBRACA	5	PA; LA; QL (120/30); NDS
RUXIENCE	5	PA; NDS
RYBREVAANT	4	PA
RYDAPT	5	PA; QL (224/28); NDS
RYLAZE	4	B/D PA
SANDIMMUNE, SOLUCIÓN ORAL	4	B/D PA
SARCLISA	4	PA

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
SCSEMBLIX, COMPRIMIDOS ORALES, 20 MG	5	PA; QL (600/30); NDS
SCSEMBLIX, COMPRIMIDOS ORALES, 40 MG	5	PA; QL (300/30); NDS
SIGNIFOR	5	PA; NDS
SIMULECT	5	B/D PA; NDS
<i>sirolimus</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
<i>malato de sunitinib</i>	5	PA; QL (30/30); NDS
TABLOID	4	
TABRECTA	5	PA; NDS
<i>tacrolimus oral</i>	4	B/D PA
TAFINLAR, CÁPSULAS ORALES	5	PA; QL (120/30); NDS
TAFINLAR, COMPRIMIDOS ORALES PARA SUSPENSIÓN	5	PA; QL (840/28); NDS
TAGRISSO	5	PA; LA; QL (30/30); NDS
TALVEY	4	PA
TALZENNA, CÁPSULAS ORALES, 0.1 MG, 0.35 MG, 0.5 MG, 0.75 MG, 1 MG	5	PA; QL (30/30); NDS
TALZENNA, CÁPSULAS ORALES, 0.25 MG	5	PA; QL (90/30); NDS
<i>tamoxifeno</i>	2	
TASIGNA, CÁPSULAS ORALES, 150 MG, 200 MG	5	PA; QL (112/28); NDS
TASIGNA, CÁPSULAS ORALES, 50 MG	5	PA; QL (120/30); NDS

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

*Cursiva minúscula = Medicamento genérico*

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



## Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
TAZVERIK	4	PA; LA
TECENTRIQ	5	PA; NDS
TECVAYLI	4	PA
TEMODAR INTRAVENOSO	4	B/D PA
<i>temsirolimus</i>	4	B/D PA
TEPMETKO	5	PA; LA; QL (60/30); NDS
THALOMID, CÁPSULAS ORALES, 100 MG, 50 MG	5	PA; QL (28/28); NDS
THALOMID, CÁPSULAS ORALES, 150 MG, 200 MG	5	PA; QL (56/28); NDS
<i>tiotepa</i>	4	PA
TIBSOVO	5	PA; NDS
TIVDAK	4	PA
<i>topotecán, sol. para reconst. intravenosa</i>	5	B/D PA; NDS
<i>topotecán, solución intravenosa</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	4	PA; QL (1/168)
TRODELVY	4	PA
TRUQAP	5	PA; QL (64/28); 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, CÁPSULAS ORALES, 125 MG	5	PA; LA; QL (120/30); NDS
UNITUXIN	5	PA; NDS
<i>valrubicina</i>	4	B/D PA
VANFLYTA	5	PA; QL (56/28); NDS

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
VECTIBIX	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>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, CÁPSULAS ORALES	5	PA; QL (60/30); NDS
XALKORI, PÍLDORAS DE ADMINISTRACIÓN ORAL, 150 MG	5	PA; QL (180/30); NDS
XALKORI, PÍLDORAS DE ADMINISTRACIÓN ORAL, 20 MG, 50 MG	5	PA; QL (120/30); NDS
XATMEP	4	PA
XERMELO	5	PA; LA; QL (84/28); NDS
XOSPATA	5	PA; LA; NDS

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

*Cursiva minúscula = Medicamento genérico*

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

## Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
XPOVIO, COMPRIMIDOS ORALES, 100 MG/SEMANA (50 MG X 2), 40 MG/SEMANA (40 MG X 1), 40 MG DOS VECES POR SEMANA (40 MG X 2), 60 MG/ SEMANA (60 MG X 1), 60 MG DOS VECES POR SEMANA (120 MG/SEMANA), 80 MG/ SEMANA (40 MG X 2), 80 MG DOS VECES POR SEMANA (160 MG/SEMANA)	5	PA; LA; NDS
XTANDI, CÁPSULAS ORALES	5	PA; QL (120/30); NDS
XTANDI, COMPRIMIDOS ORALES, 40 MG	5	PA; QL (120/30); NDS
XTANDI, COMPRIMIDOS ORALES, 80 MG	5	PA; QL (60/30); NDS
YERVOY	5	PA; NDS
YONDELIS	5	PA; NDS
ZALTRAP	4	B/D PA
ZANOSAR	4	B/D PA
ZEJULA, CÁPSULAS ORALES	5	PA; LA; QL (90/30); NDS
ZEJULA, COMPRIMIDOS ORALES	5	PA; LA; QL (30/30); 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
ZYDELIG	5	PA; QL (60/30); NDS
ZYKADIA	5	PA; QL (90/30); NDS
ZYNLONTA	4	PA
ZYNYZ	5	PA; NDS

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<b>MEDICAMENTOS PARA EL SISTEMA NERVIOSO AUTÓNOMO/CENTRAL, NEUROLOGÍA/PSIC.</b>		
<b>ANTICONVULSIVOS</b>		
APTIOM, COMPRIMIDOS ORALES, 200 MG	4	QL (180/30)
APTIOM, COMPRIMIDOS ORALES, 400 MG	4	QL (90/30)
APTIOM, 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, 100 mg/5 ml</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)
<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)

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

*Cursiva minúscula = Medicamento genérico*

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

## Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
DIACOMIT	5	LA; NDS
<i>diazepam rectal</i>	4	
<i>dilantin</i>	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>	3	
EPIDIOLEX	5	PA; LA; NDS
<i>epitol</i>	3	
EPRONTIA	4	PA
<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)
<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>	3	
<i>lamotrigina, comprimidos orales, paquete dosificado</i>	2	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<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>	3	
<i>levetiracetam, comprimidos orales, 1,000 mg, 750 mg</i>	3	
<i>levetiracetam, comprimidos orales, 250 mg, 500 mg</i>	2	
<i>levetiracetam, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas</i>	3	
<i>metsuximida</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>	4	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, cápsulas orales, 100 mg, 200 mg</i>	2	
<i>fenitoína sódica, liberación prolongada, cápsulas orales, 300 mg</i>	3	
<i>fenitoína sódica, solución intravenosa</i>	3	
<i>pregabalina, cápsulas orales, 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	4	QL (120/30)
<i>pregabalina, cápsulas orales, 200 mg</i>	4	QL (90/30)
<i>pregabalina, cápsulas orales, 225 mg, 300 mg</i>	4	QL (60/30)
<i>pregabalina, solución oral</i>	3	QL (900/30)
<i>primidona, comprimidos orales, 125 mg</i>	4	

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

*Cursiva minúscula = Medicamento genérico*

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

## Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>primidona, comprimidos orales, 250 mg, 50 mg</i>	2	
<i>roweepra, comprimidos orales, 500 mg</i>	2	
<i>rufinamida, suspensión oral</i>	5	PA; NDS
<i>rufinamida, comprimidos orales</i>	3	PA
SPRITAM	4	
<i>subvenite</i>	2	
<i>subvenite, paquete inicial (azul)</i>	2	
<i>subvenite, paquete inicial (verde)</i>	2	
<i>subvenite, paquete inicial (naranja)</i>	2	
SYMPAZAN	5	PA; QL (60/30); NDS
<i>tiagabina</i>	4	
<i>topiramato, cápsulas orales, con gránulos</i>	3	PA
<i>topiramato, comprimidos orales</i>	2	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
XCOPRI, PAQUETE DE MANTENIMIENTO, COMPRIMIDOS ORALES, 250 MG/DÍA (150 MG X 1-100 MG X 1), 350 MG/DÍA (200 MG X 1-150 MG X 1)	4	PA; QL (56/28)
XCOPRI, COMPRIMIDOS ORALES, 100 MG	4	PA; QL (120/30)
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	4	PA; QL (56/365)
ZONISADE	5	PA; NDS
<i>zonisamida, cápsulas orales, 100 mg</i>	3	PA

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>zonisamida, cápsulas orales, 25 mg, 50 mg</i>	2	PA
ZTALMY	4	PA; LA; QL (1080/30)
<b>AGENTES ANTIPARKINSONIANOS</b>		
<i>benzatropina inyectable</i>	4	
<i>benzatropina oral</i>	2	PA
<i>bromocriptina</i>	4	
<i>carbidopa</i>	4	
<i>carbidopa-levodopa, comprimidos orales</i>	2	
<i>carbidopa-levodopa, comprimidos orales, liberación prolongada</i>	3	
<i>carbidopa-levodopa, comprimidos de desintegración oral</i>	4	
<i>entacapona</i>	4	
GOCOVRI	4	ST
ONGENTYS	3	
<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	
<b>TRATAMIENTO DE LA MIGRAÑA/CEFALEA EN RACIMOS</b>		
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>	3	QL (18/28)
NURTEC, COMPRIMIDOS DE DESINTEGRACIÓN ORAL	3	PA; QL (16/30)
<i>rizatriptán, comprimidos orales</i>	3	QL (36/28)
<i>rizatriptán, comprimidos de desintegración oral</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)
SUMATRIPTAN SUCCINATE, SUBCUTÁNEO EN CARTUCHO	4	QL (8/28)

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

*Cursiva minúscula = Medicamento genérico*

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



## Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>succinato de sumatriptán, subcutáneo en lapicera</i>	4	QL (8/28)
<i>succinato de sumatriptán, solución subcutánea</i>	4	QL (8/28)
<b>TRATAMIENTOS NEUROLÓGICOS VARIOS</b>		
ADLARITY	4	ST; QL (4/28)
AUSTEDO, COMPRIMIDOS ORALES, 12 MG, 9 MG	5	PA; LA; QL (120/30); NDS
AUSTEDO, COMPRIMIDOS ORALES, 6 MG	5	PA; LA; QL (60/30); NDS
AUSTEDO XR, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA, 24 HORAS, 12 MG	5	PA; LA; QL (120/30); NDS
AUSTEDO XR, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA, 24 HORAS, 24 MG	5	PA; LA; QL (60/30); NDS
AUSTEDO XR, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA, 24 HORAS, 6 MG	5	PA; LA; QL (240/30); NDS
AUSTEDO XR, PAQUETE DE AJUSTE DE DOSIS (SEMANA 1-4)	5	PA; QL (84/365); NDS
<i>dalfampridina</i>	3	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)
<i>glatiramer, jeringa subcutánea, 20 mg/ml</i>	4	PA; QL (30/30)
<i>glatiramer, jeringa subcutánea, 40 mg/ml</i>	4	PA; QL (12/28)
<i>glatopa, jeringa subcutánea, 20 mg/ml</i>	4	PA; QL (30/30)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>glatopa, jeringa subcutánea, 40 mg/ml</i>	4	PA; QL (12/28)
INGREZZA	5	PA; LA; QL (30/30); NDS
INGREZZA, PAQUETE DE INICIACIÓN	5	PA; LA; QL (56/365); NDS
KESIMPTA, EN LAPICERA	5	PA; QL (1.2/28); NDS
<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)
MEMANTINE, COMPRIMIDOS ORALES, PAQUETE DOSIFICADO	3	PA; QL (98/365)
NAMZARIC	3	PA
NUDEXTA	5	PA; NDS
OCREVUS	4	PA
RADICAVA	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
ZEPOSIA	5	PA; QL (30/30); NDS
ZEPOSIA, KIT INICIAL (28 DÍAS)	5	PA; QL (56/365); NDS
ZEPOSIA, PAQUETE INICIAL (7 DÍAS)	5	PA; QL (14/365); NDS
<b>RELAJANTES MUSCULARES/TERAPIA ANTIESPASMÓDICA</b>		
<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>	3	PA
<i>bromuro de piridostigmina, comprimidos orales, 60 mg</i>	3	

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

*Cursiva minúscula = Medicamento genérico*

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



## Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>bromuro de piridostigmina, comprimidos orales, liberación prolongada</i>	4	
<i>tizanidina, comprimidos orales</i>	2	
<b>ANALGÉSICOS NARCÓTICOS</b>		
<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
<i>clorhidrato de buprenorfina inyectable</i>	4	NDS
<i>clorhidrato de buprenorfina sublingual</i>	3	PA
<i>endocet</i>	3	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
<i>INFUMORPH P/F</i>	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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>metadona, comprimidos orales, 10 mg</i>	3	QL (120/30); NDS
<i>metadona, comprimidos orales, 5 mg</i>	3	QL (240/30); NDS
<i> morfina (pf), solución inyectable, 0.5 mg/ml, 1 mg/ml</i>	4	NDS
<i> morfina, solución oral concentrada</i>	4	QL (900/30); NDS
<b>MORPHINE, SOLUCIÓN INYECTABLE</b>	4	NDS
<b>MORPHINE, JERINGA INYECTABLE, 2 MG/ML, 4 MG/ML</b>	4	NDS
<i> morfina, solución intravenosa, 10 mg/ml, 4 mg/ml, 8 mg/ml</i>	4	NDS
<b>MORPHINE, JERINGA INTRAVENOSA, 10 MG/ML, 2 MG/ML, 4 MG/ML</b>	4	NDS
<i> morfina, solución oral</i>	4	QL (900/30); NDS
<i> morfina, comprimidos orales</i>	3	QL (180/30); NDS
<i> morfina, comprimidos orales, liberación prolongada</i>	3	QL (120/30); NDS
<i>oxicodona, comprimidos orales, 10 mg, 15 mg, 20 mg, 30 mg</i>	3	QL (180/30); NDS
<i>oxicodona, comprimidos orales, 5 mg</i>	3	QL (360/30); NDS
<i>oxicodona-acetaminofeno, comprimidos orales, 10-325 mg, 2.5-325 mg, 5-325 mg, 7.5-325 mg</i>	3	QL (360/30); NDS
<i>oximorfona, comprimidos orales, liberación prolongada, 12 horas</i>	4	QL (90/30); NDS
<b>ANALGÉSICOS NO NARCÓTICOS</b>		
<i>buprenorfina-naloxona, comprimidos sublinguales, 2-0.5 mg</i>	2	QL (360/30)
<i>buprenorfina-naloxona, comprimidos sublinguales, 8-2 mg</i>	2	QL (90/30)
<i>butorfanol nasal</i>	4	QL (10/28); NDS
<i>celecoxib</i>	4	QL (60/30)
<i>diclofenaco potásico, comprimidos orales, 50 mg</i>	3	
<i>diclofenaco sódico oral</i>	2	
<i>diclofenaco sódico, gotas tópicas</i>	4	QL (300/28)

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

*Cursiva minúscula = Medicamento genérico*

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

## Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>diclofenaco sódico, gel tópico, 1%</i>	3	QL (1000/28)
<i>diflunisal</i>	4	
EC-NAPROXEN, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN RETARDADA (DR/EC), 375 MG	2	
EC-NAPROXEN, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN RETARDADA (DR/EC), 500 MG	3	
<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	
<i>naproxeno, comprimidos orales, liberación retardada (dr/ec), 375 mg</i>	2	
<i>naproxeno, comprimidos orales, liberación retardada (dr/ec), 500 mg</i>	3	
<i>naproxeno sódico, comprimidos orales, 275 mg, 550 mg</i>	4	
<i>oxaprozina, comprimidos orales</i>	4	
<i>sulindaco</i>	2	
<i>tramadol, comprimidos orales, 50 mg</i>	2	QL (240/30); NDS
<i>tramadol-acetaminofeno</i>	2	QL (240/30); NDS
VIVITROL	5	NDS
ZIMHI	4	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
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); NDS
ZUBSOLV, COMPRIMIDOS SUBLINGUALES, 8.6-2.1 MG	3	QL (60/30); NDS
<b>MEDICAMENTOS PSICOTERAPÉUTICOS</b>		
ABILIFY ASIMTUFII, SUSPENSIÓN INTRAMUSCULAR, LIBERACIÓN PROLONGADA, JERINGA, 720 MG/2.4 ML	4	QL (2.4/56)
ABILIFY ASIMTUFII, SUSPENSIÓN INTRAMUSCULAR, LIBERACIÓN PROLONGADA, JERINGA, 960 MG/3.2 ML	4	QL (3.2/56)
ABILIFY MANTENA	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>	4	
<i>amoxapina</i>	3	
<i>aripiprazol, solución oral</i>	4	
<i>aripiprazol, comprimidos orales, 10 mg, 15 mg, 2 mg, 5 mg</i>	4	QL (60/30)
<i>aripiprazol, comprimidos orales, 20 mg, 30 mg</i>	4	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)
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)

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

*Cursiva minúscula = Medicamento genérico*

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

## Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>maleato de 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)
AUVELITY	4	ST; QL (60/30)
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)
bupirona	2	
CAPLYTA	4	QL (30/30)
<i>clorpromazina</i>	4	
<i>citalopram, solución oral</i>	4	
<i>citalopram, comprimidos orales, 10 mg, 20 mg</i>	1	QL (60/30)
<i>citalopram, comprimidos orales, 40 mg</i>	1	QL (30/30)
<i>clomipramina</i>	4	
<i>clorazepato dipotásico, comprimidos orales, 15 mg</i>	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	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>clozapina, comprimidos orales, 25 mg, 50 mg</i>	3	
<i>clozapina, comprimidos de desintegración oral</i>	4	
<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, 10 mg, 15 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg</i>	4	
<i>dextroanfetamina-anfetamina, cápsulas orales, liberación prolongada, 24 horas</i>	4	QL (60/30)
<i>dextroanfetamina-anfetamina, comprimidos orales, 10 mg</i>	3	QL (180/30)
<i>dextroanfetamina-anfetamina, comprimidos orales, 12.5 mg, 30 mg, 7.5 mg</i>	3	QL (60/30)
<i>dextroanfetamina-anfetamina, comprimidos orales, 15 mg</i>	3	QL (120/30)
<i>dextroanfetamina-anfetamina, comprimidos orales, 20 mg</i>	3	QL (90/30)
<i>dextroanfetamina-anfetamina, comprimidos orales, 5 mg</i>	3	QL (360/30)
<i>diazepam inyectable</i>	2	
<i>diazepam, intensol</i>	3	QL (360/30)
<i>diazepam, concentrado oral</i>	3	QL (360/30)
<i>diazepam, solución oral</i>	4	QL (1800/30)
<i>diazepam, comprimidos orales</i>	2	QL (180/30)
<i>doxepina, cápsulas orales</i>	4	
<i>doxepina, concentrado oral</i>	4	
<i>doxepina, comprimidos orales</i>	4	QL (30/30)

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

*Cursiva minúscula = Medicamento genérico*

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

## Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>duloxetina, cápsulas orales, liberación retardada (dr/ec), 20 mg, 60 mg</i>	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, 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>	3	
<i>fluvoxamina, comprimidos orales, 100 mg</i>	3	QL (90/30)
<i>fluvoxamina, comprimidos orales, 25 mg</i>	2	QL (90/30)
<i>fluvoxamina, comprimidos orales, 50 mg</i>	2	QL (120/30)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>guanfacina, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas</i>	4	QL (30/30)
<i>decanoato de haloperidol</i>	4	
<i>lactato de haloperidol inyectable</i>	4	
<i>lactato de haloperidol oral</i>	2	
<i>haloperidol, comprimidos orales, 0.5 mg, 2 mg, 20 mg</i>	2	
<i>haloperidol, comprimidos orales, 1 mg, 10 mg, 5 mg</i>	3	
<i>clorhidrato de imipramina</i>	4	
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)
INVEGA TRINZA, JERINGA INTRAMUSCULAR, 819 MG/2.63 ML	4	QL (2.63/90)
<i>carbonato de litio</i>	2	
<i>citrato de litio</i>	2	

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

*Cursiva minúscula = Medicamento genérico*

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



## Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
lorazepam, solución inyectable	4	
lorazepam, jeringa inyectable, 2 mg/ml	4	
lorazepam, intensol	3	QL (150/30)
lorazepam, concentrado oral	3	QL (150/30)
lorazepam, jeringa oral	3	QL (150/30)
lorazepam, comprimidos orales, 0.5 mg, 1 mg	2	QL (90/30)
lorazepam, comprimidos orales, 2 mg	2	QL (150/30)
succinato de loxapina	4	
lurasidona, comprimidos orales, 120 mg, 20 mg, 40 mg, 60 mg	4	QL (30/30)
lurasidona, comprimidos orales, 80 mg	4	QL (60/30)
MARPLAN	4	QL (180/30)
metadate er	4	
clorhidrato de metilfenidato, comprimidos orales	4	QL (90/30)
clorhidrato de metilfenidato, comprimidos orales, liberación prolongada	4	
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)	4	
mirtazapina, comprimidos orales	2	
mirtazapina, comprimidos de desintegración oral	3	QL (30/30)
modafinil, comprimidos orales, 100 mg	3	PA; QL (30/30)
modafinil, comprimidos orales, 200 mg	3	PA; QL (60/30)
molindona, comprimidos orales, 10 mg, 25 mg	3	
molindona, comprimidos orales, 5 mg	4	
nefazodona	4	
nortriptilina, cápsulas orales	2	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
nortriptilina, solución oral	3	
NUPLAZID	4	PA; QL (30/30)
olanzapina intramuscular	4	QL (30/30)
olanzapina, comprimidos orales, 10 mg, 2.5 mg, 5 mg, 7.5 mg	4	QL (60/30)
olanzapina, comprimidos orales, 15 mg, 20 mg	4	QL (30/30)
olanzapina, comprimidos de desintegración oral, 10 mg, 5 mg	4	QL (60/30)
olanzapina, comprimidos de desintegración oral, 15 mg, 20 mg	4	QL (30/30)
paliperidona, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas, 1.5 mg, 9 mg	4	PA; QL (30/30)
paliperidona, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas, 3 mg, 6 mg	4	PA; QL (60/30)
clorhidrato de paroxetina, suspensión oral	4	QL (900/30)
clorhidrato de paroxetina, comprimidos orales, 10 mg	2	QL (180/30)
clorhidrato de paroxetina, comprimidos orales, 20 mg, 40 mg	2	QL (30/30)
clorhidrato de paroxetina, comprimidos orales, 30 mg	2	QL (60/30)
perfenazina	4	
perfenazina-amitriptilina	4	
PERSERIS	4	QL (1/28)
fenelzina	3	
pimozida	4	
protriptilina	4	
quetiapina, comprimidos orales, 100 mg, 25 mg, 50 mg	2	QL (120/30)
quetiapina, comprimidos orales, 150 mg, 200 mg	2	QL (90/30)
quetiapina, comprimidos orales, 300 mg, 400 mg	2	QL (60/30)
QUILLICHEW ER, COMPRIMIDOS ORALES, MASTICABLES, LIBERACIÓN INMEDIATA-LIBERACIÓN PROLONGADA, BIFÁSICA, 24 HORAS, 20 MG, 30 MG	4	PA; QL (60/30)

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

*Cursiva minúscula = Medicamento genérico*

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



## Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES	NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
QUILLICHEW ER, COMPRIMIDOS ORALES, MASTICABLES, LIBERACIÓN INMEDIATA-LIBERACIÓN PROLONGADA, BIFÁSICA, 24 HORAS, 40 MG	4	PA; QL (30/30)	<i>trifluoperazina, comprimidos orales, 10 mg, 2 mg, 5 mg</i>	4	
REXULTI, COMPRIMIDOS ORALES	4	QL (30/30)	<i>trimipramina</i>	4	
RISPERDAL CONSTA	4	QL (2/28)	TRINTELLIX	4	ST; QL (30/30)
<i>risperidona, solución oral</i>	4		UZEDY, SUSPENSIÓN SUBCUTÁNEA, LIBERACIÓN PROLONGADA, JERINGA, 100 MG/0.28 ML	4	QL (0.28/28)
<i>risperidona, comprimidos orales, 0.25 mg, 0.5 mg, 4 mg</i>	2	QL (120/30)	UZEDY, SUSPENSIÓN SUBCUTÁNEA, LIBERACIÓN PROLONGADA, JERINGA, 125 MG/0.35 ML	4	QL (0.35/28)
<i>risperidona, comprimidos orales, 1 mg</i>	2	QL (180/30)	UZEDY, SUSPENSIÓN SUBCUTÁNEA, LIBERACIÓN PROLONGADA, JERINGA, 150 MG/0.42 ML	4	QL (0.42/56)
<i>risperidona, comprimidos orales, 2 mg</i>	2	QL (90/30)	UZEDY, SUSPENSIÓN SUBCUTÁNEA, LIBERACIÓN PROLONGADA, JERINGA, 200 MG/0.56 ML	4	QL (0.56/56)
<i>risperidona, comprimidos orales, 3 mg</i>	2	QL (60/30)	UZEDY, SUSPENSIÓN SUBCUTÁNEA, LIBERACIÓN PROLONGADA, JERINGA, 250 MG/0.7 ML	4	QL (0.7/56)
<i>risperidona, comprimidos de desintegración oral, 0.25 mg, 0.5 mg, 4 mg</i>	4	QL (120/30)	UZEDY, SUSPENSIÓN SUBCUTÁNEA, LIBERACIÓN PROLONGADA, JERINGA, 50 MG/0.14 ML	4	QL (0.14/28)
<i>risperidona, comprimidos de desintegración oral, 1 mg</i>	4	QL (180/30)	UZEDY, SUSPENSIÓN SUBCUTÁNEA, LIBERACIÓN PROLONGADA, JERINGA, 75 MG/0.21 ML	4	QL (0.21/28)
<i>risperidona, comprimidos de desintegración oral, 2 mg</i>	4	QL (90/30)	<i>venlafaxina, cápsulas orales, liberación prolongada, 24 horas, 150 mg, 37.5 mg</i>	2	QL (60/30)
<i>risperidona, comprimidos de desintegración oral, 3 mg</i>	4	QL (60/30)	<i>venlafaxina, cápsulas orales, liberación prolongada, 24 horas, 75 mg</i>	2	QL (90/30)
SECUADO	4	QL (30/30)	<i>venlafaxina, comprimidos orales, 100 mg, 25 mg, 37.5 mg</i>	2	QL (90/30)
<i>sertralina, concentrado oral</i>	4		<i>venlafaxina, comprimidos orales, 50 mg, 75 mg</i>	2	QL (120/30)
<i>sertralina, comprimidos orales</i>	1	QL (60/30)	VERSACLOZ	4	
<i>oxibato de sodio</i>	5	PA; LA; QL (540/30); NDS	<i>vilazodona</i>	4	QL (30/30)
SPRAVATO, ROCIADOR NASAL NO AEROSOL, 56 MG (28 MG X 2)	4	PA; QL (16/28)			
SPRAVATO, ROCIADOR NASAL NO AEROSOL, 84 MG (28 MG X 3)	4	PA; QL (18/28)			
<i>tasimelteon</i>	5	PA; QL (30/30); NDS			
<i>tioridazina</i>	4				
<i>tiotixeno</i>	4				
<i>tranilcipromina</i>	4				
<i>trazodona</i>	2				
<i>trifluoperazina, comprimidos orales, 1 mg</i>	3				

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

*Cursiva minúscula = Medicamento genérico*

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

## Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
VRAYLAR, CÁPSULAS ORALES	4	QL (30/30)
VRAYLAR, CÁPSULAS ORALES, PAQUETE DOSIFICADO	4	QL (14/365)
<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)
<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>	2	QL (30/30)
ZURZUVAE	4	PA
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	
LIDOCAINE (PF), SOLUCIÓN INTRAVENOSA	4	
<i>lidocaína (pf), jeringa 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	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>sulfato de quinidina, comprimidos orales</i>	2	
<i>sorine, comprimidos orales, 120 mg, 160 mg, 80 mg</i>	2	
<i>sotalol af</i>	2	
<i>sotalol oral</i>	2	
SOTYLIZE	4	

#### TRATAMIENTO ANTIHIPERTENSIVO

<i>acebutolol</i>	2	
<i>amilorida</i>	2	
<i>amilorida-hidroclorotiazida</i>	2	
<i>amlodipina</i>	1	
<i>amlodipina-benazepril</i>	1	
<i>amlodipina-valsartán</i>	1	
<i>amlodipina-valsartán-hidroclorotiazida</i>	3	
<i>atenolol</i>	1	
<i>atenolol-clortalidona</i>	2	
<i>benazepril</i>	1	
<i>benazepril-hidroclorotiazida</i>	1	
<i>betaxolol oral</i>	3	
<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>cartia xt</i>	3	
<i>carvedilol</i>	1	
<i>clorotiazida sódica</i>	4	
<i>clortalidona, comprimidos orales, 25 mg, 50 mg</i>	2	

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

*Cursiva minúscula = Medicamento genérico*

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

## Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>clonidina</i>	4	QL (4/28)
<i>clorhidrato de clonidina, comprimidos orales</i>	2	
<i>clorhidrato de diltiazem intravenoso</i>	4	
<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, 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg, 360 mg</i>	3	
DILTIAZEM HCL, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA, 24 HORAS, 420 MG	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>	1	
<i>fosinopril-hidroclorotiazida</i>	1	
<i>furosemida, solución inyectable</i>	4	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>furosemida, solución oral, 10 mg/ml, 40 mg/5 ml (8 mg/ml)</i>	2	
FUROSEMIDE, SOLUCIÓN ORAL, 40 MG/4 ML	2	
<i>furosemida, comprimidos orales</i>	1	
<i>hidralazina inyectable</i>	4	
<i>hidralazina oral</i>	1	
<i>hidroclorotiazida</i>	1	
<i>indapamida</i>	2	
<i>irbesartán</i>	1	QL (30/30)
<i>irbesartán-hidroclorotiazida</i>	1	QL (30/30)
<i>isosorbida-hidralazina</i>	3	QL (180/30)
KERENDIA	3	PA; QL (30/30)
<i>labetalol oral</i>	1	
<i>lisinopril</i>	1	
<i>lisinopril-hidroclorotiazida</i>	1	
<i>losartán</i>	1	QL (60/30)
<i>losartán-hidroclorotiazida, comprimidos orales, 100-12.5 mg, 100-25 mg</i>	1	QL (30/30)
<i>losartán-hidroclorotiazida, comprimidos orales, 50-12.5 mg</i>	1	QL (60/30)
<i>matzim la</i>	3	
<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>	1	
<i>metirosina</i>	5	PA; NDS
<i>minoxidil oral</i>	2	
<i>moexipril</i>	1	
<i>nicardipina, solución intravenosa</i>	4	
<i>nicardipina oral</i>	4	
<i>nifedipina, comprimidos orales, liberación prolongada</i>	3	
<i>nifedipina, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas</i>	3	
<i>nimodipina</i>	4	
<i>olmesartán</i>	1	
<i>olmesartán-hidroclorotiazida</i>	3	
ORENITRAM	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 9.

## Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
ORENITRAM, PAQUETE DE AJUSTE DE DOSIS MES 1	4	PA
ORENITRAM, PAQUETE DE AJUSTE DE DOSIS MES 2	4	PA
ORENITRAM, PAQUETE DE AJUSTE DE DOSIS MES 3	4	PA
<i>perindopril erbumina</i>	1	
<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>quinapril</i>	1	
<i>quinapril-hidroclorotiazida</i>	2	
<i>ramipril</i>	1	
<i>espironolactona, comprimidos orales</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>	1	
<i>terazosina, cápsulas orales, 1 mg, 2 mg, 5 mg</i>	1	QL (30/30)
<i>terazosina, cápsulas orales, 10 mg</i>	1	QL (60/30)
<i>tiadyt, liberación prolongada</i>	3	
<i>maleato de timolol oral</i>	4	
<i>torsevida oral</i>	2	
<i>trandolapril</i>	1	
<i>triamtereno-hidroclorotiazida</i>	1	
<i>valsartán, comprimidos orales, 160 mg, 40 mg, 80 mg</i>	1	QL (60/30)
<i>valsartán, comprimidos orales, 320 mg</i>	1	QL (30/30)
<i>valsartán-hidroclorotiazida</i>	1	QL (30/30)
<i>verapamilo, solución intravenosa</i>	4	
<i>verapamilo, cápsulas orales, píldoras ct de lib. prol., 24 horas</i>	3	
<i>verapamilo, cápsulas orales, píldoras de lib. prol., 24 horas, 120 mg, 180 mg, 240 mg</i>	3	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
VERAPAMIL, CÁPSULAS ORALES, PÍLDORAS DE LIB. PROL., 24 HORAS, 360 MG	4	
<i>verapamilo, comprimidos orales</i>	2	
<i>verapamilo, comprimidos orales, liberación prolongada</i>	2	
<b>TRATAMIENTO DE COAGULACIÓN</b>		
<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>	1	QL (30/30)
<i>dipiridamol oral</i>	3	
DOPTELET (PAQUETE DE 10 COMPRIMIDOS)	5	PA; LA; 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	
<i>fondaparinux</i>	4	
HEPARIN (PORCINA), EN DEXT. AL 5%	4	
<i>heparina (porcina) en nacl (pf)</i>	4	
<i>heparina (porcina), solución inyectable</i>	3	
HEPARIN (PORCINA) EN NAACL AL 0.45%, SOLUCIÓN PARENTERAL INTRAVENOSA, 25,000 UNIDADES/250 ML, 25,000 UNIDADES/500 ML	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	

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

*Cursiva minúscula = Medicamento genérico*

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

## Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
PROMACTA, PAQUETE DE POLVO ORAL, 12.5 MG	5	PA; QL (360/30); NDS
PROMACTA, PAQUETE DE POLVO ORAL, 25 MG	5	PA; QL (180/30); NDS
PROMACTA, COMPRIMIDOS ORALES, 12.5 MG, 25 MG, 50 MG	5	PA; LA; QL (30/30); NDS
PROMACTA, COMPRIMIDOS ORALES, 75 MG	5	PA; LA; QL (60/30); NDS
<i>warfarina</i>	1	
XARELTO	3	
XARELTO, TRATAMIENTO INICIAL PARA TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA/EMBOLIA PULMONAR, 30 DÍAS	3	
<b>AGENTES PARA REDUCIR LOS LÍPIDOS/EL COLESTEROL</b>		
<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>	2	QL (30/30)
<i>ezetimiba-simvastatina</i>	1	QL (30/30)
<i>fenofibrato, cápsulas orales micronizadas, 134 mg, 200 mg, 67 mg</i>	2	
<i>fenofibrato nanocristalizado</i>	2	
<i>fenofibrato, comprimidos orales, 160 mg, 54 mg</i>	2	
<i>ácido fenofibrico (colina)</i>	2	
<i>fluvastatina, cápsulas orales, 20 mg</i>	1	QL (30/30)
<i>fluvastatina, cápsulas orales, 40 mg</i>	1	QL (60/30)
<i>fluvastatina, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas</i>	1	QL (30/30)
<i>gemfibrozil</i>	2	
<i>etilo de icosapento</i>	4	
<i>lovastatina, comprimidos orales, 10 mg</i>	1	QL (30/30)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>lovastatina, comprimidos orales, 20 mg, 40 mg</i>	1	QL (60/30)
NEXLETOL	3	PA; QL (30/30)
NEXLIZET	3	PA; QL (30/30)
<i>niacina, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas</i>	4	
<i>pitavastatina cálcica</i>	1	QL (30/30)
<i>pravastatina</i>	1	QL (30/30)
<i>prevalite</i>	3	
REPATHA PUSHTRONEX	3	PA; QL (7/28)
REPATHA SURECLICK	3	PA; QL (6/28)
REPATHA, JERINGA	3	PA; QL (6/28)
<i>rosuvastatina</i>	1	QL (30/30)
<i>simvastatina</i>	1	QL (30/30)
<b>AGENTES CARDIOVASCULARES VARIOS</b>		
CORLANOR, COMPRIMIDOS ORALES	4	PA; QL (60/30)
<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, PEDIÁTRICO	4	
<i>ranolazina</i>	4	QL (60/30)
VERQUVO	3	PA; QL (30/30)
VYNDAQEL	4	PA
<b>NITRATOS</b>		
<i>dinitrato de isosorbida, comprimidos orales, 10 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg</i>	4	
<i>mononitrato de isosorbida</i>	2	
<i>nitroglicerina intravenosa</i>	4	B/D PA
<i>nitroglicerina sublingual</i>	3	
<i>nitroglicerina, parche transdérmico, 24 horas</i>	2	
<i>nitroglicerina, translingual</i>	4	

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

*Cursiva minúscula = Medicamento genérico*

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



## Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<b>PRODUCTOS DERMATOLÓGICOS/TRATAMIENTO TÓPICO</b>		
<b>ANTIPSORIÁSICOS/ANTISEBORREICOS</b>		
<i>acitretina</i>	4	PA
<i>calcipotrieno, cuero cabelludo</i>	3	QL (120/30)
<i>calcipotrieno, crema tópica</i>	4	QL (120/30)
<i>calcipotrieno, pomada tópica</i>	4	QL (120/30)
<i>sulfuro de selenio, loción tópica</i>	2	
SKYRIZI, LAPICERA PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA	5	PA; QL (2/28); NDS
SKYRIZI, JERINGA SUBCUTÁNEA, 150 MG/ML	5	PA; QL (2/28); NDS
STELARA, SOLUCIÓN SUBCUTÁNEA	5	PA; QL (0.5/28); NDS
STELARA, JERINGA SUBCUTÁNEA, 45 MG/0.5 ML	5	PA; QL (0.5/28); NDS
STELARA, JERINGA SUBCUTÁNEA, 90 MG/ML	5	PA; QL (1/28); NDS
TALTZ, AUTOINYECTOR	5	PA; QL (4/28); NDS
TALTZ, JERINGA	5	PA; QL (4/28); NDS
<b>PRODUCTOS DERMATOLÓGICOS VARIOS</b>		
<i>lactato de amonio</i>	3	
DUPIXENT, LAPICERA PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA, 200 MG/1.14 ML	5	PA; QL (4.56/28); NDS
DUPIXENT, LAPICERA PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA, 300 MG/2 ML	5	PA; QL (8/28); NDS
DUPIXENT, JERINGA SUBCUTÁNEA, 100 MG/0.67 ML	5	PA; QL (1.34/28); NDS
DUPIXENT, JERINGA SUBCUTÁNEA, 200 MG/1.14 ML	5	PA; QL (4.56/28); NDS
DUPIXENT, JERINGA SUBCUTÁNEA, 300 MG/2 ML	5	PA; QL (8/28); NDS
<i>fluorouracilo, crema tópica, 5%</i>	3	
<i>fluorouracilo, solución tópica</i>	3	
<i>glydo</i>	3	QL (60/30)
<i>imiquimod, crema tópica en paquete, 5%</i>	4	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<i>lidocaína (pf), solución inyectable</i>	4	
<i>clorhidrato de lidocaína, solución inyectable</i>	4	
<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 viscosa</i>	2	
<i>lidocaína-prilocaína, crema tópica</i>	4	QL (30/30)
<i>metoxaleno</i>	4	
PANRETIN	5	NDS
<i>podofilox, solución tópica</i>	4	
REGANEX	5	PA; NDS
SANTYL	4	
SILVER SULFADIAZINE	3	
SSD	3	
<i>tacrolimus tópico</i>	4	PA; QL (100/30)
VALCHLOR	5	PA; NDS
ZTLIDO	4	PA; QL (90/30)
<b>TRATAMIENTO DEL ACNÉ</b>		
<i>adapaleno, gel tópico, 0.3%</i>	4	QL (45/30)
<i>claravis</i>	4	
<i>fosfato de clindamicina, gel tópico</i>	4	QL (120/30)
<i>fosfato de clindamicina, gel tópico, una vez al día</i>	4	QL (120/30)
<i>fosfato de clindamicina, loción tópica</i>	3	QL (120/30)
<i>fosfato de clindamicina, solución tópica</i>	4	QL (120/30)
<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>	3	

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

*Cursiva minúscula = Medicamento genérico*

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

## Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>eritromicina-peróxido de benzoilo</i>	4	
<i>isotretinoína, cápsulas orales, 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg</i>	4	
<i>metronidazol tópico</i>	4	
<i>tazaroteno, crema tópica</i>	3	PA
<i>tazaroteno, gel tópico</i>	4	PA
<i>tretinoína, microesferas, gel tópico, 0.1%</i>	4	PA
<i>tretinoína, microesferas, gel tópico con bomba, 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
<b>ANESTÉSICOS TÓPICOS</b>		
<i>clorhidrato de lidocaína, laringotraqueal</i>	3	
<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	
<b>ANTIBACTERIANOS TÓPICOS</b>		
<i>gentamicina, crema tópica</i>	4	QL (60/30)
<i>gentamicina, pomada tópica</i>	3	
<i>mupirocina</i>	2	QL (44/30)
<i>mupirocina cálcica</i>	4	QL (30/30)
<i>sulfacetamida sódica (acné)</i>	4	
<b>ANTIMICÓTICOS TÓPICOS</b>		
<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	QL (6.6/28)
<i>ciclopirox, suspensión tópica</i>	4	QL (60/28)
<i>clotrimazol, crema tópica</i>	3	QL (45/28)
<i>clotrimazol, solución tópica</i>	3	QL (30/28)
<i>clotrimazol-betametasona, crema tópica</i>	4	QL (45/28)
<i>econazol</i>	4	QL (85/28)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<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)
<b>CORTICOESTEROIDES TÓPICOS</b>		
<i>ala-cort, crema tópica, 1%</i>	2	
<i>alclometasona</i>	3	
<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	
<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 y gorra de baño</i>	4	
<i>fluocinolona, crema tópica, 0.01%</i>	3	
<i>fluocinolona, crema tópica, 0.025%</i>	4	
<i>fluocinolona, aceite tópico</i>	4	
<i>fluocinolona, pomada tópica</i>	4	
<i>fluocinolona, solución tópica</i>	4	
<i>fluocinonida, crema tópica, 0.05%</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 9.

## Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<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>	3	
<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, loción tópica, 2.5%</i>	2	
<i>hidrocortisona, pomada tópica, 1%, 2.5%</i>	2	
<i>mometasona tópica</i>	2	
<i>acetónido de triamcinolona, crema tópica</i>	2	
<i>acetónido de triamcinolona, loción tópica</i>	3	
<i>acetónido de triamcinolona, pomada tópica, 0.025%, 0.1%, 0.5%</i>	2	
<i>triderm, crema tópica, 0.1%</i>	2	
<b>ESCABICIDAS/PEDICULICIDAS TÓPICOS</b>		
<i>malatión</i>	4	
<i>permetrina</i>	3	
<b>PRODUCTOS DE DIAGNÓSTICO/AGENTES VARIOS</b>		
<b>SOLUCIONES DE IRRIGACIÓN</b>		
LACTATED RINGERS IRRIGATION	4	
<i>neomicina-polimixina b gu</i>	4	
RINGER'S IRRIGATION	4	
TIS-U-SOL PENTALYTE	4	
<b>AGENTES VARIOS</b>		
<i>acamprosato</i>	4	
<i>anagrelida</i>	3	
<i>ácido carglúmico</i>	5	PA; NDS

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
CHEMET	4	PA
CLINIMIX, 4.25%/D5W, SIN SULFITOS	4	B/D PA
CUVRIOR	5	PA; QL (300/30); NDS
D AL 10%-CLORURO DE SODIO AL 0.45%	4	
<i>d al 2.5%-cloruro de sodio al 0.45%</i>	4	
<i>d al 5% y cloruro de sodio al 0.9%</i>	4	
<i>d al 5%-cloruro de sodio al 0.45%</i>	4	
<i>deferasirox, comprimidos orales, 180 mg, 360 mg</i>	5	PA; NDS
<i>deferasirox, comprimidos orales, 90 mg</i>	4	PA
DEXTROSE 10% Y NAACL 0.2%	4	
<i>dextrosa al 10% en agua (d10w)</i>	4	
DEXTROSE 25% EN AGUA (D25W)	4	
<i>dextrosa al 5% en agua (d5w), solución parenteral intravenosa</i>	4	
DEXTROSE 5% EN AGUA (D5W), INFUSIÓN SECUNDARIA INTRAVENOSA	4	
DEXTROSE 5%-LACTATED RINGERS	4	
<i>dextrosa al 5%-cloruro de sodio al 0.2%</i>	4	
<i>dextrosa al 5%-cloruro de sodio al 0.3%</i>	4	
DEXTROSE 50% EN AGUA (D50W), SOLUCIÓN PARENTERAL INTRAVENOSA	4	
<i>dextrosa al 50% en agua (d50w), jeringa intravenosa</i>	4	
DEXTROSE 70% EN AGUA (D70W)	4	
<i>disulfiram</i>	4	
<i>droxidopa, cápsulas orales, 100 mg</i>	4	PA; QL (90/30)
<i>droxidopa, cápsulas orales, 200 mg, 300 mg</i>	4	PA; QL (180/30)

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

*Cursiva minúscula = Medicamento genérico*

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

## Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
ENDARI	5	PA; QL (180/30); NDS
GLASSIA	5	PA; LA; NDS
INCRELEX	4	PA; LA
<i>levocarnitina (con azúcar)</i>	4	
<i>levocarnitina, solución oral, 100 mg/ml</i>	4	
LEVOCARNITINE, COMPRIMIDOS ORALES	4	
<i>midodrina</i>	4	
<i>nitisinona</i>	5	NDS
<i>clorhidrato de pilocarpina oral</i>	4	
PROLASTIN-C, SOL. PARA RECONST. INTRAVENOSA	5	PA; LA; NDS
PROLASTIN-C, SOLUCIÓN INTRAVENOSA	5	PA; NDS
<i>riluzol</i>	3	
<i>cloruro de sodio al 0.9%, solución parenteral intravenosa</i>	4	
SODIUM CHLORIDE 0.9%, INFUSIÓN SECUNDARIA INTRAVENOSA	4	
SODIUM CHLORIDE IRRIGATION	4	
<i>fenilbutirato sódico</i>	5	PA; NDS
<i>sulfonato de poliestireno sódico, polvo oral</i>	3	
<i>sps (con sorbitol) oral</i>	3	
<i>trientina, cápsulas orales, 250 mg</i>	5	PA; QL (240/30); NDS
TZIELD	4	PA; LA; QL (14/720)
VELPHORO	3	NDS
VELTASSA	4	
WATER FOR IRRIGATION, STERILE	4	
XIAFLEX	4	PA
<i>ácido zoledrónico-manitol-agua, infusión secundaria intravenosa, 5 mg/100 ml</i>	4	B/D PA

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<b>AGENTES PARA DEJAR DE FUMAR</b>		
<i>clorhidrato de bupropión (agente para dejar de fumar)</i>	3	QL (60/30)
NICOTROL	4	
<i>vareniclina</i>	4	
<b>MEDICAMENTOS PARA NARIZ, GARGANTA Y OÍDO</b>		
<b>AGENTES VARIOS</b>		
<i>azelastina nasal en aerosol, rociador</i>	3	QL (60/30)
<i>gluconato de clorhexidina, membrana mucosa</i>	2	
<i>fluoruro (de sodio) dental</i>	2	
<i>bromuro de ipratropio, rociador nasal no aerosol, 21 mcg (0.03%)</i>	2	QL (30/30)
<i>bromuro de ipratropio, rociador nasal no aerosol, 42 mcg (0.06%)</i>	3	QL (30/30)
<i>oralone</i>	4	
<i>periogard</i>	2	
<i>fluoruro de sodio 5000 para sequedad en la boca</i>	2	
<i>fluoruro de sodio 5000 plus</i>	2	
<i>fluoruro de sodio-nitrato potásico</i>	2	
<i>acetónido de triamcinolona, pasta dental</i>	4	
<b>PREPARACIONES ÓTICAS VARIAS</b>		
<i>ácido acético ótico (oído)</i>	3	
<i>flac, aceite ótico</i>	4	
<i>acetónido de fluocinolona, aceite</i>	4	
<i>hidrocortisona-ácido acético</i>	4	
<i>ofloxacina ótica (oídos)</i>	4	
<b>ESTEROIDES/ANTIBIÓTICOS ÓTICOS</b>		
<i>ciprofloxacina-dexametasona</i>	3	
<i>neomicina-polimixina-hidrocortisona ótica (oído)</i>	4	
<b>SISTEMA ENDOCRINO/DIABETES</b>		
<b>HORMONAS SUPRARRENALES</b>		
<i>cortisona</i>	4	
DEPO-MEDROL	4	

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

*Cursiva minúscula = Medicamento genérico*

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

## Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>dexametasona, intensol</i>	4	
<i>dexametasona, elixir oral</i>	3	
<i>dexametasona, solución oral</i>	3	
<i>dexametasona, comprimidos orales</i>	2	
<i>fosfato sódico de dexametasona (pf), solución inyectable, 10 mg/ml</i>	4	
<i>fosfato sódico de dexametasona, solución inyectable</i>	4	
<i>fludrocortisona</i>	2	
<i>hidrocortisona oral</i>	3	
<i>metilprednisolona, paquete dosificado</i>	2	
<i>metilprednisolona</i>	2	
<i>acetato de metilprednisolona</i>	4	
<i>succinato sódico de metilprednisolona, sol. para reconst. inyect., 125 mg, 40 mg</i>	4	
<i>succinato sódico de metilprednisolona intravenoso</i>	4	
<i>prednisolona, solución oral</i>	4	
<i>fosfato sódico de prednisolona, solución oral, 15 mg/5 ml (3 mg/ml), 15 mg/5 ml (5 ml), 25 mg/5 ml (5 mg/ml), 5 mg base/5 ml (6.7 mg/5 ml)</i>	4	
<i>prednisona, intensol</i>	4	
<i>prednisona, solución oral</i>	4	
<i>prednisona, comprimidos orales</i>	2	
<i>prednisona, comprimidos orales, paquete dosificado</i>	2	
<b>SOLU-CORTEF ACT-O-VIAL (PF)</b>	4	
<i>acetónido de triamcinolona, suspensión inyectable, 40 mg/ml</i>	4	
<b>AGENTES ANTI TIROIDEOS</b>		
<i>metimazol, comprimidos orales, 10 mg, 5 mg</i>	2	
<i>propiltiouracilo</i>	3	
<b>TRATAMIENTO DE LA DIABETES</b>		
<i>acarbosa, comprimidos orales, 100 mg</i>	3	QL (90/30)
<i>acarbosa, comprimidos orales, 25 mg</i>	3	QL (360/30)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>acarbosa, comprimidos orales, 50 mg</i>	3	QL (180/30)
<b>BAQSIMI</b>	3	
<i>diazoxida</i>	4	
<b>DROPLET MICRON, AGUJA PARA LAPICERA</b>	3	QL (200/30)
<b>DROPLET, AGUJA PARA LAPICERA, AGUJA CALIBRE 30 X 5/16"</b>	3	QL (200/30)
<b>DROPSAFE, PAÑOS PREPARADOS CON ALCOHOL</b>	3	
<b>DROPSAFE, AGUJA PARA LAPICERA, AGUJA CALIBRE 31 X 3/16"</b>	3	QL (200/30)
<i>glimepirida, comprimidos orales, 1 mg</i>	1	QL (240/30)
<i>glimepirida, comprimidos orales, 2 mg</i>	1	QL (120/30)
<i>glimepirida, comprimidos orales, 4 mg</i>	1	QL (60/30)
<i>glipizida, comprimidos orales, 10 mg</i>	1	QL (120/30)
<b>GLIPIZIDA, COMPRIMIDOS ORALES, 2.5 MG</b>	3	QL (30/30)
<i>glipizida, comprimidos orales, 5 mg</i>	1	QL (240/30)
<i>glipizida, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas, 10 mg</i>	1	QL (60/30)
<i>glipizida, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas, 2.5 mg</i>	1	QL (240/30)
<i>glipizida, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas, 5 mg</i>	1	QL (120/30)
<i>glipizida-metformina, comprimidos orales, 2.5-250 mg</i>	1	QL (240/30)
<i>glipizida-metformina, comprimidos orales, 2.5-500 mg, 5-500 mg</i>	1	QL (120/30)
<b>GLUCAGEN HYPOKIT</b>	3	
<b>GLUCAGON (HCL), KIT DE EMERGENCIAS</b>	3	
<i>glucagón, kit de emergencias (humano)</i>	3	
<b>GLYXAMBI</b>	3	QL (30/30)

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

*Cursiva minúscula = Medicamento genérico*

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



## Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
GVOKE	3	
GVOKE HYPOPEN, PAQUETE DE 1	3	
GVOKE HYPOPEN, PAQUETE DE 2	3	
GVOKE PFS, PAQUETE CON 1 JERINGA	3	
GVOKE PFS, PAQUETE CON 2 JERINGAS	3	
HUMALOG JUNIOR KWIKPEN U-100	3	
HUMALOG KWIKPEN, INSULINA	3	
HUMALOG MIX 50-50, INSULINA U-100	3	
HUMALOG MIX 50-50 KWIKPEN	3	
HUMALOG MIX 75-25 KWIKPEN	3	
HUMALOG MIX 75-25 (U-100), INSULINA	3	
HUMALOG U-100, INSULINA	3	
HUMULIN 70/30 U-100, INSULINA	3	
HUMULIN 70/30 U-100 KWIKPEN	3	
HUMULIN N NPH, INSULINA KWIKPEN	3	
HUMULIN N NPH U-100, INSULINA	3	
HUMULIN R REGULAR U-100, INSULINA	3	
HUMULIN R U-500 (CONC), INSULINA	5	NDS
HUMULIN R U-500 (CONC) KWIKPEN	5	NDS
INSULIN LISPRO PROTAMIN-LISPRO	3	
INSULIN LISPRO, SOLUCIÓN SUBCUTÁNEA	3	
INVOKAMET	3	QL (60/30)
INVOKAMET XR	3	QL (60/30)
INVOKANA	3	QL (30/30)
JANUMET	3	QL (60/30)
JANUMET XR, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA, MULTIFÁSICA, 24 HORAS, 100-1,000 MG	3	QL (30/30)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
JANUMET XR, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA, MULTIFÁSICA, 24 HORAS, 50-1,000 MG, 50-500 MG	3	QL (60/30)
JANUVIA	3	QL (30/30)
JARDIANCE	3	QL (30/30)
JENTADUETO	3	QL (60/30)
JENTADUETO XR, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN INMEDIATA-LIBERACIÓN PROLONGADA, BIFÁSICA, 24 HORAS, 2.5-1,000 MG	3	QL (60/30)
JENTADUETO XR, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN INMEDIATA-LIBERACIÓN PROLONGADA, BIFÁSICA, 24 HORAS, 5-1,000 MG	3	QL (30/30)
LANTUS SOLOSTAR U-100, INSULINA	3	
LANTUS U-100, INSULINA	3	
LYUMJEV KWIKPEN U-100, INSULINA	3	
LYUMJEV KWIKPEN U-200, INSULINA	3	
LYUMJEV U-100, INSULINA	3	
<i>metformina, solución oral</i>	4	QL (765/30)
<i>metformina, comprimidos orales, 1,000 mg</i>	1	QL (75/30)
<i>metformina, comprimidos orales, 500 mg</i>	1	QL (150/30)
<i>metformina, comprimidos orales, 850 mg</i>	1	QL (90/30)
<i>metformina, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas, 500 mg</i>	1	QL (120/30)
<i>metformina, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas, 750 mg</i>	1	QL (60/30)
MOUNJARO	3	PA; QL (2/28)
<i>nateglinida, comprimidos orales, 120 mg</i>	3	QL (90/30)
<i>nateglinida, comprimidos orales, 60 mg</i>	3	QL (180/30)

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

*Cursiva minúscula = Medicamento genérico*

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

## Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES	NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
OMNIPOD 5 G6 INTRO KIT (GEN 5)	3	QL (1/365)	SYNJARDY XR, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN INMEDIATA-LIBERACIÓN PROLONGADA, BIFÁSICA, 24 HORAS, 25-1,000 MG	3	QL (30/30)
OMNIPOD 5 G6 PODS (GEN 5)	3	QL (20/30)	TOUJEO MAX U-300 SOLOSTAR	3	
OMNIPOD CLASSIC PODS (GEN 3)	3	QL (20/30)	TOUJEO SOLOSTAR U-300, INSULINA	3	
OMNIPOD DASH INTRO KIT (GEN 4)	3	QL (1/365)	TRADJENTA	3	QL (30/30)
OMNIPOD DASH PODS (GEN 4)	3	QL (20/30)	TRESIBA FLEXTOUCH U-100	3	
OMNIPOD GO PODS	3	QL (10/30)	TRESIBA FLEXTOUCH U-200	3	
OMNIPOD GO PODS, 10 UNIDADES/DÍA	3	QL (10/30)	TRESIBA U-100, INSULINA	3	
OMNIPOD GO PODS, 15 UNIDADES/DÍA	3	QL (10/30)	TRIJARDY XR, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN INMEDIATA-LIBERACIÓN PROLONGADA, BIFÁSICA, 24 HORAS, 10-5-1,000 MG, 25-5-1,000 MG	3	QL (30/30)
OMNIPOD GO PODS, 20 UNIDADES/DÍA	3	QL (10/30)	TRIJARDY XR, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN INMEDIATA-LIBERACIÓN PROLONGADA, BIFÁSICA, 24 HORAS, 12.5-2.5-1,000 MG, 5-2.5-1,000 MG	3	QL (60/30)
OMNIPOD GO PODS, 25 UNIDADES/DÍA	3	QL (10/30)	TRUEPLUS, INSULINA	3	QL (200/30)
OMNIPOD GO PODS, 30 UNIDADES/DÍA	3	QL (10/30)	TRUEPLUS, AGUJA PARA LAPICERA	3	QL (200/30)
OMNIPOD GO PODS, 40 UNIDADES/DÍA	3	QL (10/30)	TRULICITY	3	PA; QL (2/28)
OZEMPIC, LAPICERA PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA, 0.25 MG O 0.5 MG (2 MG/3 ML), 1 MG/DOSIS (4 MG/3 ML), 2 MG/DOSIS (8 MG/3 ML)	3	PA; QL (3/28)	UNIFINE PENTIPS MAXFLOW	3	QL (200/30)
PENTIPS	3	QL (200/30)	UNIFINE PENTIPS, AGUJA, CALIBRE 29 X 1/2", CALIBRE 31 X 1/4", CALIBRE 31 X 3/16", CALIBRE 31 X 5/16", CALIBRE 32 X 1/4", CALIBRE 32 X 5/32", CALIBRE 33 X 5/32"	3	QL (200/30)
<i>pioglitazona</i>	1	QL (30/30)	UNIFINE PENTIPS PLUS	3	QL (200/30)
<i>repaglinida, comprimidos orales, 0.5 mg</i>	4	QL (960/30)	UNIFINE PENTIPS PLUS MAXFLOW	3	QL (200/30)
<i>repaglinida, comprimidos orales, 1 mg</i>	4	QL (480/30)	UNIFINE SAFECONTROL	3	QL (200/30)
<i>repaglinida, comprimidos orales, 2 mg</i>	4	QL (240/30)	UNIFINE ULTRA, AGUJA PARA LAPICERA	3	QL (200/30)
RYBELSUS	3	PA; QL (30/30)	V-GO 20	3	
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)			

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

*Cursiva minúscula = Medicamento genérico*

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

## Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
V-GO 30	3	
V-GO 40	3	
XULTOPHY 100/3.6	3	QL (15/30)
<b>HORMONAS VARIAS</b>		
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, cápsulas orales</i>	2	
<i>calcitriol, solución oral</i>	3	
CEREZYME, SOL. PARA RECONST. INTRAVENOSA, 400 UNIDADES	5	PA; NDS
CHORIONIC GONADOTROPIN, HUMANA INTRAMUSCULAR	4	PA
<i>cinacalcet, comprimidos orales, 30 mg, 60 mg</i>	4	QL (60/30)
<i>cinacalcet, comprimidos orales, 90 mg</i>	4	QL (120/30)
<i>danazol</i>	4	
<i>desmopresina inyectable</i>	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>pamidronato</i>	4	
<i>paricalcitol oral</i>	4	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
RAYALDEE	5	NDS
<i>sapropterina</i>	5	PA; NDS
SOMAVERT	5	PA; QL (30/30); NDS
SYNAREL	4	
<i>cipionato de testosterona</i>	3	
<i>enantato de testosterona</i>	4	
<i>testosterona, gel transdérmico</i>	4	PA; QL (300/30)
<i>testosterona, gel transdérmico en bomba con dosis medidas, 12.5 mg/1.25 gramos (1%)</i>	4	PA; QL (300/30)
<i>testosterona, gel transdérmico en paquete, 1% (25 mg/2.5 gramos), 1% (50 mg/5 gramos)</i>	4	PA; QL (300/30)
TOLVAPTAN, COMPRIMIDOS ORALES, 15 MG	5	PA; QL (120/30); NDS
<i>tolvaptán, comprimidos orales, 30 mg</i>	5	PA; QL (60/30); NDS
<i>ácido zoledrónico, solución intravenosa</i>	4	B/D PA
<i>ácido zoledrónico-manitol-agua, infusión secundaria intravenosa, 4 mg/100 ml</i>	4	B/D PA
ZOLEDRONIC AC-MANNITOL-0.9 NAACL	4	B/D PA
<b>HORMONAS TIROIDEAS</b>		
<i>euthyrox</i>	2	
<i>levotiroxina, comprimidos orales</i>	2	
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	3	
<i>liotironina oral</i>	3	
SYNTHROID	4	
UNITHROID	4	
<b>GASTROENTEROLOGÍA</b>		
<b>ANTIDIARREICOS/ANTIESPASMÓDICOS</b>		
<i>dicloamina, cápsulas orales</i>	2	
<i>dicloamina, solución oral</i>	4	

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

*Cursiva minúscula = Medicamento genérico*

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

## Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>dicloamina, comprimidos orales</i>	2	
<i>difenoxilato-atropina</i>	4	
<i>glicopirronio (pf)</i>	4	
<i>glicopirronio (pf) en agua inyectable</i>	4	
<i>glicopirronio (pf) en agua, jeringa intravenosa, 0.4 mg/2 ml (0.2 mg/ml)</i>	4	
<i>glicopirronio, comprimidos orales, 1 mg, 2 mg</i>	4	
<i>loperamida, cápsulas orales</i>	2	
<b>AGENTES GASTROINTESTINALES VARIOS</b>		
<i>aloserón</i>	4	PA
<i>aprepitant</i>	4	B/D PA
<i>balsalazida</i>	4	
<i>betaina</i>	5	NDS
<i>budesonida oral</i>	4	
CLENPIQ	4	
<i>compro</i>	4	
<i>constulosa</i>	2	
CORTIFOAM	4	
<i>cromoglicato oral</i>	3	
<i>dronabinol</i>	4	B/D PA; QL (60/30)
<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>	3	B/D PA
<i>hidrocortisona rectal</i>	3	
<i>hidrocortisona, crema tópica con aplicador perineal</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	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>mesalamina, enema rectal</i>	4	
<i>mesalamina con pañuelo limpiador</i>	4	
<i>clorhidrato de metoclopramida, solución oral</i>	2	
<i>clorhidrato de metoclopramida, comprimidos orales</i>	2	
MOVANTIK	4	QL (30/30)
OALIVA	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>palonosetrón, solución intravenosa, 0.25 mg/5 ml</i>	4	
<i>peg 3350-electrolitos</i>	2	
<i>peg-electrolitos, solución</i>	2	
<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>	2	
<i>proctosol hc tópico</i>	2	
<i>proctozona-hc</i>	2	
RECTIV	4	
REMICADE	5	PA; QL (20/30); NDS
SANCUSO	5	NDS
<i>escopolamina base</i>	4	QL (10/30)
SKYRIZI INTRAVENOSO	5	PA; QL (30/180); NDS
SKYRIZI, INYECTOR PONIBLE SUBCUTÁNEO, 180 MG/1.2 ML (150 MG/ML)	5	PA; QL (1.2/56); NDS

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

*Cursiva minúscula = Medicamento genérico*

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

## Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
SKYRIZI, INYECTOR PONIBLE SUBCUTÁNEO, 360 MG/2.4 ML (150 MG/ML)	5	PA; QL (2.4/56); NDS
SULFATO DE SODIO, SULFATO DE POTASIO, SULFATO DE MAGNESIO	3	
SUCRAID	4	PA
SUFLAVE	4	
<i>sulfasalazina, comprimidos orales</i>	2	
SULFASALAZINE, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN RETARDADA (DR/EC)	2	
SUTAB	4	
TRULANCE	4	
<i>ursodiol, cápsulas orales, 300 mg</i>	3	
<i>ursodiol, comprimidos orales</i>	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	
<b>TRATAMIENTO DE ÚLCERAS</b>		
<i>famotidina, suspensión oral para reconstitución</i>	4	
<i>famotidina, comprimidos orales, 20 mg</i>	4	
<i>famotidina, comprimidos orales, 40 mg</i>	3	
<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 (168/180)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<b>INMUNOLOGÍA, VACUNAS/BIOTECNOLOGÍA</b>		
<b>MEDICAMENTOS BIOTECNOLÓGICOS</b>		
PROCRIT, SOLUCIÓN INYECTABLE, 20,000 UNIDADES/2 ML	4	PA
<b>INMUNOLOGÍA, VACUNAS/BIOTECNOLOGÍA</b>		
<b>MEDICAMENTOS BIOTECNOLÓGICOS</b>		
ACTIMMUNE	5	PA; NDS
ARCALYST	5	PA; NDS
AVONEX	5	PA; QL (1/28); NDS
BESREMI	5	PA; LA; QL (2/28); NDS
BETASERON, KIT PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA	5	PA; QL (14/28); NDS
GENOTROPIN	5	PA; NDS
GENOTROPIN MINIQUEEK	5	PA; NDS
NIVESTYM	5	PA; NDS
PEGASYS, SOLUCIÓN SUBCUTÁNEA	5	PA; QL (4/28); NDS
PEGASYS, JERINGA SUBCUTÁNEA	5	PA; QL (2/28); NDS
PLERIXAFOR	5	B/D PA; NDS
PROCRIT, SOLUCIÓN INYECTABLE, 10,000 UNIDADES/ML, 2,000 UNIDADES/ML, 40,000 UNIDADES/ML	4	PA
<i>procrit, solución inyectable, 20,000 unidades/ml, 3,000 unidades/ml, 4,000 unidades/ml</i>	4	PA
RETACRIT	4	PA
ZIEXTENZO	4	PA
<b>VACUNAS/AGENTES INMUNOLÓGICOS VARIOS</b>		
ABRYSVO	3	PA; QL (1/365)
ACTHIB (PF)	3	
ADACEL (TDAP ADOLESC./ ADULTOS) (PF)	3	V
AREXVY (PF)	3	PA; QL (1/365)
ATGAM	4	B/D PA
BCG (PF), VACUNA CON VIRUS VIVOS	4	V

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

*Cursiva minúscula = Medicamento genérico*

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



## Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
BEXSERO	3	V
BOOSTRIX TDAP	3	V
BOTOX	4	PA
DAPTACEL (DTAP PEDIÁTRICA) (PF)	3	
ENGERIX-B (PF)	3	B/D PA; V
ENGERIX-B (PF), USO PEDIÁTRICO	3	B/D PA; V
<i>fomepizol</i>	5	NDS
GARDASIL 9 (PF)	4	
HAVRIX (PF), JERINGA INTRAMUSCULAR, 1,440 UNIDADES ELISA/ML	3	V
HAVRIX (PF), JERINGA INTRAMUSCULAR, 720 UNIDADES ELISA/0.5 ML	3	
HEPLISAV-B (PF)	3	B/D PA; V
HIBERIX (PF)	3	
HIZENTRA, SOLUCIÓN SUBCUTÁNEA	4	B/D PA
IMOVAX (PF), VACUNA ANTIRRÁBICA	4	V
INFANRIX (DTAP) (PF), JERINGA INTRAMUSCULAR	3	
IPOL	3	V
IXIARO (PF)	4	V
JYNNEOS (PF)	3	V
KINRIX (PF), JERINGA INTRAMUSCULAR	3	
MENACTRA (PF), SOLUCIÓN INTRAMUSCULAR	3	V
MENQUADFI (PF)	3	V
MENVEO A-C-Y-W-135-DIP (PF)	3	V
M-M-R II (PF)	3	V
PANZYGA	5	B/D PA; NDS
PEDIARIX (PF)	3	
PEDVAX HIB (PF)	3	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
PENTACEL (PF), KIT INTRAMUSCULAR, 15 LF-48 MCG-62 DU-10 MCG/0.5 ML	3	
PREHEVBRIO (PF)	3	B/D PA; V
PRIORIX (PF)	3	V
PROQUAD (PF)	3	
QUADRACEL (PF)	3	
RABAVERT (PF)	3	V
RECOMBIVAX HB (PF)	3	B/D PA; V
ROTARIX	3	
ROTATEQ, VACUNA	3	
SHINGRIX (PF)	3	V; QL (2/999)
STAMARIL (PF)	4	V
TDVAX	3	V
TENIVAC (PF)	3	V
TETANUS, DIPHTHERIA TOX, PEDIÁTRICA (PF)	3	
TICE BCG	4	B/D PA
TICOVAC	3	
TRUMENBA	3	V
TWINRIX (PF)	3	V
TYPHIM VI	3	V
VAQTA (PF), SUSPENSIÓN INTRAMUSCULAR, 25 UNIDADES/0.5 ML	3	
VAQTA (PF), SUSPENSIÓN INTRAMUSCULAR, 50 UNIDADES/ML	3	V
VAQTA (PF), JERINGA INTRAMUSCULAR, 25 UNIDADES/0.5 ML	3	
VAQTA (PF), JERINGA INTRAMUSCULAR, 50 UNIDADES/ML	3	V
VARIVAX (PF)	3	V
VARIZIG	4	
YF-VAX (PF)	3	V

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

*Cursiva minúscula = Medicamento genérico*

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

## Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<b>SUMINISTROS VARIOS</b>		
<b>SUMINISTROS VARIOS</b>		
PAÑOS CON ALCOHOL	3	
ASSURE ID, JERINGA DE SEGURIDAD PARA INSULINA, 1 ML, CALIBRE 29 X 1/2"	3	QL (200/30)
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)
GASA, VENDA PARA APLICACIÓN TÓPICA, 2 X 2"	3	
JERINGA PARA INSULINA CON AGUJA, U-100, 0.3 ML CALIBRE 29, 1 ML CALIBRE 29 X 1/2", 1/2 ML CALIBRE 28	3	QL (200/30)
AGUJA PARA LAPICERA, AGUJA PARA DIABETES, CALIBRE 29 X 1/2"	3	QL (200/30)
TECHLITE, JERINGA PARA INSULINA, 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 31 X 15/64", 0.3 ML CALIBRE 31 X 5/16", 0.5 ML CALIBRE 30 X 1/2", 0.5 ML CALIBRE 31 X 15/64", 0.5 ML CALIBRE 31 X 5/16"	3	QL (200/30)
TECHLITE, AGUJA PARA LAPICERA, AGUJA CALIBRE 29 X 1/2", CALIBRE 31 X 3/16", CALIBRE 31 X 5/16", CALIBRE 32 X 1/4", CALIBRE 32 X 5/32"	3	QL (200/30)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/LÍMITES
<b>SISTEMA LOCOMOTOR/REUMATOLOGÍA</b>		
<b>TRATAMIENTO DE LA GOTA</b>		
<i>alopurinol, comprimidos orales, 100 mg, 300 mg</i>	2	
<i>colchicina, comprimidos orales</i>	3	QL (120/30)
<i>febuxostat</i>	4	ST
MITIGARE	3	QL (120/30)
<i>probenecid</i>	3	
<i>probenecid/colchicina</i>	3	
<b>TRATAMIENTO DE LA OSTEOPOROSIS</b>		
<i>alendronato, comprimidos orales, 10 mg</i>	1	QL (30/30)
<i>alendronato, comprimidos orales, 35 mg, 70 mg</i>	2	QL (4/28)
FORTEO	5	PA; QL (2.4/28); NDS
<i>ibandronato oral</i>	3	QL (1/28)
PROLIA	4	QL (1/180)
<i>raloxifeno</i>	3	QL (30/30)
TYMLOS	5	PA; QL (1.56/30); NDS
<b>OTROS AGENTES REUMATOLÓGICOS</b>		
ADALIMUMAB-ADAZ	5	PA; QL (1.6/28); NDS
ADALIMUMAB-ADB, KIT DE LAPICERA PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA	5	PA; QL (4/28); NDS
ADALIMUMAB-ADB, KIT DE JERINGA SUBCUTÁNEA, 10 MG/0.2 ML, 20 MG/0.4 ML	5	PA; QL (2/28); NDS
ADALIMUMAB-ADB, KIT DE JERINGA SUBCUTÁNEA, 40 MG/0.8 ML	5	PA; QL (4/28); NDS
ADALIMUMAB-ADB (CF) PEN CROHNS	5	PA; QL (12/365); NDS
ADALIMUMAB-ADB (CF) PEN PS-UV	5	PA; QL (8/365); NDS
BENLYSTA INTRAVENOSO	5	PA; NDS
CYLTEZO (CF) PEN	5	PA; QL (4/28); NDS

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

*Cursiva minúscula = Medicamento genérico*

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

## Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
CYLTEZO (CF) PEN CROHN'S-UC-HS	5	PA; QL (12/365); NDS
CYLTEZO (CF) PEN PSORIASIS-UV	5	PA; QL (8/365); NDS
CYLTEZO (CF), KIT DE JERINGA SUBCUTÁNEA, 10 MG/0.2 ML, 20 MG/0.4 ML	5	PA; QL (2/28); NDS
CYLTEZO (CF), KIT DE JERINGA SUBCUTÁNEA, 40 MG/0.8 ML	5	PA; QL (4/28); NDS
ENBREL MINI	5	PA; QL (8/28); NDS
ENBREL, SOLUCIÓN SUBCUTÁNEA	5	PA; QL (8/28); NDS
ENBREL, JERINGA SUBCUTÁNEA	5	PA; QL (8/28); NDS
ENBREL SURECLICK	5	PA; QL (8/28); NDS
HUMIRA PEN	5	PA; QL (4/28); NDS
HUMIRA PEN CROHNS-UC-HS, PAQUETE INICIAL	5	PA; QL (12/365); NDS
HUMIRA PEN PSOR-UVETS-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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
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
HYRIMOZ PEN CROHN'S-UC, PAQUETE INICIAL	5	PA; QL (4.8/365); NDS
HYRIMOZ PEN PSORIASIS, PAQUETE INICIAL	5	PA; QL (3.2/365); NDS
HYRIMOZ (CF) PEDI CROHN, PAQUETE INICIAL, JERINGA SUBCUTÁNEA, 80 MG/0.8 ML	5	PA; QL (3.2/365); NDS
HYRIMOZ (CF) PEDI CROHN, PAQUETE INICIAL, JERINGA SUBCUTÁNEA, 80 MG/0.8 ML-40 MG/0.4 ML	5	PA; QL (2.4/365); NDS
HYRIMOZ (CF) PEN	5	PA; QL (1.6/28); NDS
HYRIMOZ (CF), JERINGA SUBCUTÁNEA, 10 MG/ 0.1 ML	5	PA; QL (0.2/28); NDS
HYRIMOZ (CF), JERINGA SUBCUTÁNEA, 20 MG/ 0.2 ML	5	PA; QL (0.4/28); NDS
HYRIMOZ (CF), JERINGA SUBCUTÁNEA, 40 MG/ 0.4 ML	5	PA; QL (1.6/28); 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
ORENCIA, JERINGA SUBCUTÁNEA, 87.5 MG/0.7 ML	5	PA; QL (2.8/28); NDS
OTEZLA	5	PA; QL (60/30); NDS
OTEZLA, COMPRIMIDOS ORALES INICIALES, PAQUETE DOSIFICADO, 10 MG (4)-20 MG (4)-30 MG (47)	5	PA; QL (110/365); NDS
<i>penicilamina</i>	5	NDS

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

*Cursiva minúscula = Medicamento genérico*

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

## Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
RINVOQ, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA, 24 HORAS, 15 MG, 30 MG	5	PA; QL (30/30); NDS
RINVOQ, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA, 24 HORAS, 45 MG	5	PA; QL (84/180); NDS
<b>OBSTETRICIA/GINECOLOGÍA</b>		
<b>ESTRÓGENOS/PROGESTINAS</b>		
<i>camila</i>	4	
<i>deblitane</i>	4	
DEPO-SUBQ PROVERA 104	4	
<i>dotti</i>	3	QL (8/28)
DUAVEE	4	PA
<i>errin</i>	4	
<i>estradiol oral</i>	2	
<i>estradiol, parche transdérmico quincenal</i>	3	QL (8/28)
<i>estradiol, parche transdérmico semanal</i>	3	QL (4/28)
<i>estradiol vaginal</i>	4	
<i>valerato de estradiol</i>	4	
<i>heather</i>	4	
<i>caproato de hidroxiprogesterona</i>	5	NDS
<i>incassia</i>	4	
<i>jencycla</i>	4	
<i>lyza</i>	4	
<i>medroxiprogesterona intramuscular</i>	4	
<i>medroxiprogesterona oral</i>	2	
NORA-BE	4	
<i>noretisterona (anticonceptivo)</i>	4	
<i>acetato de noretisterona</i>	4	
PREMARIN INYECTABLE	4	
PREMARIN ORAL	3	
PREMARIN VAGINAL	3	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
PREMPRO	3	
<i>progesterona micronizada</i>	3	
<i>sharobel</i>	4	
<i>yuvafem</i>	4	
<b>PRODUCTOS OBSTÉTRICOS/GINECOLÓGICOS VARIOS</b>		
<i>fosfato de clindamicina vaginal</i>	3	
<i>etonogestrel-etinilestradiol</i>	4	
<i>metronidazol vaginal</i>	4	
<i>terconazol</i>	4	
<i>ácido tranexámico oral</i>	3	
VANAZOLE	4	
<b>ANTICONCEPTIVOS ORALES/AGENTES RELACIONADOS</b>		
<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 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	
<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	

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

*Cursiva minúscula = Medicamento genérico*

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

## Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
CAMRESE	4	
CAMRESE LO	4	
<i>charlotte 24 fe</i>	4	
<i>chateal eq (28)</i>	4	
<i>cryselle (28)</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	
<i>dolishale</i>	4	
<i>drospirenona-e.estradiol-lm. fa, comprimidos orales, 3-0.02-0.451 mg (24) (4)</i>	4	
DROSPIRENONE-E. ESTRADIOL-LM.FA, COMPRIMIDOS ORALES, 3-0.03-0.451 MG (21) (7)	4	
<i>drospirenona-etinilestradiol</i>	4	
<i>elinst</i>	4	
<i>enpresse</i>	4	
<i>enskyce</i>	4	
<i>estarylla</i>	4	
<i>etidol diac-etinilestradiol</i>	4	
<i>falmina (28)</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	
<i>iclevia</i>	4	
<i>isibloom</i>	4	
<i>jaimiess</i>	4	
<i>jasmiel (28)</i>	4	
JOLESSA	4	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>joyeaux</i>	4	
<i>juleber</i>	4	
<i>junel 1.5/30 (21)</i>	4	
<i>junel 1/20 (21)</i>	4	
<i>junel fe 1.5/30 (28)</i>	4	
<i>junel fe 1/20 (28)</i>	4	
<i>junel fe 24</i>	4	
<i>kaitlib fe</i>	4	
<i>kalliga</i>	4	
<i>kariva (28)</i>	4	
<i>kelnor 1/35 (28)</i>	4	
<i>kelnor 1-50 (28)</i>	4	
<i>kurvelo (28)</i>	4	
<i>l norgest/e.estradiol-e.estradiol</i>	4	
<i>larin 1.5/30 (21)</i>	4	
<i>larin 1/20 (21)</i>	4	
<i>larin 24 fe</i>	4	
<i>larin fe 1.5/30 (28)</i>	4	
<i>larin fe 1/20 (28)</i>	4	
LAYOLIS FE	4	
<i>leena 28</i>	4	
<i>lessina</i>	4	
<i>levonest (28)</i>	4	
<i>levonorgestrel-etinilestradiol</i>	4	
<i>levonorg-etetinilestradiol trifásico</i>	4	
<i>levora-28</i>	4	
<i>lojaimiess</i>	4	
<i>loryna (28)</i>	4	
<i>low-ogestrel (28)</i>	4	
<i>lo-zumandimine (28)</i>	4	
<i>lutura (28)</i>	4	
<i>marlissa (28)</i>	4	
<i>merzee</i>	4	
<i>microgestin 1.5/30 (21)</i>	4	
<i>microgestin 1/20 (21)</i>	4	
<i>microgestin fe 1.5/30 (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 9.



## Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>microgestin fe 1/20 (28)</i>	4	
<i>mili</i>	4	
<i>mono-linyah</i>	4	
<i>necon 0.5/35 (28)</i>	4	
<i>nikki (28)</i>	4	
<i>noret.-etinilestradiol/hierro</i>	4	
<i>noretisterona ac-etinilestradiol, comprimidos orales, 1-20 mg-mcg, 1.5-30 mg-mcg</i>	4	
<i>noretisterona-etinilestradiol-hierro</i>	4	
<i>norgestimato-etinilestradiol</i>	4	
<i>nortrel 0.5/35 (28)</i>	4	
<i>nortrel 1/35 (21)</i>	4	
<i>nortrel 1/35 (28)</i>	4	
<i>nortrel 7/7/7 (28)</i>	4	
<i>nylia 1/35 (28)</i>	4	
<i>nylia 7/7/7 (28)</i>	4	
<i>nymyo</i>	4	
<i>ocella</i>	4	
<i>philith</i>	4	
<i>pimtrea (28)</i>	4	
<i>portia 28</i>	4	
<i>reclipsen (28)</i>	4	
RIVELSA	4	
<i>setlakin</i>	4	
<i>simliya (28)</i>	4	
<i>simpesse</i>	4	
<i>sprintec (28)</i>	4	
<i>sronyx</i>	4	
<i>syeda</i>	4	
<i>tarina 24 fe</i>	4	
<i>tarina fe 1-20 eq (28)</i>	4	
<i>taysofy</i>	4	
<i>tilia fe</i>	4	
<i>tri-estarylla</i>	4	
<i>tri-legest fe</i>	4	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>tri-linyah</i>	4	
<i>tri-lo-estarylla</i>	4	
<i>tri-lo-marzia</i>	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 (28)</i>	4	
<i>trivora (28)</i>	4	
<i>tri-vylibra</i>	4	
<i>tri-vylibra lo</i>	4	
<i>turqoz (28)</i>	4	
TYBLUME	4	
<i>tydemy</i>	4	
<i>velivet, régimen trifásico (28)</i>	4	
<i>vestura (28)</i>	4	
<i>vienva</i>	4	
<i>viorele (28)</i>	4	
<i>volnea (28)</i>	4	
<i>vyfemla (28)</i>	4	
<i>vylibra</i>	4	
<i>wera (28)</i>	4	
<i>wymzya fe</i>	4	
<i>zovia 1-35 (28)</i>	4	
<i>zumandimine (28)</i>	4	

### OFTALMOLOGÍA

#### ANTIBIÓTICOS

<i>bacitracina oftálmica (ojos)</i>	4	
<i>bacitracina-polimixina b</i>	2	
BESIVANCE	4	
<i>clorhidrato de ciprofloxacina oftálmico (ojos)</i>	2	
<i>eritromicina oftálmica (ojos)</i>	2	
<i>gentamicina, gotas oftálmicas (ojos)</i>	3	
<i>moxifloxacina oftálmica (ojos)</i>	3	

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

*Cursiva minúscula = Medicamento genérico*

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

## Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
NATACYN	4	
<i>neomicina-bacitracina-polimixina</i>	4	
<i>neomicina-polimixina-gramicidina</i>	3	
<i>ofloxacina oftálmica (ojos)</i>	2	
<i>polycin</i>	2	
<i>polimixina b sulfato de trimetoprima</i>	2	
<i>tobramicina oftálmica (ojos)</i>	2	
<b>ANTIVÍRICOS</b>		
<i>trifluridina</i>	3	
<i>zirgan</i>	4	
<b>BETABLOQUEANTES</b>		
<i>carteolol</i>	2	
<i>levobunolol, gotas oftálmicas (ojos), 0.5%</i>	2	
<i>maleato de timolol, gotas oftálmicas (ojos)</i>	2	
<i>maleato de timolol, solución gelificante oftálmica (ojos)</i>	4	
<b>PRODUCTOS OFTALMOLÓGICOS VARIOS</b>		
<i>atropina, gotas oftálmicas (ojos)</i>	3	
<i>azelastina oftálmica (ojos)</i>	4	
<i>cromoglicato oftálmico (ojos)</i>	2	
<i>ciclosporina oftálmica (ojos)</i>	4	
CYSTARAN	5	PA; NDS
EYLEA	4	PA; QL (0.1/28)
MIEBO	3	QL (3/30)
<i>olopatadina, gotas oftálmicas (ojos), 0.1%</i>	3	
OXERVATE	4	PA; QL (112/56)
<i>clorhidrato de pilocarpina, gotas oftálmicas (ojos), 1%, 2%, 4%</i>	3	
<i>sulfacetamida sódica, gotas oftálmicas (ojos)</i>	3	
<i>sulfacetamida-prednisolona</i>	2	
XDEMVY	4	PA; QL (10/42)
XIIDRA	3	QL (60/30)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<b>AGENTES ANTIINFLAMATORIOS NO ESTEROIDEOS</b>		
<i>diclofenaco sódico oftálmico (ojos)</i>	2	
<i>flurbiprofeno sódico</i>	3	
KETOROLAC, GOTAS OFTÁLMICAS (OJOS), 0.4%	3	
<i>ketorolaco, gotas oftálmicas (ojos), 0.5%</i>	2	
<b>MEDICAMENTOS ORALES PARA EL GLAUCOMA</b>		
<i>acetazolamida, cápsulas orales, liberación prolongada</i>	4	
<i>acetazolamida, comprimidos orales</i>	3	
<i>acetazolamida sódica</i>	4	
<i>metazolamida</i>	4	
<b>OTROS MEDICAMENTOS PARA EL GLAUCOMA</b>		
<i>brimonidina-timolol</i>	4	
<i>dorzolamida</i>	2	
<i>dorzolamida-timolol</i>	2	
<i>latanoprost</i>	1	
LUMIGAN, GOTAS OFTÁLMICAS (OJOS), 0.01%	3	
RHOPRESSA	4	ST
ROCKLATAN	4	ST
SIMBRINZA	4	
<b>COMBINACIONES DE ESTEROIDES-ANTIBIÓTICOS</b>		
<i>neomicina-bacitracina-polimixina-hc</i>	3	
<i>neomicina-polimixina b-dexametasona</i>	2	
<i>neomicina-polimixina-hc oftálmica (ojos)</i>	4	
TOBRADEX ST	3	
<i>tobramicina-dexametasona</i>	3	
<b>ESTEROIDES</b>		
<i>fosfato sódico de dexametasona oftálmico (ojos)</i>	3	
<i>difluprednato</i>	3	
EYSUVIS	4	QL (16.6/30)

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

*Cursiva minúscula = Medicamento genérico*

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

## Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
FLUOROMETHOLONE	3	
LOTEMAX, POMADA OFTÁLMICA (OJOS)	4	
LOTEMAX SM	4	
<i>etabonato de loteprednol, gotas oftálmicas (ojos), gel</i>	4	
<i>etabonato de loteprednol, gotas oftálmicas (ojos), suspensión, 0.5%</i>	4	
PREDNISOLONE ACETATE	3	
<i>fosfato sódico de prednisolona oftálmico (ojos)</i>	4	
<b>AGENTES SIMPATICOMIMÉTICOS</b>		
ALPHAGAN P, GOTAS OFTÁLMICAS (OJOS), 0.1%	3	
<i>apraclonidina</i>	4	
<i>brimonidina, gotas oftálmicas (ojos), 0.1%</i>	3	
<i>brimonidina, gotas oftálmicas (ojos), 0.15%</i>	4	
<i>brimonidina, gotas oftálmicas (ojos), 0.2%</i>	2	
<b>SISTEMA RESPIRATORIO Y ALERGIA</b>		
<b>AGENTES ANTIHISTAMÍNICOS/ANTIALÉRGICOS</b>		
<i>desloratadina, comprimidos orales</i>	3	QL (30/30)
<i>clorhidrato de difenhidramina, solución inyectable, 50 mg/ml</i>	4	
EPINEPHRINE, AUTOINYECTOR PARA INYECCIÓN, 0.15 MG/0.15 ML, 0.3 MG/0.3 ML	3	QL (2/30)
<i>epinefrina, autoinyector para inyección, 0.15 mg/0.3 ml, 0.3 mg/0.3 ml</i>	3	QL (2/30)
<i>epinefrina, solución inyectable, 1 mg/ml</i>	4	
<i>clorhidrato de hidroxizina, comprimidos orales</i>	4	PA
<i>levocetirizina, comprimidos orales</i>	2	QL (30/30)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>prometazina, jarabe oral</i>	4	PA
<i>prometazina, comprimidos orales</i>	2	PA
<b>AGENTES PULMONARES</b>		
<i>acetilcisteína</i>	4	B/D PA
ADEMPAS	5	PA; LA; QL (90/30); NDS
ADVAIR HFA	3	QL (12/30)
<i>sulfato de albuterol para inhalar, inhalador en aerosol de hfa, 90 mcg/activación</i>	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, inhalador en aerosol de hfa, 90 mcg/activación (NDA020983)</i>	3	QL (36/30)
<i>sulfato de albuterol para inhalar, solución para nebulización</i>	2	B/D PA
<i>sulfato de albuterol, jarabe oral</i>	2	
<i>sulfato de albuterol, comprimidos orales</i>	4	
<i>ambrisentán</i>	5	PA; LA; QL (30/30); NDS
ANORO ELLIPTA	3	QL (60/30)
<i>arformoterol</i>	4	B/D PA
ARNUITY ELLIPTA	3	QL (30/30)
ATROVENT HFA	4	QL (25.8/30)
BREO ELLIPTA	3	QL (60/30)
<i>breyna</i>	4	QL (10.3/30)
<i>budesonida para inhalar</i>	4	B/D PA; QL (120/30)
CINRYZE	5	PA; NDS
COMBIVENT RESPIMAT	4	QL (8/30)
<i>cromoglicato para inhalar</i>	4	B/D PA
<i>flunisolida</i>	3	QL (50/30)
<i>propionato de fluticasona nasal</i>	2	QL (16/30)
<i>icatibanto</i>	5	PA; QL (18/30); NDS
INCRUSE ELLIPTA	3	QL (30/30)

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

*Cursiva minúscula = Medicamento genérico*

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

## Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>bromuro de ipratropio para inhalar</i>	2	B/D PA
<i>ipratropio-albuterol</i>	2	B/D PA
KALYDECO	5	PA; QL (56/28); NDS
<i>montelukast, paquete de gránulos orales</i>	4	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; LA; QL (3/28); NDS
NUCALA, JERINGA SUBCUTÁNEA, 100 MG/ML	5	PA; LA; QL (3/28); NDS
NUCALA, JERINGA SUBCUTÁNEA, 40 MG/0.4 ML	5	PA; LA; QL (0.4/28); NDS
OFEV	5	PA; QL (60/30); NDS
OPSUMIT	5	PA; NDS
ORKAMBI, PAQUETE DE GRÁNULOS ORALES	5	PA; QL (56/28); NDS
ORKAMBI, COMPRIMIDOS ORALES	5	PA; QL (112/28); NDS
<i>pirfenidona, comprimidos orales, 267 mg</i>	5	PA; QL (270/30); NDS
<i>pirfenidona, comprimidos orales, 534 mg, 801 mg</i>	5	PA; QL (90/30); NDS
PULMOZYME	5	B/D PA; QL (150/30); NDS
<i>roflumilast</i>	4	PA; QL (30/30)
RYALTRIS	4	ST
<i>sajazir</i>	5	PA; QL (18/30); NDS
SEREVENT DISKUS	3	QL (60/30)
<i>sildenafil (hipertensión pulmonar), comprimidos orales</i>	3	PA; QL (90/30)
<i>terbutalina</i>	4	
<i>teofilina, comprimidos orales, liberación prolongada, 12 horas, 100 mg, 200 mg, 300 mg</i>	4	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>teofilina, comprimidos orales, liberación prolongada, 12 horas, 450 mg</i>	2	
<i>teofilina, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas, 400 mg</i>	2	
<i>teofilina, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas, 600 mg</i>	3	
TRELEGY ELLIPTA	3	QL (60/30)
TRIKAFTA, PAQUETE DE GRÁNULOS ORALES, TERAPIA SECUENCIAL	5	PA; QL (56/28); NDS
TRIKAFTA, COMPRIMIDOS ORALES, TERAPIA SECUENCIAL	5	PA; QL (84/28); NDS
TYVASO	4	B/D PA
TYVASO INSTITUTIONAL, KIT INICIAL	4	B/D PA
TYVASO, KIT DE RELLENO	4	B/D PA
TYVASO, PAQUETE INICIAL	4	B/D PA
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
<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, 5 mg</i>	2	
<i>cloruro de oxibutinina, comprimidos 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 9.

## Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>tolterodina, cápsulas orales, liberación prolongada, 24 horas</i>	4	ST
<i>tolterodina, comprimidos orales</i>	4	
<b>TRATAMIENTO DE LA HIPERPLASIA PROSTÁTICA BENIGNA (HPB)</b>		
<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)
<b>AGENTES UROLÓGICOS VARIOS</b>		
<i>cloruro de betanecol</i>	3	
CYSTAGON	4	LA
ELMIRON	4	
<i>k-phos original</i>	4	
<i>citrato de potasio, comprimidos orales, liberación prolongada</i>	4	
RENACIDIN	4	
<b>VITAMINAS, HEMATÍNICOS/ELECTROLITOS</b>		
<b>ELECTROLITOS</b>		
<i>acetato de calcio (aglutinante de fosfato)</i>	3	QL (360/30)
<i>klor-con</i>	2	
KLOR-CON 10	2	
KLOR-CON 8	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	
POTASSIUM CHLORID-D5-NACL AL 0.45%	4	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
POTASSIUM CHLORIDE EN NACL AL 0.9%, SOLUCIÓN PARENTERAL INTRAVENOSA, 20 MEQ/L, 40 MEQ/L	4	
<i>cloruro de potasio en dext. al 5%, solución parenteral intravenosa, 10 meq/l</i>	4	
POTASSIUM CHLORIDE EN DEXTROSA AL 5%, SOLUCIÓN PARENTERAL INTRAVENOSA, 20 MEQ/L	4	
POTASSIUM CHLORIDE EN LR-D5, SOLUCIÓN PARENTERAL INTRAVENOSA, 20 MEQ/L	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	
<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-NACL AL 0.2%, SOLUCIÓN PARENTERAL INTRAVENOSA, 20 MEQ/L	4	
POTASSIUM CHLORIDE-D5-NACL AL 0.9%	4	
RINGER'S INTRAVENOUS	4	
<i>bicarbonato de sodio, jeringa intravenosa</i>	4	
<i>cloruro de sodio al 0.45% intravenoso</i>	4	

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

*Cursiva minúscula = Medicamento genérico*

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



## Medicamentos cubiertos por categoría

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<i>cloruro de sodio hipertónico al 3%</i>	4	
SODIUM CHLORIDE 5 % HYPERTONIC	4	
<i>cloruro de sodio intravenoso</i>	4	
<b>PRODUCTOS NUTRICIONALES VARIOS</b>		
CLINIMIX 5%/D15W, SIN SULFITOS	4	B/D PA
CLINIMIX 4.25%/D10W, SIN SULFITOS	4	B/D PA
CLINIMIX 5%-D20W (SIN SULFITOS)	4	B/D PA
CLINIMIX 6%-D5W (SIN SULFITOS)	4	B/D PA
CLINIMIX 8%-D10W (SIN SULFITOS)	4	B/D PA
CLINIMIX 8%-D14W (SIN SULFITOS)	4	B/D PA
CLINIMIX E 4.25%/D10W, SIN SULFITOS	4	B/D PA
<i>clinisol sf 15%</i>	4	B/D PA
ELECTROLYTE-48 EN D5W	4	
INTRALIPID, EMULSIÓN INTRAVENOSA, 20%, 30%	4	B/D PA
KABIVEN	4	B/D PA
PERIKABIVEN	4	B/D PA
<i>plenamine</i>	4	B/D PA
<i>premasol 10%</i>	4	B/D PA
PROSOL 20%	4	B/D PA
TRAVASOL 10%	4	B/D PA
TROPHAMINE 10%	4	B/D PA
<b>VITAMINAS/HEMATÍNICOS</b>		
BAL-CARE DHA	3	
C-NATE DHA	3	
COMPLETE NATAL DHA	3	
ELITE-OB	3	
<i>fluoruro (de sodio), comprimidos orales</i>	1	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	REQUISITOS/ LÍMITES
<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	
PRENATAL PLUS (CARBONATO DE CALCIO)	3	
PRENATAL VITAMIN PLUS LOW IRON	3	
SE-NATAL 19, MASTICABLE	3	
SE-NATAL-19	3	
TARON-C DHA	3	
TRINATAL RX 1	3	
<i>wescap-pn dha</i>	3	
<i>wesnate dha</i>	3	
WESTAB PLUS	3	
WESTGEL DHA	2	

MAYÚSCULA = MEDICAMENTO DE MARCA

*Cursiva minúscula = Medicamento genérico*

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

# Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
<b>A</b>			
<i>abacavir-lamivudina</i> .....	10	<i>acetónido de triamcinolona, suspensión inyectable, 40 mg/ml</i> .....	41
<i>abacavir, comprimidos orales</i> .....	10	<i>aciclovir sódico, solución intravenosa</i> .....	10
<i>abacavir, solución oral</i> .....	10	<i>aciclovir, cápsulas orales</i> .....	10
ABELCET .....	10	<i>aciclovir, comprimidos orales</i> .....	10
ABILIFY ASIMTUFII, SUSPENSIÓN INTRAMUSCULAR, LIBERACIÓN PROLONGADA, JERINGA, 720 MG/2.4 ML .....	28	<i>aciclovir, suspensión oral, 200 mg/5 ml</i> .....	10
ABILIFY ASIMTUFII, SUSPENSIÓN INTRAMUSCULAR, LIBERACIÓN PROLONGADA, JERINGA, 960 MG/3.2 ML .....	28	<i>ácido acético ótico (oído)</i> .....	40
ABILIFY MANTENA .....	28	<i>ácido aminocaproico oral</i> .....	35
<i>abiraterona, comprimidos orales, 250 mg</i> .....	16	<i>ácido carglúmico</i> .....	39
<i>abiraterona, comprimidos orales, 500 mg</i> .....	16	<i>ácido fenofíbrico (colina)</i> .....	36
ABRAXANE .....	16	<i>ácido tranexámico oral</i> .....	50
ABRYSSO .....	46	<i>ácido valproico</i> .....	25
<i>acamprosato</i> .....	39	<i>ácido valproico (como sal sódica)</i> .....	25
<i>acarbose, comprimidos orales, 25 mg</i> .....	41	<i>ácido zoledrónico-manitol-agua, infusión secundaria intravenosa, 4 mg/100 ml</i> .....	44
<i>acarbose, comprimidos orales, 50 mg</i> .....	41	<i>ácido zoledrónico-manitol-agua, infusión secundaria intravenosa, 5 mg/100 ml</i> .....	40
<i>acarbose, comprimidos orales, 100 mg</i> .....	41	<i>ácido zoledrónico, solución intravenosa</i> .....	44
<i>acebutolol</i> .....	33	<i>acitretina</i> .....	37
<i>acetaminofeno-codeína, comprimidos orales, 300-15 mg, 300-30 mg</i> .....	27	ACTHIB (PF) .....	46
<i>acetaminofeno-codeína, comprimidos orales, 300-60 mg</i> .....	27	ACTIMMUNE .....	46
<i>acetaminofeno-codeína, solución oral, 120-12 mg/5 ml</i> .....	27	ADACEL (TDAP ADOLESC./ADULTOS) (PF) .....	46
<i>acetato de calcio (aglutinante de fosfato)</i> .....	56	ADALIMUMAB-ADAZ .....	48
<i>acetato de metilprednisolona</i> .....	41	ADALIMUMAB-ADB (CF) PEN CROHNS .....	48
<i>acetato de noretisterona</i> .....	50	ADALIMUMAB-ADB (CF) PEN PS-UV .....	48
<i>acetato de octreotida</i> .....	20	ADALIMUMAB-ADB, KIT DE JERINGA SUBCUTÁNEA, 10 MG/0.2 ML, 20 MG/0.4 ML .....	48
<i>acetazolamida sódica</i> .....	53	ADALIMUMAB-ADB, KIT DE JERINGA SUBCUTÁNEA, 40 MG/0.8 ML .....	48
<i>acetazolamida, cápsulas orales, liberación prolongada</i> .....	53	ADALIMUMAB-ADB, KIT DE LAPICERA PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA .....	48
<i>acetazolamida, comprimidos orales</i> .....	53	<i>adapaleno, gel tópico, 0.3%</i> .....	37
<i>acetilcisteína</i> .....	54	ADCETRIS .....	16
<i>acetónido de fluocinolona, aceite</i> .....	40	ADEMPAS .....	54
<i>acetónido de triamcinolona, crema tópica</i> .....	39	ADLARITY .....	26
<i>acetónido de triamcinolona, loción tópica</i> .....	39	<i>adstiladrin</i> .....	16
<i>acetónido de triamcinolona, pasta dental</i> .....	40	ADVAIR HFA .....	54
<i>acetónido de triamcinolona, pomada tópica, 0.025%, 0.1%, 0.5%</i> .....	39	<i>afirmelle</i> .....	50
		AGUJA PARA LAPICERA, AGUJA PARA DIABETES, CALIBRE 29 X 1/2" .....	48
		AJOVY, AUTOINYECTOR .....	25

# Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
AJOVY, JERINGA	25	<i>amoxicilina-clavulanato de pot., comprimidos orales masticables, 200-28.5 mg</i>	15
AKEEGA	16	<i>amoxicilina-clavulanato de pot., comprimidos orales masticables, 400-57 mg</i>	15
<i>ala-cort, crema tópica, 1%</i>	38	<i>amoxicilina-clavulanato de pot., comprimidos orales, liberación prolongada, 12 horas</i>	15
<i>albendazol</i>	13	<i>amoxicilina-clavulanato de pot., suspensión oral para reconstitución, 200-28.5 mg/5 ml, 400-57 mg/5 ml, 600-42.9 mg/5 ml</i>	15
<i>alclometasona</i>	38	<i>amoxicilina-clavulanato de pot., suspensión oral para reconstitución, 250-62.5 mg/5 ml</i>	15
ALDURAZYME	44	<i>amoxicilina, cápsulas orales</i>	14
ALECENSA	16	<i>amoxicilina, comprimidos orales</i>	14
<i>alendronato, comprimidos orales, 10 mg</i>	48	<i>amoxicilina, comprimidos orales masticables, 125 mg, 250 mg</i>	14
<i>alendronato, comprimidos orales, 35 mg, 70 mg</i>	48	<i>amoxicilina, suspensión oral para reconstitución</i>	14
<i>alfuzosina</i>	56	<i>ampicilina sódica</i>	15
ALIQOPA	16	<i>ampicilina-sulbactam</i>	15
<i>alopurinol, comprimidos orales, 100 mg, 300 mg</i>	48	<i>ampicilina, cápsulas orales, 500 mg</i>	15
<i>alosestrón</i>	45	<i>anagrelida</i>	39
ALPHAGAN P, GOTAS OFTÁLMICAS (OJOS), 0.1%	54	<i>anastrozol</i>	16
<i>alprazolam, comprimidos orales, 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg</i>	28	<i>anfotericina b</i>	10
<i>alprazolam, comprimidos orales, 2 mg</i>	28	<i>anfotericina b liposomal</i>	10
<i>altavera (28)</i>	50	ANORO ELLIPTA	54
ALUNBRIG, COMPRIMIDOS ORALES, 30 MG	16	<i>apraclonidina</i>	54
ALUNBRIG, COMPRIMIDOS ORALES, 180 MG, 90 MG	16	<i>aprepitant</i>	45
ALUNBRIG, COMPRIMIDOS ORALES, PAQUETE DOSIFICADO	16	APRETUDE	10
<i>alyacen 1/35 (28)</i>	50	<i>apri</i>	50
<i>alyacen 7/7/7 (28)</i>	50	APTIOM, COMPRIMIDOS ORALES, 200 MG	23
<i>ambrisentán</i>	54	APTIOM, COMPRIMIDOS ORALES, 400 MG	23
<i>amethia</i>	50	APTIOM, COMPRIMIDOS ORALES, 600 MG, 800 MG	23
<i>amethyst (28)</i>	50	APTIVUS	10
<i>amikacina, solución inyectable, 1,000 mg/4 ml, 500 mg/2 ml</i>	13	<i>aranelle (28)</i>	50
<i>amilorida</i>	33	ARCALYST	46
<i>amilorida-hidroclorotiazida</i>	33	AREXVY (PF)	46
<i>amiodarona, comprimidos orales, 100 mg, 400 mg</i>	33	<i>arformoterol</i>	54
<i>amiodarona, comprimidos orales, 200 mg</i>	33	ARIKAYCE	13
<i>amiodarona, solución intravenosa</i>	33	<i>aripiprazol, comprimidos de desintegración oral</i>	28
<i>amitriptilina</i>	28	<i>aripiprazol, comprimidos orales, 10 mg, 15 mg, 2 mg, 5 mg</i>	28
<i>amlodipina</i>	33	<i>aripiprazol, comprimidos orales, 20 mg, 30 mg</i>	28
<i>amlodipina-benazepril</i>	33		
<i>amlodipina-valsartán</i>	33		
<i>amlodipina-valsartán-hidroclorotiazida</i>	33		
<i>amoxapina</i>	28		
<i>amoxicilina-clavulanato de pot., comprimidos orales</i>	15		

# Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
<i>aripiprazol, solución oral</i> .....	28	AUSTEDO XR, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA, 24 HORAS, 24 MG.....	26
ARISTADA INITIO.....	28	AUSTEDO XR, PAQUETE DE AJUSTE DE DOSIS (SEMANA 1-4).....	26
ARISTADA, SUSPENSIÓN INTRAMUSCULAR, LIBERACIÓN PROLONGADA, JERINGA, 1,064 MG/3.9 ML.....	28	AUSTEDO, COMPRIMIDOS ORALES, 6 MG.....	26
ARISTADA, SUSPENSIÓN INTRAMUSCULAR, LIBERACIÓN PROLONGADA, JERINGA, 441 MG/1.6 ML.....	28	AUSTEDO, COMPRIMIDOS ORALES, 12 MG, 9 MG.....	26
ARISTADA, SUSPENSIÓN INTRAMUSCULAR, LIBERACIÓN PROLONGADA, JERINGA, 662 MG/2.4 ML.....	28	AUVELITY.....	29
ARISTADA, SUSPENSIÓN INTRAMUSCULAR, LIBERACIÓN PROLONGADA, JERINGA, 882 MG/3.2 ML.....	28	<i>aviane</i> .....	50
ARNUIITY ELLIPTA.....	54	AVONEX.....	46
<i>ashlyna</i> .....	50	<i>ayuna</i> .....	50
ASSURE ID, JERINGA DE SEGURIDAD PARA INSULINA, 1 ML, CALIBRE 29 X 1/2".....	48	AYVAKIT.....	16
<i>atazanavir, cápsulas orales, 150 mg, 300 mg</i> .....	10	<i>azacitidina</i> .....	16
<i>atazanavir, cápsulas orales, 200 mg</i> .....	10	<i>azatioprina sódica</i> .....	16
<i>atenolol</i> .....	33	<i>azatioprina, comprimidos orales, 50 mg</i> .....	16
<i>atenolol-clortalidona</i> .....	33	<i>azelastina nasal en aerosol, rociador</i> .....	40
ATGAM.....	46	<i>azelastina oftálmica (ojos)</i> .....	53
<i>atomoxetina, cápsulas orales, 10 mg, 18 mg, 25 mg, 40 mg</i> .....	29	AZITHROMYCIN, PAQUETE ORAL.....	13
<i>atomoxetina, cápsulas orales, 100 mg, 60 mg, 80 mg</i> .....	29	<i>azitromicina intravenosa</i> .....	13
<i>atorvastatina</i> .....	36	<i>azitromicina, comprimidos orales</i> .....	13
<i>atovacuna</i> .....	13	<i>azitromicina, suspensión oral para reconstitución</i> .....	13
<i>atovacuna-proguanil</i> .....	13	<i>aztreonam</i> .....	13
<i>atropina, gotas oftálmicas (ojos)</i> .....	53	<i>azurette (28)</i> .....	50
ATROVENT HFA.....	54		
<i>abra eq</i> .....	50	<b>B</b>	
AUGTYRO.....	16	<i>bacitracina intramuscular</i> .....	13
<i>aurovela 1.5/30 (21)</i> .....	50	<i>bacitracina oftálmica (ojos)</i> .....	52
<i>aurovela 1/20 (21)</i> .....	50	<i>bacitracina-polimixina b</i> .....	52
<i>aurovela 24 fe</i> .....	50	<i>baclofeno, comprimidos orales</i> .....	26
<i>aurovela fe 1-20 (28)</i> .....	50	BAL-CARE DHA.....	57
<i>aurovela fe 1.5/30 (28)</i> .....	50	<i>balsalazida</i> .....	45
AUSTEDO XR, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA, 24 HORAS, 6 MG.....	26	BALVERSA.....	16
AUSTEDO XR, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA, 24 HORAS, 12 MG.....	26	<i>balziva (28)</i> .....	50
		BAQSIMI.....	41
		BARACLUDGE, SOLUCIÓN ORAL.....	10
		BAVENCIO.....	16
		BCG (PF), VACUNA CON VIRUS VIVOS.....	46
		BD SAFETYGLIDE, JERINGA PARA INSULINA, 1 ML CALIBRE 31 X 15/64".....	48
		BD ULTRA-FINE MICRO, AGUJA PARA LAPICERA.....	48
		BD ULTRA-FINE MINI, AGUJA PARA LAPICERA.....	48

# Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
BD ULTRA-FINE NANO, AGUJA PARA LAPICERA	48	BRAFTOVI, CÁPSULAS ORALES, 75 MG	16
BD ULTRA-FINE SHORT, AGUJA PARA LAPICERA	48	BREO ELLIPTA	54
BELEODAQ	16	<i>breyra</i>	54
BELSOMRA	29	<i>briellyn</i>	50
<i>benazepril</i>	33	BRILINTA	35
<i>benazepril-hidroclorotiazida</i>	33	<i>brimonidina-timolol</i>	53
<i>bendamustina</i>	16	<i>brimonidina, gotas oftálmicas (ojos), 0.1%</i>	54
BENDEKA	16	<i>brimonidina, gotas oftálmicas (ojos), 0.15%</i>	54
BENLYSTA INTRAVENOSO	48	<i>brimonidina, gotas oftálmicas (ojos), 0.2%</i>	54
<i>benzatropina inyectable</i>	25	BRIVIACT INTRAVENOSO	23
<i>benzatropina oral</i>	25	BRIVIACT, COMPRIMIDOS ORALES	23
BESIVANCE	52	BRIVIACT, SOLUCIÓN ORAL	23
BESPONSA	16	<i>bromocriptina</i>	25
BESREMI	46	<i>bromuro de ipratropio para inhalar</i>	55
<i>betaína</i>	45	<i>bromuro de ipratropio, rociador nasal no aerosol, 21 mcg (0.03%)</i>	40
<i>betametasona, crema tópica aumentada</i>	38	<i>bromuro de ipratropio, rociador nasal no aerosol, 42 mcg (0.06%)</i>	40
<i>betametasona, gel tópico aumentado</i>	38	<i>bromuro de piridostigmina, comprimidos orales, 60 mg</i>	26
<i>betametasona, loción tópica aumentada</i>	38	<i>bromuro de piridostigmina, comprimidos orales, liberación prolongada</i>	27
<i>betametasona, pomada tópica aumentada</i>	38	BRUKINSA	16
BETASERON, KIT PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA	46	<i>budesonida oral</i>	45
<i>betaxolol oral</i>	33	<i>budesonida para inhalar</i>	54
<i>bexaroteno</i>	16	<i>bumetanida inyectable</i>	33
BEXSERO	47	<i>bumetanida, comprimidos orales, 0.5 mg, 1 mg</i>	33
<i>bicalutamida</i>	16	<i>bumetanida, comprimidos orales, 2 mg</i>	33
<i>bicarbonato de sodio, jeringa intravenosa</i>	56	<i>buprenorfina-naloxona, comprimidos sublinguales, 2-0.5 mg</i>	27
BICILLIN L-A	15	<i>buprenorfina-naloxona, comprimidos sublinguales, 8-2 mg</i>	27
BIKTARVY	10	<i>buspirona</i>	29
<i>bisoprolol-hidroclorotiazida</i>	33	<i>busulfán</i>	16
BLENREP	16	<i>butorfanol nasal</i>	27
<i>bleomicina</i>	16	<b>C</b>	
BLINCYTO, KIT INTRAVENOSO	16	C-NATE DHA	57
<i>blisovi 24 fe</i>	50	CABENUVA	10
<i>blisovi fe 1.5/30 (28)</i>	50	<i>cabergolina</i>	44
<i>blisovi fe 1/20 (28)</i>	50	CABOMETYX	16
BOOSTRIX TDAP	47		
BORTEZOMIB, INYECTABLE	16		
BORTEZOMIB, SOL. PARA RECONST. INTRAVENOSA	16		
BOSULIF, COMPRIMIDOS ORALES, 100 MG	16		
BOSULIF, COMPRIMIDOS ORALES, 400 MG, 500 MG	16		
BOTOX	47		



# Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
<i>calcipotrieno, crema tópica</i> .....	37	<i>caspofungina, sol. para reconst. intravenosa, 70 mg</i> .....	10
<i>calcipotrieno, cuero cabelludo</i> .....	37	CAYSTON .....	13
<i>calcipotrieno, pomada tópica</i> .....	37	<i>cefaclor, cápsulas orales</i> .....	12
<i>calcitonina (salmón), nasal</i> .....	44	<i>cefaclor, suspensión oral para reconstitución, 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml, 375 mg/5 ml</i> .....	12
<i>calcitriol, cápsulas orales</i> .....	44	<i>cefadroxilo, cápsulas orales</i> .....	12
<i>calcitriol, solución intravenosa, 1 mcg/ml</i> .....	44	<i>cefadroxilo, comprimidos orales</i> .....	12
<i>calcitriol, solución oral</i> .....	44	<i>cefadroxilo, suspensión oral para reconstitución, 250 mg/5 ml, 500 mg/5 ml</i> .....	12
CALQUENCE .....	16	<i>cefalexina, cápsulas orales, 250 mg, 500 mg</i> .....	13
CALQUENCE (ACALABRUTINIB MAL) .....	16	<i>cefalexina, suspensión oral para reconstitución</i> .....	13
<i>camila</i> .....	50	CEFAZOLIN EN DEXTROSA (ISO-OSM.), INFUSIÓN SECUNDARIA INTRAVENOSA, 1 GRAMO/50 ML, 2 GRAMOS/100 ML, 2 GRAMOS/50 ML .....	12
CAMRESE .....	51	CEFAZOLIN, SOL. PARA RECONST. INTRAVENOSA., 2 GRAMOS, 3 GRAMOS .....	12
CAMRESE LO .....	51	CEFAZOLIN, SOL. PARA RECONST. INYECT., 2 GRAMOS .....	12
<i>candesartán-hidroclorotiazida</i> .....	33	<i>cefazolina, sol. para reconst. intravenosa, 1 gramo</i> .....	12
<i>candesartán, comprimidos orales, 16 mg, 4 mg, 8 mg</i> .....	33	<i>cefazolina, sol. para reconst. inyect., 1 gramo, 10 gramos, 100 gramos, 300 gramos, 500 mg</i> .....	12
<i>candesartán, comprimidos orales, 32 mg</i> .....	33	<i>cefdinir</i> .....	12
CAPLYTA .....	29	<i>cefepima intravenosa</i> .....	13
CAPRELSA, COMPRIMIDOS ORALES, 100 MG .....	16	<i>cefepima inyectable</i> .....	13
CAPRELSA, COMPRIMIDOS ORALES, 300 MG .....	16	CEFEPIME EN DEXTROSA AL 5% .....	12
<i>caproato de hidroxiprogesterona</i> .....	50	CEFEPIME EN DEXTROSA, ISO-OSM. ....	12
<i>captopril</i> .....	33	<i>cefixima</i> .....	13
<i>carbamazepina, cápsulas orales, liberación prolongada, multifase, 12 horas</i> .....	23	<i>ceftaclor, comprimidos orales, liberación prolongada, 12 horas</i> .....	12
<i>carbamazepina, comprimidos orales</i> .....	23	CEFOXITIN EN DEXTROSA, ISO-OSM. ....	13
<i>carbamazepina, comprimidos orales masticables</i> .....	23	<i>cefoxitina</i> .....	13
<i>carbamazepina, comprimidos orales, liberación prolongada, 12 horas</i> .....	23	<i>cefpodoxima</i> .....	13
<i>carbamazepina, suspensión oral, 100 mg/5 ml</i> .....	23	<i>cefprozilo</i> .....	13
<i>carbidopa</i> .....	25	<i>ceftazidima</i> .....	13
<i>carbidopa-levodopa, comprimidos de desintegración oral</i> ..	25	<i>ceftriaxona</i> .....	13
<i>carbidopa-levodopa, comprimidos orales</i> .....	25	<i>ceftriaxona en dextrosa, iso-osm.</i> .....	13
<i>carbidopa-levodopa, comprimidos orales, liberación prolongada</i> .....	25	<i>cefuroxima axetilo, comprimidos orales</i> .....	13
<i>carbonato de litio</i> .....	30	<i>cefuroxima sódica intravenosa</i> .....	13
<i>carboplatino, solución intravenosa</i> .....	16	<i>cefuroxima sódica, sol. para reconst. inyect., 750 mg</i> .....	13
<i>carmustina, sol. para reconst. intravenosa, 100 mg</i> .....	16	<i>celecoxib</i> .....	27
<i>carteolol</i> .....	53	CELONTIN, CÁPSULAS ORALES, 300 MG .....	23
<i>cartia xt</i> .....	33		
<i>carvedilol</i> .....	33		
<i>caspofungina, sol. para reconst. intravenosa, 50 mg</i> .....	10		

# Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
CEREZYME, SOL. PARA RECONST. INTRAVENOSA, 400 UNIDADES	44	<i>citrato de fentanilo, pastilla bucal con aplicador, 200 mcg</i>	27
<i>charlotte 24 fe</i>	51	<i>citrato de litio</i>	30
<i>chateal eq (28)</i>	51	<i>citrato de potasio, comprimidos orales, liberación prolongada</i>	56
CHEMET	39	<i>cladribina</i>	16
CHORIONIC GONADOTROPIN, HUMANA INTRAMUSCULAR	44	<i>claravis</i>	37
<i>ciclobenzaprina, comprimidos orales, 10 mg, 5 mg</i>	26	<i>claritromicina</i>	13
<i>ciclodan, solución tópica</i>	38	CLENPIQ	45
<i>ciclofosfamida, cápsulas orales</i>	17	<i>clindamicina en dextrosa al 5%</i>	13
<i>ciclofosfamida, comprimidos orales, 25 mg</i>	17	<i>clindamicina pediátrica</i>	13
<i>ciclofosfamida, sol. para reconst. intravenosa</i>	17	CLINDAMYCIN EN CLORURO DE SODIO AL 0.9%	13
<i>ciclofosfamida, solución intravenosa, 500 mg/ml</i>	17	CLINIMIX 4.25%/D10W, SIN SULFITOS	57
<i>ciclopirox, champú tópico</i>	38	CLINIMIX 5%-D20W (SIN SULFITOS)	57
<i>ciclopirox, crema tópica</i>	38	CLINIMIX 5%/D15W, SIN SULFITOS	57
<i>ciclopirox, solución tópica</i>	38	CLINIMIX 6%-D5W (SIN SULFITOS)	57
<i>ciclopirox, suspensión tópica</i>	38	CLINIMIX 8%-D10W (SIN SULFITOS)	57
<i>cicloserina</i>	13	CLINIMIX 8%-D14W (SIN SULFITOS)	57
<i>ciclosporina intravenosa</i>	17	CLINIMIX E 4.25%/D10W, SIN SULFITOS	57
<i>ciclosporina modificada</i>	17	CLINIMIX, 4.25%/D5W, SIN SULFITOS	39
<i>ciclosporina oftálmica (ojos)</i>	53	<i>clinisol sf 15%</i>	57
<i>ciclosporina, cápsulas orales</i>	17	<i>clobazam, comprimidos orales, 10 mg</i>	23
<i>cilostazol</i>	35	<i>clobazam, comprimidos orales, 20 mg</i>	23
CIMDUO	10	<i>clobazam, suspensión oral</i>	23
<i>cinacalcet, comprimidos orales, 30 mg, 60 mg</i>	44	<i>clofarabina</i>	16
<i>cinacalcet, comprimidos orales, 90 mg</i>	44	<i>clomipramina</i>	29
CINRYZE	54	<i>clonazepam, comprimidos de desintegración oral, 0.125 mg, 0.25 mg</i>	23
<i>cipionato de testosterona</i>	44	<i>clonazepam, comprimidos de desintegración oral, 0.5 mg, 1 mg</i>	23
<i>ciprofloxacina en dextrosa al 5%</i>	15	<i>clonazepam, comprimidos de desintegración oral, 2 mg</i>	23
<i>ciprofloxacina-dexametasona</i>	40	<i>clonazepam, comprimidos orales, 0.5 mg, 1 mg</i>	23
<i>ciprofloxacina, reconst. de microcápsulas para suspensión oral, 500 mg/5 ml</i>	15	<i>clonazepam, comprimidos orales, 2 mg</i>	23
<i>cisplatino, solución intravenosa</i>	16	<i>clonidina</i>	34
<i>citalopram, comprimidos orales, 10 mg, 20 mg</i>	29	<i>clopidogrel, comprimidos orales, 75 mg</i>	35
<i>citalopram, comprimidos orales, 40 mg</i>	29	<i>clopidogrel, comprimidos orales, 300 mg</i>	35
<i>citalopram, solución oral</i>	29	<i>clorazepato dipotásico, comprimidos orales, 3.75 mg</i>	29
<i>citarabina</i>	17	<i>clorazepato dipotásico, comprimidos orales, 7.5 mg</i>	29
<i>citarabina (pf)</i>	17	<i>clorazepato dipotásico, comprimidos orales, 15 mg</i>	29
<i>citrato de fentanilo, pastilla bucal con aplicador, 1,200 mcg, 1,600 mcg, 400 mcg, 600 mcg, 800 mcg</i>	27		

# Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
clorhidrato de amantadina	10	clorhidrato de imipramina	30
clorhidrato de buprenorfina inyectable	27	clorhidrato de lidocaína, gel para membrana mucosa en aplicador	38
clorhidrato de buprenorfina sublingual	27	clorhidrato de lidocaína, laringotraqueal	38
clorhidrato de bupropión (agente para dejar de fumar)	40	clorhidrato de lidocaína, solución inyectable	37
clorhidrato de bupropión, comprimidos orales, 75 mg	29	clorhidrato de lidocaína, solución para membrana mucosa, 2%	38
clorhidrato de bupropión, comprimidos orales, 100 mg	29	clorhidrato de lidocaína, solución para membrana mucosa, 4% (40 mg/ml)	37
clorhidrato de bupropión, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas, 150 mg	29	clorhidrato de melfalán	20
clorhidrato de bupropión, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas, 300 mg	29	clorhidrato de metilfenidato, comprimidos orales	31
clorhidrato de bupropión, comprimidos orales, liberación sostenida, 12 horas, 100 mg	29	clorhidrato de metilfenidato, comprimidos orales, liberación prolongada	31
clorhidrato de bupropión, comprimidos orales, liberación sostenida, 12 horas, 150 mg, 200 mg	29	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)	31
clorhidrato de ciprofloxacina oftálmico (ojos)	52	clorhidrato de metoclopramida, comprimidos orales	45
clorhidrato de ciprofloxacina, comprimidos orales, 100 mg	15	clorhidrato de metoclopramida, solución oral	45
clorhidrato de ciprofloxacina, comprimidos orales, 250 mg, 500 mg, 750 mg	15	clorhidrato de ondansetrón (pf)	45
clorhidrato de clindamicina	13	clorhidrato de ondansetrón intravenoso	45
clorhidrato de clonidina, comprimidos orales	34	clorhidrato de ondansetrón, comprimidos orales, 4 mg, 8 mg	45
clorhidrato de difenhidramina, solución inyectable, 50 mg/ml	54	clorhidrato de ondansetrón, solución oral	45
clorhidrato de diltiazem intravenoso	34	clorhidrato de paroxetina, comprimidos orales, 10 mg	31
clorhidrato de diltiazem, cápsulas orales, liberación prolongada, 12 horas	34	clorhidrato de paroxetina, comprimidos orales, 20 mg, 40 mg	31
clorhidrato de diltiazem, cápsulas orales, liberación prolongada, 24 horas, 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg	34	clorhidrato de paroxetina, comprimidos orales, 30 mg	31
clorhidrato de diltiazem, cápsulas orales, liberación prolongada, 24 horas, 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg, 420 mg	34	clorhidrato de paroxetina, suspensión oral	31
clorhidrato de diltiazem, cápsulas orales, liberación prolongada, 24 horas, degradable	34	clorhidrato de pilocarpina oral	40
clorhidrato de diltiazem, comprimidos orales	34	clorhidrato de pilocarpina, gotas oftálmicas (ojos), 1%, 2%, 4%	53
clorhidrato de diltiazem, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas, 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg, 360 mg	34	clorhidrato de selegilina	25
clorhidrato de flufenazina inyectable	30	clorhidrato de terbinafina oral	10
clorhidrato de flufenazina, comprimidos orales	30	clorhidrato de ziprasidona, cápsulas orales, 20 mg	33
clorhidrato de flufenazina, concentrado oral	30	clorhidrato de ziprasidona, cápsulas orales, 40 mg	33
clorhidrato de flufenazina, elixir oral	30	clorhidrato de ziprasidona, cápsulas orales, 60 mg, 80 mg	33
clorhidrato de granisetron oral	45	clorhidrato de palmitato de clindamicina	13
clorhidrato de hidroxizina, comprimidos orales	54	clorotiazida sódica	33
		clorpromazina	29
		clortalidona, comprimidos orales, 25 mg, 50 mg	33

# Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
<i>cloruro de betanecol</i> .....	56	COMETRIQ, CÁPSULAS ORALES, 60 MG/DÍA (20 MG X 3/DÍA).....	17
<i>cloruro de oxibutinina, comprimidos orales, 5 mg</i> .....	55	COMETRIQ, CÁPSULAS ORALES, 100 MG/DÍA (80 MG X 1-20 MG X 1).....	17
<i>cloruro de oxibutinina, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas</i> .....	55	COMETRIQ, CÁPSULAS ORALES, 140 MG/DÍA (80 MG X 1-20 MG X 3).....	17
<i>cloruro de oxibutinina, jarabe oral</i> .....	55	COMPLERA.....	10
<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> .....	56	COMPLETE NATAL DHA.....	57
<i>cloruro de potasio en dext. al 5%, solución parenteral intravenosa, 10 meq/l</i> .....	56	<i>compro</i> .....	45
<i>cloruro de potasio intravenoso</i> .....	56	<i>constulosa</i> .....	45
<i>cloruro de potasio-nacl al 0.45%</i> .....	56	COPIKTRA.....	17
<i>cloruro de potasio, cápsulas orales, liberación prolongada</i> .....	56	CORLANOR, COMPRIMIDOS ORALES.....	36
<i>cloruro de potasio, comprimidos orales, liberación prolongada</i> .....	56	CORTIFOAM.....	45
<i>cloruro de potasio, comprimidos orales, liberación prolongada, partículas/cristales</i> .....	56	<i>cortisona</i> .....	40
<i>cloruro de potasio, líquido oral</i> .....	56	COTELLIC.....	17
<i>cloruro de potasio, paquete oral</i> .....	56	CRESEMBA ORAL.....	10
<i>cloruro de sodio al 0.45% intravenoso</i> .....	56	<i>cromoglicato oftálmico (ojos)</i> .....	53
<i>cloruro de sodio al 0.9%, solución parenteral intravenosa</i> .....	40	<i>cromoglicato oral</i> .....	45
<i>cloruro de sodio hipertónico al 3%</i> .....	57	<i>cromoglicato para inhalar</i> .....	54
<i>cloruro de sodio intravenoso</i> .....	57	<i>cryselle (28)</i> .....	51
<i>clotrimazol-betametasona, crema tópica</i> .....	38	CUVRIOR.....	39
<i>clotrimazol, crema tópica</i> .....	38	CYCLOPHOSPHAMIDE, COMPRIMIDOS ORALES, 50 MG.....	17
<i>clotrimazol, membrana mucosa</i> .....	10	CYCLOPHOSPHAMIDE, SOLUCIÓN INTRAVENOSA, 200 MG/ML.....	17
<i>clotrimazol, solución tópica</i> .....	38	CYLTEZO (CF) PEN.....	48
<i>clozapina, comprimidos de desintegración oral</i> .....	29	CYLTEZO (CF) PEN CROHN'S-UC-HS.....	49
<i>clozapina, comprimidos orales, 25 mg, 50 mg</i> .....	29	CYLTEZO (CF) PEN PSORIASIS-UV.....	49
<i>clozapina, comprimidos orales, 100 mg, 200 mg</i> .....	29	CYLTEZO (CF), KIT DE JERINGA SUBCUTÁNEA, 10 MG/0.2 ML, 20 MG/0.4 ML.....	49
COARTEM.....	13	CYLTEZO (CF), KIT DE JERINGA SUBCUTÁNEA, 40 MG/0.8 ML.....	49
<i>colchicina, comprimidos orales</i> .....	48	CYRAMZA.....	17
<i>colestipol, comprimidos orales</i> .....	36	<i>cyred eq</i> .....	51
<i>colestipol, gránulos orales</i> .....	36	CYSTAGON.....	56
<i>colestipol, paquete oral</i> .....	36	CYSTARAN.....	53
<i>colestiramina (con azúcar)</i> .....	36		
<i>colestiramina suave</i> .....	36	<b>D</b>	
<i>colestiramina-aspartamo</i> .....	36	<i>d al 2.5%-cloruro de sodio al 0.45%</i> .....	39
<i>colistina (colistimetato sódico)</i> .....	13	<i>d al 5% y cloruro de sodio al 0.9%</i> .....	39
COLUMVI.....	17	<i>d al 5%-cloruro de sodio al 0.45%</i> .....	39
COMBIVENT RESPIMAT.....	54		



# Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
D AL 10%-CLORURO DE SODIO AL 0.45%	39	desoximetasona, crema tópica	38
dacarbazina	17	desoximetasona, gel tópico	38
dactinomicina	17	desoximetasona, pomada tópica	38
dalfampridina	26	dexametasona, comprimidos orales	41
danazol	44	dexametasona, elixir oral	41
dantroleno oral	26	dexametasona, intensol	41
DANYELZA	17	dexametasona, solución oral	41
dapsona oral	13	dexmetilfenidato, comprimidos orales	29
DAPTACEL (DTAP PEDIÁTRICA) (PF)	47	dextroanfetamina-anfetamina, cápsulas orales, liberación prolongada, 24 horas	29
daptomicina	13	dextroanfetamina-anfetamina, comprimidos orales, 5 mg	29
DAPTOMYCIN EN CLORURO DE SODIO AL 0.9%	13	dextroanfetamina-anfetamina, comprimidos orales, 10 mg	29
darunavir, comprimidos orales, 600 mg	10	dextroanfetamina-anfetamina, comprimidos orales, 12.5 mg, 30 mg, 7.5 mg	29
darunavir, comprimidos orales, 800 mg	10	dextroanfetamina-anfetamina, comprimidos orales, 15 mg	29
DARZALEX	17	dextroanfetamina-anfetamina, comprimidos orales, 20 mg	29
DARZALEX FASPRO	17	dextrosa al 5% en agua (d5w), solución parenteral intravenosa	39
dasetta 1/35 (28)	51	dextrosa al 5%-cloruro de sodio al 0.2%	39
dasetta 7/7/7 (28)	51	dextrosa al 5%-cloruro de sodio al 0.3%	39
daunorrubicina	17	dextrosa al 10% en agua (d10w)	39
DAURISMO, COMPRIMIDOS ORALES, 25 MG	17	dextrosa al 50% en agua (d50w), jeringa intravenosa	39
DAURISMO, COMPRIMIDOS ORALES, 100 MG	17	DEXTROSE 5% EN AGUA (D5W), INFUSIÓN SECUNDARIA INTRAVENOSA	39
daysee	51	DEXTROSE 5%-LACTATED RINGERS	39
deblitane	50	DEXTROSE 10% Y NACL 0.2%	39
decanoato de flufenazina	30	DEXTROSE 25% EN AGUA (D25W)	39
decanoato de haloperidol	30	DEXTROSE 50% EN AGUA (D50W), SOLUCIÓN PARENTERAL INTRAVENOSA	39
decitabina	17	DEXTROSE 70% EN AGUA (D70W)	39
deferasirox, comprimidos orales, 90 mg	39	DIACOMIT	24
deferasirox, comprimidos orales, 180 mg, 360 mg	39	diazepam inyectable	29
DELSTRIGO	10	diazepam rectal	24
DEPO-MEDROL	40	diazepam, comprimidos orales	29
DEPO-SUBQ PROVERA 104	50	diazepam, concentrado oral	29
DESCOVY	10	diazepam, intensol	29
desipramina	29	diazepam, solución oral	29
desloratadina, comprimidos orales	54	diazoxida	41
desmopresina inyectable	44	dicloclomina, cápsulas orales	44
desmopresina oral	44	dicloclomina, comprimidos orales	45
desmopresina, rociador nasal con bomba	44	dicloclomina, solución oral	44
desmopresina, rociador nasal no aerosol, 10 mcg/aplicación (0.1 ml)	44		
desog-e.estradiol/e.estradiol	51		
desogestrel-etinilestradiol	51		



# Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
<i>diclofenaco potásico, comprimidos orales, 50 mg</i> .....	27	<i>donepezilo, comprimidos orales, 5 mg</i> .....	26
<i>diclofenaco sódico oftálmico (ojos)</i> .....	53	<i>donepezilo, comprimidos orales, 10 mg</i> .....	26
<i>diclofenaco sódico oral</i> .....	27	DOPTELET (PAQUETE DE 10 COMPRIMIDOS) .....	35
<i>diclofenaco sódico, gel tópico, 1%</i> .....	28	DOPTELET (PAQUETE DE 15 COMPRIMIDOS) .....	35
<i>diclofenaco sódico, gotas tópicas</i> .....	27	DOPTELET (PAQUETE DE 30 COMPRIMIDOS) .....	35
<i>dicloxacilina</i> .....	15	<i>dorzolamida</i> .....	53
<i>difenoxilato-atropina</i> .....	45	<i>dorzolamida-timolol</i> .....	53
DIFICID, COMPRIMIDOS ORALES .....	13	<i>dotti</i> .....	50
DIFICID, SUSPENSIÓN ORAL PARA RECONSTITUCIÓN .....	13	DOVATO .....	10
<i>diflunisal</i> .....	28	<i>doxazosina, comprimidos orales, 1 mg, 2 mg, 4 mg</i> .....	34
<i>difluprednato</i> .....	53	<i>doxazosina, comprimidos orales, 8 mg</i> .....	34
<i>digoxina, comprimidos orales, 62.5 mcg (0.0625 mg)</i> .....	36	<i>doxepina, cápsulas orales</i> .....	29
<i>digoxina, comprimidos orales, 125 mcg (0.125 mg),</i> <i>250 mcg (0.25 mg)</i> .....	36	<i>doxepina, comprimidos orales</i> .....	29
<i>digoxina, solución inyectable</i> .....	36	<i>doxepina, concentrado oral</i> .....	29
<i>digoxina, solución oral</i> .....	36	<i>doxercalciferol</i> .....	44
<i>dihidroergotamina nasal</i> .....	25	<i>doxiciclina-100</i> .....	15
<i>dilantin</i> .....	24	<i>doxorubicina, liposomal pegilada</i> .....	17
<i>dilt-xr</i> .....	34	<i>doxorubicina, sol. para reconst. intravenosa, 50 mg</i> .....	17
DILTIAZEM HCL, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA, 24 HORAS, 420 MG .....	34	<i>doxorubicina, solución intravenosa</i> .....	17
<i>dinitrato de isosorbida, comprimidos orales, 10 mg,</i> <i>20 mg, 30 mg, 5 mg</i> .....	36	<i>dronabinol</i> .....	45
<i>dipiridamol oral</i> .....	35	DROPLET MICRON, AGUJA PARA LAPICERA .....	41
<i>dipropionato de betametasona</i> .....	38	DROPLET, AGUJA PARA LAPICERA, AGUJA CALIBRE 30 X 5/16" .....	41
<i>disoproxilo de efavirenz-lamivudina-tenofovir, comprimidos</i> <i>orales,</i> <i>400-300-300 mg</i> .....	10	DROPSAFE, AGUJA PARA LAPICERA, AGUJA CALIBRE 31 X 3/16" .....	41
<i>disoproxilo de efavirenz-lamivudina-tenofovir, comprimidos</i> <i>orales,</i> <i>600-300-300 mg</i> .....	10	DROPSAFE, PAÑOS PREPARADOS CON ALCOHOL .....	41
<i>disulfiram</i> .....	39	<i>drosipirenona-e.estradiol-lm.fa, comprimidos orales,</i> <i>3-0.02-0.451 mg (24) (4)</i> .....	51
<i>divalproex, cápsulas orales con gránulos, lib. retardada</i> .....	24	<i>drosipirenona-etinilestradiol</i> .....	51
<i>divalproex, comprimidos orales, liberación prolongada,</i> <i>24 horas</i> .....	24	DROSPIRENONE-E.ESTRADIOL-LM.FA, COMPRIMIDOS ORALES, 3-0.03-0.451 MG (21) (7) .....	51
<i>divalproex, comprimidos orales, liberación retardada</i> <i>(dr/ec)</i> .....	24	DROXIA .....	17
<i>docetaxel</i> .....	17	<i>droxidopa, cápsulas orales, 100 mg</i> .....	39
<i>dofetilida</i> .....	33	<i>droxidopa, cápsulas orales, 200 mg, 300 mg</i> .....	39
<i>dolishale</i> .....	51	DUAVEE .....	50
<i>donepezilo, comprimidos de desintegración oral, 5 mg</i> .....	26	<i>duloxetina, cápsulas orales, liberación retardada (dr/ec),</i> <i>20 mg, 60 mg</i> .....	30
<i>donepezilo, comprimidos de desintegración oral, 10 mg</i> .....	26	<i>duloxetina, cápsulas orales, liberación retardada (dr/ec),</i> <i>30 mg</i> .....	30
		DUPIXENT, JERINGA SUBCUTÁNEA, 100 MG/0.67 ML .....	37
		DUPIXENT, JERINGA SUBCUTÁNEA, 200 MG/1.14 ML .....	37

# Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
DUPIXENT, JERINGA SUBCUTÁNEA, 300 MG/2 ML	37	<i>emverm</i>	13
DUPIXENT, LAPICERA PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA, 200 MG/1.14 ML	37	<i>enalapril-hidroclorotiazida</i>	34
DUPIXENT, LAPICERA PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA, 300 MG/2 ML	37	<i>enantato de testosterona</i>	44
<i>dutasterida</i>	56	ENBREL MINI	49
<b>E</b>		ENBREL SURECLICK	49
EC-NAPROXEN, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN RETARDADA (DR/EC), 375 MG	28	ENBREL, JERINGA SUBCUTÁNEA	49
EC-NAPROXEN, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN RETARDADA (DR/EC), 500 MG	28	ENBREL, SOLUCIÓN SUBCUTÁNEA	49
<i>econazol</i>	38	ENDARI	40
EDARBI	34	<i>endocet</i>	27
EDARBYCLOR	34	ENGERIX-B (PF)	47
<i>edisilato de proclorperazina, solución inyectable, 10 mg/2 ml (5 mg/ml)</i>	45	ENGERIX-B (PF), USO PEDIÁTRICO	47
EDURANT	10	ENHERTU	17
<i>efavirenz-emtricitabina-tenofovir</i>	10	<i>enoxaparina</i>	35
<i>efavirenz, cápsulas orales, 50 mg</i>	10	<i>enpresse</i>	51
<i>efavirenz, cápsulas orales, 200 mg</i>	10	<i>enskyce</i>	51
<i>efavirenz, comprimidos orales</i>	10	<i>entacapona</i>	25
ELAPRASE	44	<i>entecavir</i>	10
ELECTROLYTE-48 EN D5W	57	ENTRESTO	36
<i>elinest</i>	51	<i>enulosa</i>	45
ELIQUIS	35	ENVARUS XR	17
ELIQUIS, TRATAMIENTO INICIAL PARA TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA/EMBOLIA PULMONAR, 30 DÍAS	35	EPCLUSA, COMPRIMIDOS ORALES, 200-50 MG	11
ELITE-OB	57	EPCLUSA, COMPRIMIDOS ORALES, 400-100 MG	11
ELMIRON	56	EPCLUSA, PÍLDORAS DE ADMINISTRACIÓN ORAL EN PAQUETES, 150-37.5 MG	11
ELREXFIO	17	EPCLUSA, PÍLDORAS DE ADMINISTRACIÓN ORAL EN PAQUETES, 200-50 MG	11
ELZONRIS	17	EPIDIOLEX	24
EMCYT	17	<i>epinefrina, autoinyector para inyección, 0.15 mg/0.3 ml, 0.3 mg/0.3 ml</i>	54
EMPLICITI	17	<i>epinefrina, solución inyectable, 1 mg/ml</i>	54
EMSAM	30	EPINEPHRINE, AUTOINYECTOR PARA INYECCIÓN, 0.15 MG/0.15 ML, 0.3 MG/0.3 ML	54
<i>emtricitabina</i>	10	<i>epirubicina, solución intravenosa</i>	17
<i>emtricitabina-tenofovir (tdf), comprimidos orales, 100-150 mg, 167-250 mg, 200-300 mg</i>	10	<i>epitol</i>	24
<i>emtricitabina-tenofovir (tdf), comprimidos orales, 133-200 mg</i>	10	EPKINLY	17
EMTRIVA, SOLUCIÓN ORAL	10	EPRONTIA	24
		ERBITUX	17
		<i>ergotamina-cafeína</i>	25
		<i>eritrocina (como estearato), comprimidos orales, 250 mg</i>	13
		<i>eritrocina, sol. para reconst. intravenosa, 500 mg</i>	13

# Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
<i>eritromicina con etanol, gel tópico</i> .....	37	<i>everolimus (antineoplásico), comprimidos orales para suspensión, 3 mg, 5 mg</i> .....	17
<i>eritromicina con etanol, solución tópica</i> .....	37	<i>everolimus (inmunodepresor), comprimidos orales, 0.25 mg</i> .....	17
<i>eritromicina oftálmica (ojos)</i> .....	52	<i>everolimus (inmunodepresor), comprimidos orales, 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg</i> .....	17
<i>eritromicina-peróxido de benzoilo</i> .....	38	EVOMELA .....	18
<i>eritromicina, cápsulas orales, liberación retardada (dr/ec)</i> ..	13	EVOTAZ .....	11
<i>eritromicina, comprimidos orales</i> .....	13	<i>exemestano</i> .....	18
<i>eritromicina, paños</i> .....	37	EXKIVITY .....	18
ERIVEDGE .....	17	EYLEA .....	53
ERLEADA .....	17	EYSUVIS .....	53
<i>erlotinib, comprimidos orales, 25 mg</i> .....	17	<i>ezetimiba</i> .....	36
<i>erlotinib, comprimidos orales, 100 mg, 150 mg</i> .....	17	<i>ezetimiba-simvastatina</i> .....	36
<i>errin</i> .....	50	<b>F</b>	
<i>ertapenem</i> .....	13	FABRAZYME .....	44
<i>escopolamina base</i> .....	45	<i>falmina (28)</i> .....	51
<i>espironolactona-hidroclorotiazida</i> .....	35	<i>famciclovir</i> .....	11
<i>espironolactona, comprimidos orales</i> .....	35	<i>famotidina, comprimidos orales, 20 mg</i> .....	46
<i>estarylla</i> .....	51	<i>famotidina, comprimidos orales, 40 mg</i> .....	46
<i>estradiol oral</i> .....	50	<i>famotidina, suspensión oral para reconstitución</i> .....	46
<i>estradiol vaginal</i> .....	50	FANAPT, COMPRIMIDOS ORALES, 1 MG, 10 MG, 12 MG, 2 MG, 4 MG, 6 MG .....	30
<i>estradiol, parche transdérmico quincenal</i> .....	50	FANAPT, COMPRIMIDOS ORALES, 8 MG .....	30
<i>estradiol, parche transdérmico semanal</i> .....	50	FANAPT, COMPRIMIDOS ORALES, PAQUETE DOSIFICADO .....	30
<i>estreptomicina</i> .....	14	FARYDAK .....	18
<i>etabonato de loteprednol, gotas oftálmicas (ojos), gel</i> .....	54	<i>febuxostat</i> .....	48
<i>etabonato de loteprednol, gotas oftálmicas (ojos), suspensión, 0.5%</i> .....	54	<i>felbamato</i> .....	24
<i>etacrinato sódico</i> .....	34	<i>felodipina</i> .....	34
<i>etambutol</i> .....	13	<i>fenzina</i> .....	31
<i>etilo de icosapento</i> .....	36	<i>fenilbutirato sódico</i> .....	40
<i>etilsuccinato de eritromicina, suspensión oral para reconstitución, 200 mg/5 ml</i> .....	13	<i>fenitoína sódica, liberación prolongada, cápsulas orales, 100 mg, 200 mg</i> .....	24
<i>etidíol diac-etinilestradiol</i> .....	51	<i>fenitoína sódica, liberación prolongada, cápsulas orales, 300 mg</i> .....	24
<i>etonogestrel-etinilestradiol</i> .....	50	<i>fenitoína sódica, solución intravenosa</i> .....	24
ETOPOPPOS .....	17	<i>fenitoína, comprimidos orales masticables</i> .....	24
<i>etopósido intravenoso</i> .....	17	<i>fenitoína, suspensión oral</i> .....	24
<i>etosuximida</i> .....	24	<i>fenobarbital sódico, solución inyectable</i> .....	24
<i>etravirina</i> .....	11		
<i>euthyrox</i> .....	44		
<i>everolimus (antineoplásico), comprimidos orales</i> .....	17		
<i>everolimus (antineoplásico), comprimidos orales para suspensión, 2 mg</i> .....	17		

# Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
<i>fenobarbital, comprimidos orales</i> .....	24	<i>fluorouracilo, solución tópica</i> .....	37
<i>fenobarbital, elixir oral</i> .....	24	<i>fluoruro (de sodio) dental</i> .....	40
<i>fenofibrato nanocristalizado</i> .....	36	<i>fluoruro (de sodio), comprimidos orales</i> .....	57
<i>fenofibrato, cápsulas orales micronizadas, 134 mg, 200 mg, 67 mg</i> .....	36	<i>fluoruro (de sodio), comprimidos orales masticables, 1 mg (2.2 mg de fluoruro de sodio)</i> .....	57
<i>fenofibrato, comprimidos orales, 160 mg, 54 mg</i> .....	36	<i>fluoruro de sodio 5000 para sequedad en la boca</i> .....	40
<i>fentanilo, parche transdérmico, 72 horas, 100 mcg/h, 12 mcg/h, 25 mcg/h, 50 mcg/h, 75 mcg/h</i> .....	27	<i>fluoruro de sodio 5000 plus</i> .....	40
FETZIMA, CÁPSULAS ORALES, LIB. PROL., 24 HORAS, PAQUETE DOSIFICADO.....	30	<i>fluoruro de sodio-nitrato potásico</i> .....	40
FETZIMA, CÁPSULAS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA, 24 HORAS.....	30	<i>fluoruro Ludent, comprimidos orales masticables, 1 mg (2.2 mg de fluoruro de sodio)</i> .....	57
<i>finasterida, comprimidos orales, 5 mg</i> .....	56	<i>fluoxetina, cápsulas orales, 10 mg</i> .....	30
FINTEPLA.....	24	<i>fluoxetina, cápsulas orales, 20 mg, 40 mg</i> .....	30
<i>finzala</i> .....	51	<i>fluoxetina, solución oral</i> .....	30
FIRMAGON, KIT CON JERINGA DILUYENTE.....	18	<i>flurbiprofeno sódico</i> .....	53
FIRVANQ.....	13	<i>flurbiprofeno, comprimidos orales, 100 mg</i> .....	28
<i>flac, aceite ótico</i> .....	40	<i>fluvastatina, cápsulas orales, 20 mg</i> .....	36
<i>flecainida</i> .....	33	<i>fluvastatina, cápsulas orales, 40 mg</i> .....	36
<i>floxuridina</i> .....	18	<i>fluvastatina, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas</i> .....	36
<i>flucitosina</i> .....	10	<i>fluvoxamina, comprimidos orales, 25 mg</i> .....	30
<i>fluconazol en nacl (iso-osm.)</i> .....	10	<i>fluvoxamina, comprimidos orales, 50 mg</i> .....	30
<i>fluconazol, comprimidos orales</i> .....	10	<i>fluvoxamina, comprimidos orales, 100 mg</i> .....	30
<i>fluconazol, suspensión oral para reconstitución</i> .....	10	FOLIVANE-OB.....	57
<i>fludarabina</i> .....	18	FOLOTYN.....	18
<i>fludrocortisona</i> .....	41	<i>fomepizol</i> .....	47
<i>flunisolida</i> .....	54	<i>fondaparinux</i> .....	35
<i>fluocinolona y gorra de baño</i> .....	38	FORTEO.....	48
<i>fluocinolona, aceite tópico</i> .....	38	<i>fosamprenavir</i> .....	11
<i>fluocinolona, crema tópica, 0.01%</i> .....	38	<i>fosfato de clindamicina inyectable</i> .....	13
<i>fluocinolona, crema tópica, 0.025%</i> .....	38	<i>fosfato de clindamicina vaginal</i> .....	50
<i>fluocinolona, pomada tópica</i> .....	38	<i>fosfato de clindamicina, gel tópico</i> .....	37
<i>fluocinolona, solución tópica</i> .....	38	<i>fosfato de clindamicina, gel tópico, una vez al día</i> .....	37
<i>fluocinonida, crema tópica, 0.05%</i> .....	38	<i>fosfato de clindamicina, loción tópica</i> .....	37
<i>fluocinonida, gel tópico</i> .....	39	<i>fosfato de clindamicina, paño tópico</i> .....	37
<i>fluocinonida, pomada tópica</i> .....	39	<i>fosfato de clindamicina, solución tópica</i> .....	37
<i>fluocinonida, solución tópica</i> .....	39	<i>fosfato de cloroquina</i> .....	13
FLUOROMETHOLONE.....	54	<i>fosfato sódico de dexametasona (pf), solución inyectable, 10 mg/ml</i> .....	41
<i>fluorouracilo intravenoso</i> .....	18	<i>fosfato sódico de dexametasona oftálmico (ojos)</i> .....	53
<i>fluorouracilo, crema tópica, 5%</i> .....	37	<i>fosfato sódico de dexametasona, solución inyectable</i> .....	41



# Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
<i>fosfato sódico de prednisolona oftálmico (ojos)</i> .....	54	GAVRETO .....	18
<i>fosfato sódico de prednisolona, solución oral, 15 mg/5 ml (3 mg/ml), 15 mg/5 ml (5 ml), 25 mg/5 ml (5 mg/ml), 5 mg base/5 ml (6.7 mg/5 ml)</i> .....	41	GAZYVA .....	18
<i>fosfenitoína</i> .....	24	<i>gefitinib</i> .....	18
<i>fosinopril</i> .....	34	<i>gemcitabina, sol. para reconst. intravenosa</i> .....	18
<i>fosinopril-hidroclorotiazida</i> .....	34	<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> .....	18
FOTIVDA .....	18	GEMCITABINE, SOLUCIÓN INTRAVENOSA, 100 MG/ML .....	18
FRUZAQLA, CÁPSULAS ORALES, 1 MG .....	18	<i>gemfibrozil</i> .....	36
FRUZAQLA, CÁPSULAS ORALES, 5 MG .....	18	<i>gemmily</i> .....	51
<i>fulvestrant</i> .....	18	GEMTESA .....	55
<i>fumarato de bisoprolol</i> .....	33	<i>generlac</i> .....	45
<i>fumarato de disoproxilo de tenofovir</i> .....	12	<i>gengraf</i> .....	18
<i>furosemida, comprimidos orales</i> .....	34	GENOTROPIN .....	46
<i>furosemida, solución inyectable</i> .....	34	GENOTROPIN MINIQUICK .....	46
<i>furosemida, solución oral, 10 mg/ml, 40 mg/5 ml (8 mg/ml)</i> .....	34	<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> .....	14
FUROSEMIDE, SOLUCIÓN ORAL, 40 MG/4 ML .....	34	<i>gentamicina, crema tópica</i> .....	38
FUZEON, SOL. PARA RECONST. SUBCUTÁNEA .....	11	<i>gentamicina, gotas oftálmicas (ojos)</i> .....	52
FYARRO .....	18	<i>gentamicina, pomada tópica</i> .....	38
FYCOMPA, COMPRIMIDOS ORALES, 2 MG, 4 MG, 6 MG .....	24	<i>gentamicina, solución inyectable, 40 mg/ml</i> .....	14
FYCOMPA, COMPRIMIDOS ORALES, 10 MG, 12 MG, 8 MG .....	24	GILOTRIF .....	18
FYCOMPA, SUSPENSIÓN ORAL .....	24	GLASSIA .....	40
<b>G</b>		<i>glatiramer, jeringa subcutánea, 20 mg/ml</i> .....	26
<i>gabapentina, cápsulas orales, 100 mg, 300 mg</i> .....	24	<i>glatiramer, jeringa subcutánea, 40 mg/ml</i> .....	26
<i>gabapentina, cápsulas orales, 400 mg</i> .....	24	<i>glatopa, jeringa subcutánea, 20 mg/ml</i> .....	26
<i>gabapentina, comprimidos orales, 600 mg</i> .....	24	<i>glatopa, jeringa subcutánea, 40 mg/ml</i> .....	26
<i>gabapentina, comprimidos orales, 800 mg</i> .....	24	GLEOSTINE .....	18
<i>gabapentina, solución oral</i> .....	24	<i>glicopirronio (pf)</i> .....	45
<i>galantamina, cápsulas orales, píldoras de lib. prol., 24 horas</i> .....	26	<i>glicopirronio (pf) en agua inyectable</i> .....	45
<i>galantamina, comprimidos orales</i> .....	26	<i>glicopirronio (pf) en agua, jeringa intravenosa, 0.4 mg/2 ml (0.2 mg/ml)</i> .....	45
<i>galantamina, solución oral</i> .....	26	<i>glicopirronio, comprimidos orales, 1 mg, 2 mg</i> .....	45
GARDASIL 9 (PF) .....	47	<i>glimepirida, comprimidos orales, 1 mg</i> .....	41
GASA, VENDA PARA APLICACIÓN TÓPICA, 2 X 2" .....	48	<i>glimepirida, comprimidos orales, 2 mg</i> .....	41
GATTEX, VIAL DE 30 .....	45	<i>glimepirida, comprimidos orales, 4 mg</i> .....	41
GATTEX, VIAL DE UNO .....	45	<i>glipizida-metformina, comprimidos orales, 2.5-250 mg</i> .....	41
<i>gavilyte-c</i> .....	45	<i>glipizida-metformina, comprimidos orales, 2.5-500 mg, 5-500 mg</i> .....	41



# Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
GLIPIZIDA, COMPRIMIDOS ORALES, 2.5 MG. ....	41	HARVONI, PÍLDORAS DE ADMINISTRACIÓN ORAL EN PAQUETES, 45-200 MG. ....	11
<i>glipizida, comprimidos orales, 5 mg</i> .....	41	HAVRIX (PF), JERINGA INTRAMUSCULAR, 1,440 UNIDADES ELISA/ML .....	47
<i>glipizida, comprimidos orales, 10 mg</i> .....	41	HAVRIX (PF), JERINGA INTRAMUSCULAR, 720 UNIDADES ELISA/0.5 ML. ....	47
<i>glipizida, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas, 2.5 mg</i> .....	41	<i>heather</i> .....	50
<i>glipizida, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas, 5 mg</i> .....	41	HEPARIN (PORCINA) EN NAACL AL 0.45%, SOLUCIÓN PARENTERAL INTRAVENOSA, 25,000 UNIDADES/250 ML, 25,000 UNIDADES/500 ML. ....	35
<i>glipizida, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas, 10 mg</i> .....	41	HEPARIN (PORCINA), EN DEXT. AL 5% .....	35
GLUCAGEN HYPOKIT .....	41	<i>heparina (porcina) en nacl (pf)</i> .....	35
GLUCAGON (HCL), KIT DE EMERGENCIAS .....	41	<i>heparina (porcina), solución inyectable</i> .....	35
<i>glucagón, kit de emergencias (humano)</i> .....	41	<i>heparina, porcina (pf), jeringa inyectable, 5,000 unidades/0.5 ml</i> .....	35
<i>gluconato de clorhexidina, membrana mucosa</i> .....	40	HEPLISAV-B (PF) .....	47
<i>glydo</i> .....	37	HIBERIX (PF) .....	47
GLYXAMBI .....	41	<i>hiclato de doxiciclina intravenoso</i> .....	15
GOCOVRI .....	25	<i>hiclato de doxiciclina, cápsulas orales</i> .....	15
<i>griseofulvina micronizada</i> .....	10	<i>hiclato de doxiciclina, comprimidos orales, 100 mg, 20 mg</i> ...	15
<i>griseofulvina ultramicronizada</i> .....	10	<i>hidralazina inyectable</i> .....	34
<i>guanfacina, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas</i> .....	30	<i>hidralazina oral</i> .....	34
GVOKE .....	42	<i>hidroclorotiazida</i> .....	34
GVOKE HYPOPEN, PAQUETE DE 1 .....	42	<i>hidrocodona-acetaminofeno, comprimidos orales, 10-325 mg, 5-325 mg, 7.5-325 mg</i> .....	27
GVOKE HYPOPEN, PAQUETE DE 2 .....	42	<i>hidrocodona-acetaminofeno, solución oral, 7.5-325 mg/15 ml</i> .....	27
GVOKE PFS, PAQUETE CON 1 JERINGA .....	42	<i>hidrocodona-ibuprofeno, comprimidos orales, 7.5-200 mg</i> ...	27
GVOKE PFS, PAQUETE CON 2 JERINGAS .....	42	<i>hidrocortisona oral</i> .....	41
<b>H</b>		<i>hidrocortisona rectal</i> .....	45
<i>hailey</i> .....	51	<i>hidrocortisona-ácido acético</i> .....	40
<i>hailey 24 fe</i> .....	51	<i>hidrocortisona, crema tópica con aplicador perineal</i> .....	45
<i>hailey fe 1.5/30 (28)</i> .....	51	<i>hidrocortisona, crema tópica, 1%, 2.5%</i> .....	39
<i>hailey fe 1/20 (28)</i> .....	51	<i>hidrocortisona, loción tópica, 2.5%</i> .....	39
HALAVEN .....	18	<i>hidrocortisona, pomada tópica, 1%, 2.5%</i> .....	39
<i>haloperidol, comprimidos orales, 0.5 mg, 2 mg, 20 mg</i> .....	30	<i>hidromorfona, comprimidos orales</i> .....	27
<i>haloperidol, comprimidos orales, 1 mg, 10 mg, 5 mg</i> .....	30	<i>hidromorfona, líquido oral</i> .....	27
HARVONI, COMPRIMIDOS ORALES, 45-200 MG .....	11	<i>hidroxicloroquina</i> .....	14
HARVONI, COMPRIMIDOS ORALES, 90-400 MG .....	11	<i>hidroxiurea</i> .....	18
HARVONI, PÍLDORAS DE ADMINISTRACIÓN ORAL EN PAQUETES, 33.75-150 MG. ....	11	<i>hipurato de metenammina</i> .....	15
		HIZENTRA, SOLUCIÓN SUBCUTÁNEA .....	47

# Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
HUMALOG JUNIOR KWIKPEN U-100	42	HYRIMOZ (CF), JERINGA SUBCUTÁNEA, 20 MG/ 0.2 ML	49
HUMALOG KWIKPEN, INSULINA	42	HYRIMOZ (CF), JERINGA SUBCUTÁNEA, 40 MG/ 0.4 ML	49
HUMALOG MIX 50-50, INSULINA U-100	42	HYRIMOZ PEN CROHN'S-UC, PAQUETE INICIAL	49
HUMALOG MIX 50-50 KWIKPEN	42	HYRIMOZ PEN PSORIASIS, PAQUETE INICIAL	49
HUMALOG MIX 75-25 (U-100), INSULINA	42		
HUMALOG MIX 75-25 KWIKPEN	42	<b>I</b>	
HUMALOG U-100, INSULINA	42	<i>ibandronato oral</i>	48
HUMIRA (CF) PEDI CROHNS, PAQUETE INICIAL, KIT DE JERINGA SUBCUTÁNEA, 80 MG/0.8 ML	49	IBRANCE	18
HUMIRA (CF) PEDI CROHNS, PAQUETE INICIAL, KIT DE JERINGA SUBCUTÁNEA, 80 MG/0.8 ML-40 MG/0.4 ML	49	<i>ibu</i>	28
HUMIRA (CF) PEN CROHNS-UC-HS	49	<i>ibuprofeno, comprimidos orales, 400 mg, 600 mg, 800 mg</i>	28
HUMIRA (CF) PEN PEDIATRIC UC	49	<i>ibuprofeno, suspensión oral</i>	28
HUMIRA (CF) PEN PSOR-UV-ADOL HS	49	<i>icatibanto</i>	54
HUMIRA (CF) PEN, KIT DE LAPICERA PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA, 40 MG/0.4 ML	49	<i>iclevia</i>	51
HUMIRA (CF) PEN, KIT DE LAPICERA PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA, 80 MG/0.8 ML	49	ICLUSIG	18
HUMIRA (CF), KIT DE JERINGA SUBCUTÁNEA, 10 MG/0.1 ML, 20 MG/0.2 ML	49	<i>idarrubicina</i>	18
HUMIRA (CF), KIT DE JERINGA SUBCUTÁNEA, 40 MG/0.4 ML	49	IDHIFA	18
HUMIRA PEN	49	<i>ifosfamida, sol. para reconst. intravenosa, 1 gramo</i>	18
HUMIRA PEN CROHNS-UC-HS, PAQUETE INICIAL	49	<i>ifosfamida, solución intravenosa</i>	18
HUMIRA PEN PSOR-UEVITS-ADOL HS	49	IFOSFAMIDE, SOL. PARA RECONST. INTRAVENOSA, 3 GRAMOS	18
HUMIRA, KIT DE JERINGA SUBCUTÁNEA, 40 MG/0.8 ML	49	<i>imatinib, comprimidos orales, 100 mg</i>	18
HUMULIN 70/30 U-100 KWIKPEN	42	<i>imatinib, comprimidos orales, 400 mg</i>	18
HUMULIN 70/30 U-100, INSULINA	42	IMBRUVICA, CÁPSULAS ORALES, 70 MG	18
HUMULIN N NPH U-100, INSULINA	42	IMBRUVICA, CÁPSULAS ORALES, 140 MG	18
HUMULIN N NPH, INSULINA KWIKPEN	42	IMBRUVICA, COMPRIMIDOS ORALES, 140 MG, 280 MG, 420 MG	18
HUMULIN R REGULAR U-100, INSULINA	42	IMBRUVICA, SUSPENSIÓN ORAL	18
HUMULIN R U-500 (CONC) KWIKPEN	42	IMFINZI	18
HUMULIN R U-500 (CONC), INSULINA	42	<i>imipenem-cilastatina</i>	14
HYRIMOZ (CF) PEDI CROHN, PAQUETE INICIAL, JERINGA SUBCUTÁNEA, 80 MG/0.8 ML	49	<i>imiquimod, crema tópica en paquete, 5%</i>	37
HYRIMOZ (CF) PEDI CROHN, PAQUETE INICIAL, JERINGA SUBCUTÁNEA, 80 MG/0.8 ML-40 MG/0.4 ML	49	IMJUDO	18
HYRIMOZ (CF) PEN	49	IMOVAX (PF), VACUNA ANTIRRÁBICA	47
HYRIMOZ (CF), JERINGA SUBCUTÁNEA, 10 MG/ 0.1 ML	49	<i>incassia</i>	50
		INCRELEX	40
		INCRUSE ELLIPTA	54
		<i>indapamida</i>	34
		INFANRIX (DTAP) (PF), JERINGA INTRAMUSCULAR	47
		INFUGEM	18

# Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
INFUMORPH P/F	27	ISENTRESS, COMPRIMIDOS ORALES MASTICABLES, 25 MG	11
INGREZZA	26	ISENTRESS, COMPRIMIDOS ORALES MASTICABLES, 100 MG	11
INGREZZA, PAQUETE DE INICIACIÓN	26	ISENTRESS, DE DOSIS ALTA	11
INLYTA, COMPRIMIDOS ORALES, 1 MG	18	ISENTRESS, PAQUETE DE POLVO ORAL	11
INLYTA, COMPRIMIDOS ORALES, 5 MG	18	<i>isibloom</i>	51
INQOVI	18	<i>isoniazida, comprimidos orales</i>	14
INREBIC	18	<i>isoniazida, solución oral</i>	14
INSULIN LISPRO PROTAMIN-LISPRO	42	<i>isosorbida-hidralazina</i>	34
INSULIN LISPRO, SOLUCIÓN SUBCUTÁNEA	42	<i>isotretinoína, cápsulas orales, 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg</i>	38
INTELENCE, COMPRIMIDOS ORALES, 25 MG	11	<i>itraconazol, cápsulas orales</i>	10
INTRALIPID, EMULSIÓN INTRAVENOSA, 20%, 30%	57	<i>itraconazol, solución oral</i>	10
INVEGA HAFYERA, JERINGA INTRAMUSCULAR, 1,092 MG/3.5 ML	30	<i>ivermectina oral</i>	14
INVEGA HAFYERA, JERINGA INTRAMUSCULAR, 1,560 MG/5 ML	30	IXEMPRA	18
INVEGA SUSTENNA, JERINGA INTRAMUSCULAR, 39 MG/0.25 ML	30	IXIARO (PF)	47
INVEGA SUSTENNA, JERINGA INTRAMUSCULAR, 78 MG/0.5 ML	30	<b>J</b>	
INVEGA SUSTENNA, JERINGA INTRAMUSCULAR, 117 MG/0.75 ML	30	<i>jaimiess</i>	51
INVEGA SUSTENNA, JERINGA INTRAMUSCULAR, 156 MG/ML	30	JAKAFI	18
INVEGA SUSTENNA, JERINGA INTRAMUSCULAR, 234 MG/1.5 ML	30	<i>jantoven</i>	35
INVEGA TRINZA, JERINGA INTRAMUSCULAR, 273 MG/0.88 ML	30	JANUMET	42
INVEGA TRINZA, JERINGA INTRAMUSCULAR, 410 MG/1.32 ML	30	JANUMET XR, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA, MULTIFÁSICA, 24 HORAS, 50-1,000 MG, 50-500 MG	42
INVEGA TRINZA, JERINGA INTRAMUSCULAR, 546 MG/1.75 ML	30	JANUMET XR, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA, MULTIFÁSICA, 24 HORAS, 100-1,000 MG	42
INVEGA TRINZA, JERINGA INTRAMUSCULAR, 819 MG/2.63 ML	30	JANUVIA	42
INVOKAMET	42	JARDIANCE	42
INVOKAMET XR	42	<i>jasmiel (28)</i>	51
INVOKANA	42	JAYPIRCA	19
IPOL	47	JEMPERLI	19
<i>ipratropio-albuterol</i>	55	<i>jencycla</i>	50
<i>irbesartán</i>	34	JENTADUETO	42
<i>irbesartán-hidroclorotiazida</i>	34	JENTADUETO XR, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN INMEDIATA-LIBERACIÓN PROLONGADA, BIFÁSICA, 24 HORAS, 2.5-1,000 MG	42
<i>irinotecán</i>	18		
ISENTRESS, COMPRIMIDOS ORALES	11		

# Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
JENTADUETO XR, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN INMEDIATA-LIBERACIÓN PROLONGADA, BIFÁSICA, 24 HORAS, 5-1,000 MG.....	42	KISQALI FEMARA, PAQUETE COMBINADO, COMPRIMIDOS ORALES, 200 MG/DÍA (200 MG X 1)-2.5 MG .....	19
JERINGA PARA INSULINA CON AGUJA, U-100, 0.3 ML CALIBRE 29, 1 ML CALIBRE 29 X 1/2", 1/2 ML CALIBRE 28.....	48	KISQALI FEMARA, PAQUETE COMBINADO, COMPRIMIDOS ORALES, 400 MG/DÍA (200 MG X 2)-2.5 MG .....	19
JEVTANA.....	19	KISQALI FEMARA, PAQUETE COMBINADO, COMPRIMIDOS ORALES, 600 MG/DÍA (200 MG X 3)-2.5 MG .....	19
JOLESSA.....	51	KISQALI, COMPRIMIDOS ORALES, 200 MG/DÍA (200 MG X 1) .....	19
<i>joyeaux</i> .....	51	KISQALI, COMPRIMIDOS ORALES, 400 MG/DÍA (200 MG X 2) .....	19
<i>juleber</i> .....	51	KISQALI, COMPRIMIDOS ORALES, 600 MG/DÍA (200 MG X 3) .....	19
JULUCA.....	11	KLISYRI.....	19
<i>junel 1.5/30 (21)</i> .....	51	<i>klor-con</i> .....	56
<i>junel 1/20 (21)</i> .....	51	KLOR-CON 8.....	56
<i>junel fe 1.5/30 (28)</i> .....	51	KLOR-CON 10.....	56
<i>junel fe 1/20 (28)</i> .....	51	<i>klor-con m10</i> .....	56
<i>junel fe 24</i> .....	51	<i>klor-con m20</i> .....	56
JYNNEOS (PF).....	47	KLOXXADO.....	28
<b>K</b>		KORLYM.....	44
<i>k-phos original</i> .....	56	KOSELUGO, CÁPSULAS ORALES, 10 MG.....	19
KABIVEN.....	57	KOSELUGO, CÁPSULAS ORALES, 25 MG.....	19
KADCYLA.....	19	KRAZATI.....	19
<i>kaitlib fe</i> .....	51	<i>kurvelo (28)</i> .....	51
<i>kalliga</i> .....	51	KYPROLIS.....	19
KALYDECO.....	55	<b>L</b>	
KANJINTI.....	19	<i>l norgest/e.estradiol-e.estradiol</i> .....	51
<i>kariva (28)</i> .....	51	<i>labetalol oral</i> .....	34
<i>kelnor 1-50 (28)</i> .....	51	<i>lacosamida intravenosa</i> .....	24
<i>kelnor 1/35 (28)</i> .....	51	<i>lacosamida, comprimidos orales, 50 mg</i> .....	24
<i>kemoplat</i> .....	19	<i>lacosamida, comprimidos orales, 100 mg, 150 mg, 200 mg</i> .....	24
KERENDIA.....	34	<i>lacosamida, solución oral</i> .....	24
KESIMPTA, EN LAPICERA.....	26	LACTATED RINGERS IRRIGATION.....	39
<i>ketoconazol oral</i> .....	10	<i>lactato de amonio</i> .....	37
<i>ketoconazol, champú tópico</i> .....	38	<i>lactato de haloperidol inyectable</i> .....	30
<i>ketoconazol, crema tópica</i> .....	38	<i>lactato de haloperidol oral</i> .....	30
KETOROLAC, GOTAS OFTÁLMICAS (OJOS), 0.4%.....	53		
<i>ketorolaco, gotas oftálmicas (ojos), 0.5%</i> .....	53		
KEYTRUDA.....	19		
KIMMTRAK.....	19		
KINRIX (PF), JERINGA INTRAMUSCULAR.....	47		

# Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
<i>lactulosa, solución oral</i> .....	45	<i>levetiracetam en nacl (iso-osm.), infusión secundaria intravenosa, 1,000 mg/100 ml, 1,500 mg/100 ml, 500 mg/100 ml</i> .....	24
LAGEVRIO (EUA).....	11	<i>levetiracetam intravenoso</i> .....	24
<i>lamivudina-zidovudina</i> .....	11	<i>levetiracetam, comprimidos orales, 1,000 mg, 750 mg</i> .....	24
<i>lamivudina, comprimidos orales, 100 mg, 300 mg</i> .....	11	<i>levetiracetam, comprimidos orales, 250 mg, 500 mg</i> .....	24
<i>lamivudina, comprimidos orales, 150 mg</i> .....	11	<i>levetiracetam, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas</i> .....	24
<i>lamivudina, solución oral</i> .....	11	<i>levetiracetam, solución oral</i> .....	24
<i>lamotrigina, comprimidos orales</i> .....	24	<i>levobunolol, gotas oftálmicas (ojos), 0.5%</i> .....	53
<i>lamotrigina, comprimidos orales masticables dispersables</i> ...	24	<i>levocarnitina (con azúcar)</i> .....	40
<i>lamotrigina, comprimidos orales, paquete dosificado</i> .....	24	<i>levocarnitina, solución oral, 100 mg/ml</i> .....	40
LANOXIN, PEDIÁTRICO .....	36	LEVOCARNITINE, COMPRIMIDOS ORALES.....	40
LANTUS SOLOSTAR U-100, INSULINA .....	42	<i>levocetirizina, comprimidos orales</i> .....	54
LANTUS U-100, INSULINA.....	42	<i>levofloxacina en d5w</i> .....	15
<i>lapatinib</i> .....	19	<i>levofloxacina, comprimidos orales</i> .....	15
<i>larin 1.5/30 (21)</i> .....	51	<i>levofloxacina, solución oral</i> .....	15
<i>larin 1/20 (21)</i> .....	51	<i>levonest (28)</i> .....	51
<i>larin 24 fe</i> .....	51	<i>levonorg-etetinilestradiol trifásico</i> .....	51
<i>larin fe 1.5/30 (28)</i> .....	51	<i>levonorgestrel-etinilestradiol</i> .....	51
<i>larin fe 1/20 (28)</i> .....	51	<i>levora-28</i> .....	51
<i>latanoprost</i> .....	53	<i>levotiroxina, comprimidos orales</i> .....	44
LAYOLIS FE .....	51	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 .....	44
<i>leena 28</i> .....	51	LEXIVA, SUSPENSIÓN ORAL.....	11
<i>leflunomida</i> .....	49	LIBTAYO.....	19
<i>lenalidomida</i> .....	19	<i>lidocaína (pf), jeringa intravenosa</i> .....	33
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) .....	19	<i>lidocaína (pf), solución inyectable</i> .....	37
LENVIMA, CÁPSULAS ORALES, 10 MG/DÍA (10 MG X 1), 4 MG .....	19	<i>lidocaína viscosa</i> .....	37
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) .....	19	<i>lidocaína-prilocaina, crema tópica</i> .....	37
<i>lessina</i> .....	51	<i>lidocaína, parche adhesivo tópico, medicado, 5%</i> .....	37
<i>letrozol</i> .....	19	LIDOCAINE (PF), SOLUCIÓN INTRAVENOSA.....	33
<i>leucovorina cálcica inyectable</i> .....	16	<i>lincomicina</i> .....	14
<i>leucovorina cálcica, comprimidos orales, 5 mg</i> .....	16	LINEZOLID-CLORURO DE SODIO AL 0.9% .....	14
<i>leucovorina cálcica, comprimidos orales, 10 mg, 15 mg, 25 mg</i> .....	16	<i>linezolida en dextrosa al 5%</i> .....	14
LEUKERAN.....	19	<i>linezolida, comprimidos orales</i> .....	14
<i>leuprolida (3 meses)</i> .....	19	<i>linezolida, suspensión oral para reconstitución</i> .....	14
<i>leuprolida subcutánea, kit</i> .....	19	LINZESS .....	45
		<i>liotironina oral</i> .....	44
		<i>lisinopril</i> .....	34



# Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
<i>lisinopril-hidroclorotiazida</i> .....	34	LUPRON DEPOT-PED (3 MESES), KIT CON JERINGA INTRAMUSCULAR, 11.25 MG .....	19
<i>lo-zumandimine (28)</i> .....	51	LUPRON DEPOT-PED (3 MESES), KIT CON JERINGA INTRAMUSCULAR, 30 MG .....	19
<i>lojaimiess</i> .....	51	LUPRON DEPOT-PED, KIT CON JERINGA INTRAMUSCULAR .....	19
LONSURF, COMPRIMIDOS ORALES, 15-6.14 MG .....	19	LUPRON DEPOT-PED, KIT INTRAMUSCULAR .....	19
LONSURF, COMPRIMIDOS ORALES, 20-8.19 MG .....	19	<i>lurasidona, comprimidos orales, 80 mg</i> .....	31
<i>loperamida, cápsulas orales</i> .....	45	<i>lurasidona, comprimidos orales, 120 mg, 20 mg, 40 mg, 60 mg</i> .....	31
<i>lopinavir-ritonavir, comprimidos orales, 100-25 mg</i> .....	11	<i>lutera (28)</i> .....	51
<i>lopinavir-ritonavir, comprimidos orales, 200-50 mg</i> .....	11	LYNPARZA .....	19
<i>lopinavir-ritonavir, solución oral</i> .....	11	LYSODREN .....	20
LOQTORZI .....	19	LYTGOBI, COMPRIMIDOS ORALES, 4 MG .....	20
<i>lorazepam, comprimidos orales, 0.5 mg, 1 mg</i> .....	31	LYTGOBI, COMPRIMIDOS ORALES, 4 MG (4 COMP. DE 4 MG) .....	20
<i>lorazepam, comprimidos orales, 2 mg</i> .....	31	LYTGOBI, COMPRIMIDOS ORALES, 4 MG (5 COMP. DE 4 MG) .....	20
<i>lorazepam, concentrado oral</i> .....	31	LYUMJEV KWIKPEN U-100, INSULINA .....	42
<i>lorazepam, intensol</i> .....	31	LYUMJEV KWIKPEN U-200, INSULINA .....	42
<i>lorazepam, jeringa inyectable, 2 mg/ml</i> .....	31	LYUMJEV U-100, INSULINA .....	42
<i>lorazepam, jeringa oral</i> .....	31	<i>lyza</i> .....	50
<i>lorazepam, solución inyectable</i> .....	31		
LORBRENA, COMPRIMIDOS ORALES, 25 MG .....	19	<b>M</b>	
LORBRENA, COMPRIMIDOS ORALES, 100 MG .....	19	M-M-R II (PF) .....	47
<i>loryna (28)</i> .....	51	M-NATAL PLUS .....	57
<i>losartán</i> .....	34	<i>malatión</i> .....	39
<i>losartán-hidroclorotiazida, comprimidos orales, 50-12.5 mg</i> .....	34	<i>malato de sunitinib</i> .....	21
<i>losartán-hidroclorotiazida, comprimidos orales, 100-12.5 mg, 100-25 mg</i> .....	34	<i>maleato de asenapina, comprimidos sublinguales, 5 mg</i> .....	29
LOTEMAX SM .....	54	<i>maleato de asenapina, comprimidos sublinguales, 10 mg, 2.5 mg</i> .....	29
LOTEMAX, POMADA OFTÁLMICA (OJOS) .....	54	<i>maleato de enalapril, comprimidos orales</i> .....	34
<i>lovastatina, comprimidos orales, 10 mg</i> .....	36	<i>maleato de prochlorperazina</i> .....	45
<i>lovastatina, comprimidos orales, 20 mg, 40 mg</i> .....	36	<i>maleato de timolol oral</i> .....	35
<i>low-ogestrel (28)</i> .....	51	<i>maleato de timolol, gotas oftálmicas (ojos)</i> .....	53
LUMAKRAS, COMPRIMIDOS ORALES, 120 MG .....	19	<i>maleato de timolol, solución gelificante oftálmica (ojos)</i> .....	53
LUMAKRAS, COMPRIMIDOS ORALES, 320 MG .....	19	<i>maraviroc, comprimidos orales, 150 mg</i> .....	11
LUMIGAN, GOTAS OFTÁLMICAS (OJOS), 0.01% .....	53	<i>maraviroc, comprimidos orales, 300 mg</i> .....	11
LUMIZYME .....	44	MARGENZA .....	20
LUNSUMIO .....	19	<i>marlissa (28)</i> .....	51
LUPRON DEPOT .....	19	MARPLAN .....	31
LUPRON DEPOT (3 MESES) .....	19		
LUPRON DEPOT (4 MESES) .....	19		
LUPRON DEPOT (6 MESES) .....	19		

# Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
MATULANE.....	20	<i>metadona, comprimidos orales, 10 mg</i> .....	27
<i>matzim la</i> .....	34	<i>metadona, concentrado oral</i> .....	27
MAVYRET, COMPRIMIDOS ORALES .....	11	<i>metadona, intensol</i> .....	27
MAVYRET, PÍLDORAS DE ADMINISTRACIÓN ORAL EN PAQUETES .....	11	<i>metadona, solución inyectable</i> .....	27
<i>meclizina, comprimidos orales, 12.5 mg, 25 mg</i> .....	45	<i>metadona, solución oral, 5 mg/5 ml</i> .....	27
<i>medroxiprogesterona intramuscular</i> .....	50	<i>metadona, solución oral, 10 mg/5 ml</i> .....	27
<i>medroxiprogesterona oral</i> .....	50	<i>metazolamida</i> .....	53
<i>mefloquina</i> .....	14	<i>metformina, comprimidos orales, 1,000 mg</i> .....	42
<i>megestrol, comprimidos orales, 20 mg</i> .....	20	<i>metformina, comprimidos orales, 500 mg</i> .....	42
<i>megestrol, comprimidos orales, 40 mg</i> .....	20	<i>metformina, comprimidos orales, 850 mg</i> .....	42
<i>megestrol, suspensión oral, 400 mg/10 ml (10 ml), 400 mg/10 ml (40 mg/ml), 800 mg/20 ml (20 ml)</i> .....	20	<i>metformina, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas, 500 mg</i> .....	42
MEKINIST, COMPRIMIDOS ORALES, 0.5 MG .....	20	<i>metformina, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas, 750 mg</i> .....	42
MEKINIST, COMPRIMIDOS ORALES, 2 MG .....	20	<i>metformina, solución oral</i> .....	42
MEKINIST, SOL. PARA RECONST. ORAL .....	20	<i>metilprednisolona</i> .....	41
MEKTOVI.....	20	<i>metilprednisolona, paquete dosificado</i> .....	41
<i>meloxicam, comprimidos orales, 7.5 mg</i> .....	28	<i>metimazol, comprimidos orales, 10 mg, 5 mg</i> .....	41
<i>meloxicam, comprimidos orales, 15 mg</i> .....	28	<i>metirosina</i> .....	34
<i>memantina, comprimidos orales, 5 mg</i> .....	26	<i>metocarbamol, comprimidos orales, 500 mg, 750 mg</i> .....	26
<i>memantina, comprimidos orales, 10 mg</i> .....	26	<i>metolazona</i> .....	34
<i>memantina, solución oral</i> .....	26	<i>metotrexato sódico (pf)</i> .....	20
MEMANTINE, COMPRIMIDOS ORALES, PAQUETE DOSIFICADO .....	26	<i>metotrexato sódico inyectable</i> .....	20
MENACTRA (PF), SOLUCIÓN INTRAMUSCULAR .....	47	<i>metotrexato sódico oral</i> .....	20
MENQUADFI (PF) .....	47	<i>metoxaleno</i> .....	37
MENVEO A-C-Y-W-135-DIP (PF) .....	47	METRO INTRAVENOSO .....	14
<i>mercaptapurina</i> .....	20	<i>metronidazol en nacl (iso-osm.)</i> .....	14
MEROPENEM-CLORURO DE SODIO AL 0.9% .....	14	<i>metronidazol tópico</i> .....	38
<i>meropenem, sol. para reconst. intravenosa, 1 gramo, 500 mg</i> .....	14	<i>metronidazol vaginal</i> .....	50
<i>merzee</i> .....	51	<i>metronidazol, comprimidos orales</i> .....	14
<i>mesalamina con pañuelo limpiador</i> .....	45	<i>metsuximida</i> .....	24
<i>mesalamina, cápsulas orales, liberación prolongada, 24 horas</i> .....	45	<i>mexiletina</i> .....	33
<i>mesalamina, enema rectal</i> .....	45	<i>micofenolato sódico</i> .....	20
<i>mesilato de ziprasidona</i> .....	33	<i>microgestin 1.5/30 (21)</i> .....	51
<i>mesna</i> .....	16	<i>microgestin 1/20 (21)</i> .....	51
MESNEX ORAL .....	16	<i>microgestin fe 1.5/30 (28)</i> .....	51
<i>metadate er</i> .....	31	<i>microgestin fe 1/20 (28)</i> .....	52
<i>metadona, comprimidos orales, 5 mg</i> .....	27	<i>midodrina</i> .....	40
		MIEBO .....	53
		<i>miglustato</i> .....	44

# Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
<i>mili</i> .....	52	MORPHINE, JERINGA INYECTABLE, 2 MG/ML, 4 MG/ML .....	27
<i>minociclina, cápsulas orales</i> .....	15	MORPHINE, SOLUCIÓN INYECTABLE .....	27
<i>minoxidil oral</i> .....	34	MOUNJARO .....	42
<i>mirtazapina, comprimidos de desintegración oral</i> .....	31	MOVANTIK .....	45
<i>mirtazapina, comprimidos orales</i> .....	31	MOXIFLOXACIN-SOD. ACE, SUL-WATER .....	15
<i>misoprostol</i> .....	46	<i>moxifloxacina oftálmica (ojos)</i> .....	52
MITIGARE .....	48	<i>moxifloxacina oral</i> .....	15
<i>mitomicina intravenosa</i> .....	20	<i>moxifloxacina-cloruro de sodio (iso)</i> .....	15
<i>mitoxantrona</i> .....	20	<i>mupirocina</i> .....	38
<i>modafinil, comprimidos orales, 100 mg</i> .....	31	<i>mupirocina cálcica</i> .....	38
<i>modafinil, comprimidos orales, 200 mg</i> .....	31	MVASI .....	20
<i>moexipril</i> .....	34	MYLOTARG .....	20
<i>mofetil micofenolato (clorhidrato)</i> .....	20	MYRBETRIQ, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA, 24 HORAS .....	55
<i>mofetil micofenolato, cápsulas orales</i> .....	20		
<i>mofetil micofenolato, comprimidos orales</i> .....	20	<b>N</b>	
<i>mofetil micofenolato, suspensión oral para reconstitución</i> ..	20	<i>nabumetona</i> .....	28
<i>molindona, comprimidos orales, 5 mg</i> .....	31	<i>nafcilina inyectable</i> .....	15
<i>molindona, comprimidos orales, 10 mg, 25 mg</i> .....	31	<i>nafcilina, sol. para reconst. intravenosa, 2 gramos</i> .....	15
<i>metasona tópica</i> .....	39	NAFCILLIN EN DEXTROSA, ISO-OSM. ....	15
MONJUVI .....	20	NAGLAZYME .....	44
<i>mono-lynyah</i> .....	52	<i>naloxona nasal</i> .....	28
<i>monohidrato de doxiciclina, cápsulas orales, 100 mg, 50 mg</i> .....	15	<i>naloxona, jeringa inyectable, 1 mg/ml</i> .....	28
<i>monohidrato de doxiciclina, comprimidos orales</i> .....	15	<i>naloxona, solución inyectable</i> .....	28
<i>monohidrato de doxiciclina, suspensión oral para reconstitución</i> .....	15	<i>naltrexona</i> .....	28
<i>monohidrato de nitrofurantoína/macrocrist.</i> .....	15	NAMZARIC .....	26
<i>mononitrato de isosorbida</i> .....	36	<i>naproxeno sódico, comprimidos orales, 275 mg, 550 mg.</i> ...	28
<i>montelukast, comprimidos orales</i> .....	55	<i>naproxeno, comprimidos orales</i> .....	28
<i>montelukast, comprimidos orales masticables</i> .....	55	<i>naproxeno, comprimidos orales, liberación retardada (dr/ec), 375 mg.</i> .....	28
<i>montelukast, paquete de gránulos orales</i> .....	55	<i>naproxeno, comprimidos orales, liberación retardada (dr/ec), 500 mg.</i> .....	28
<i>morfina (pf), solución inyectable, 0.5 mg/ml, 1 mg/ml</i> .....	27	<i>naproxeno, suspensión oral</i> .....	28
<i>morfina, comprimidos orales</i> .....	27	<i>naratriptán</i> .....	25
<i>morfina, comprimidos orales, liberación prolongada</i> .....	27	NATACYN .....	53
<i>morfina, solución intravenosa, 10 mg/ml, 4 mg/ml, 8 mg/ml</i> .....	27	<i>nateglinida, comprimidos orales, 60 mg</i> .....	42
<i>morfina, solución oral</i> .....	27	<i>nateglinida, comprimidos orales, 120 mg</i> .....	42
<i>morfina, solución oral concentrada</i> .....	27	NATPARA .....	44
MORPHINE, JERINGA INTRAVENOSA, 10 MG/ML, 2 MG/ML, 4 MG/ML .....	27	NAYZILAM .....	24

# Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
<i>necon 0.5/35 (28)</i> .....	52	<i>nitroglicerina intravenosa</i> .....	36
<i>nefazodona</i> .....	31	<i>nitroglicerina sublingual</i> .....	36
<i>nelarabina</i> .....	20	<i>nitroglicerina, parche transdérmico, 24 horas</i> .....	36
<i>neomicina</i> .....	14	<i>nitroglicerina, translingual</i> .....	36
<i>neomicina-bacitracina-polimixina</i> .....	53	NIVESTYM .....	46
<i>neomicina-bacitracina-polimixina-hc</i> .....	53	NORA-BE .....	50
<i>neomicina-polimixina b gu</i> .....	39	<i>noret.-etinilestradiol/hierro</i> .....	52
<i>neomicina-polimixina b-dexametasona</i> .....	53	<i>noretisterona (anticonceptivo)</i> .....	50
<i>neomicina-polimixina-gramicidina</i> .....	53	<i>noretisterona ac-etinilestradiol, comprimidos orales, 1-20 mg-mcg, 1.5-30 mg-mcg</i> .....	52
<i>neomicina-polimixina-hc oftálmica (ojos)</i> .....	53	<i>noretisterona-etinilestradiol-hierro</i> .....	52
<i>neomicina-polimixina-hidro cortisona ótica (oído)</i> .....	40	<i>norgestimato-etinilestradiol</i> .....	52
NERLYNX .....	20	<i>nortrel 0.5/35 (28)</i> .....	52
<i>nevirapina, comprimidos orales</i> .....	11	<i>nortrel 1/35 (21)</i> .....	52
<i>nevirapina, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas, 100 mg</i> .....	11	<i>nortrel 1/35 (28)</i> .....	52
<i>nevirapina, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas, 400 mg</i> .....	11	<i>nortrel 7/7/7 (28)</i> .....	52
<i>nevirapina, suspensión oral</i> .....	11	<i>nortriptilina, cápsulas orales</i> .....	31
NEXLETOL .....	36	<i>nortriptilina, solución oral</i> .....	31
NEXLIZET .....	36	NORVIR, PAQUETE DE POLVO ORAL .....	11
<i>niacina, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas</i> .....	36	NUBEQA .....	20
<i>nicardipina oral</i> .....	34	NUCALA, AUTOINYECTOR, VÍA SUBCUTÁNEA .....	55
<i>nicardipina, solución intravenosa</i> .....	34	NUCALA, JERINGA SUBCUTÁNEA, 40 MG/0.4 ML .....	55
NICOTROL .....	40	NUCALA, JERINGA SUBCUTÁNEA, 100 MG/ML .....	55
<i>nifedipina, comprimidos orales, liberación prolongada</i> .....	34	NUEDEXTA .....	26
<i>nifedipina, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas</i> .....	34	NULOJIX .....	20
<i>nikki (28)</i> .....	52	NUPLAZID .....	31
<i>nilutamida</i> .....	20	NURTEC, COMPRIMIDOS DE DESINTEGRACIÓN ORAL .....	25
<i>nimodipina</i> .....	34	<i>nyamyc</i> .....	38
NINLARO .....	20	<i>nylia 1/35 (28)</i> .....	52
NIPENT .....	20	<i>nylia 7/7/7 (28)</i> .....	52
<i>nistatina oral</i> .....	10	<i>nymyo</i> .....	52
<i>nistatina-triamcinolona</i> .....	38	<i>nystop</i> .....	38
<i>nistatina, crema tópica</i> .....	38	<b>O</b>	
<i>nistatina, polvo tópico</i> .....	38	OCALIVA .....	45
<i>nistatina, pomada tópica</i> .....	38	<i>ocella</i> .....	52
<i>nitazoxanida</i> .....	14	OCREVUS .....	26
<i>nitisinona</i> .....	40	ODEFSEY .....	11
		ODOMZO .....	20

# Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
OFEV	55	ORENCIA, JERINGA SUBCUTÁNEA, 87.5 MG/0.7 ML	49
<i>ofloxacin</i> oftálmica (ojos)	53	ORENCIA, JERINGA SUBCUTÁNEA, 125 MG/ML	49
<i>ofloxacin</i> ótica (oídos)	40	ORENITRAM	34
OGIVRI	20	ORENITRAM, PAQUETE DE AJUSTE DE DOSIS MES 1	35
OJJAARA	20	ORENITRAM, PAQUETE DE AJUSTE DE DOSIS MES 2	35
<i>olanzapina</i> intramuscular	31	ORENITRAM, PAQUETE DE AJUSTE DE DOSIS MES 3	35
<i>olanzapina</i> , comprimidos de desintegración oral, 10 mg, 5 mg	31	ORGOVYX	20
<i>olanzapina</i> , comprimidos de desintegración oral, 15 mg, 20 mg	31	ORKAMBI, COMPRIMIDOS ORALES	55
<i>olanzapina</i> , comprimidos orales, 10 mg, 2.5 mg, 5 mg, 7.5 mg	31	ORKAMBI, PAQUETE DE GRÁNULOS ORALES	55
<i>olanzapina</i> , comprimidos orales, 15 mg, 20 mg	31	ORSERDU	20
<i>olmesartán</i>	34	<i>oseltamivir</i> , cápsulas orales	11
<i>olmesartán</i> -hidroclorotiazida	34	<i>oseltamivir</i> , suspensión oral para reconstitución	11
<i>olopatadina</i> , gotas oftálmicas (ojos), 0.1%	53	OTEZLA	49
<i>omeprazol</i> , cápsulas orales, liberación retardada (dr/ec)	46	OTEZLA, COMPRIMIDOS ORALES INICIALES, PAQUETE DOSIFICADO, 10 MG (4)-20 MG (4)-30 MG (47)	49
OMNIPOD 5 G6 INTRO KIT (GEN 5)	43	<i>oxacilina</i> inyectable	15
OMNIPOD 5 G6 PODS (GEN 5)	43	<i>oxalato de escitalopram</i> , comprimidos orales, 10 mg, 5 mg	30
OMNIPOD CLASSIC PODS (GEN 3)	43	<i>oxalato de escitalopram</i> , comprimidos orales, 20 mg	30
OMNIPOD DASH INTRO KIT (GEN 4)	43	<i>oxalato de escitalopram</i> , solución oral	30
OMNIPOD DASH PODS (GEN 4)	43	<i>oxaliplatino</i>	20
OMNIPOD GO PODS	43	<i>oxaprozina</i> , comprimidos orales	28
OMNIPOD GO PODS, 10 UNIDADES/DÍA	43	<i>oxcarbazepina</i> , comprimidos orales	24
OMNIPOD GO PODS, 15 UNIDADES/DÍA	43	<i>oxcarbazepina</i> , suspensión oral	24
OMNIPOD GO PODS, 20 UNIDADES/DÍA	43	OXERVATE	53
OMNIPOD GO PODS, 25 UNIDADES/DÍA	43	<i>oxibato de sodio</i>	32
OMNIPOD GO PODS, 30 UNIDADES/DÍA	43	<i>oxicodona</i> -acetaminofeno, comprimidos orales, 10-325 mg, 2.5-325 mg, 5-325 mg, 7.5-325 mg	27
OMNIPOD GO PODS, 40 UNIDADES/DÍA	43	<i>oxicodona</i> , comprimidos orales, 5 mg	27
ONCASPAR	20	<i>oxicodona</i> , comprimidos orales, 10 mg, 15 mg, 20 mg, 30 mg	27
<i>ondansetrón</i>	45	<i>oximorфона</i> , comprimidos orales, liberación prolongada, 12 horas	27
ONGENTYS	25	OZEMPIC, LAPICERA PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA, 0.25 MG O 0.5 MG (2 MG/3 ML), 1 MG/DOSIS (4 MG/3 ML), 2 MG/DOSIS (8 MG/3 ML)	43
ONIVYDE	20		
ONUREG	20		
OPDIVO	20		
OPDUALAG	20		
OPSUMIT	55		
<i>oralone</i>	40		
ORENCIA CLICKJECT	49		
ORENCIA, JERINGA SUBCUTÁNEA, 50 MG/0.4 ML	49		
		<b>P</b>	
		<i>pacerona</i> , comprimidos orales, 100 mg, 400 mg	33
		<i>pacerona</i> , comprimidos orales, 200 mg	33



# Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
<i>paclitaxel</i> .....	20	<i>perindopril erbumina</i> .....	35
PACLITAXEL PROTEIN-BOUND .....	20	<i>periogard</i> .....	40
PADCEV .....	20	PERJETA .....	20
<i>paliperidona, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas, 1.5 mg, 9 mg</i> .....	31	<i>permetrina</i> .....	39
<i>paliperidona, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas, 3 mg, 6 mg</i> .....	31	PERSERIS .....	31
<i>palonosetrón, solución intravenosa, 0.25 mg/5 ml</i> .....	45	<i>pfizerpen-g</i> .....	15
<i>pamidronato</i> .....	44	PHESGO .....	20
PANRETIN .....	37	<i>philith</i> .....	52
<i>pantoprazol, comprimidos orales, liberación retardada (dr/ec)</i> .....	46	PIFELTRO .....	11
PANZYGA .....	47	<i>pimozida</i> .....	31
PAÑOS CON ALCOHOL .....	48	<i>pimtrea (28)</i> .....	52
<i>paricalcitol oral</i> .....	44	<i>pindolol</i> .....	35
<i>paromomicina</i> .....	14	<i>pioglitazona</i> .....	43
PAXLOVID, COMPRIMIDOS ORALES, PAQUETE DOSIFICADO, 150-100 MG* .....	11	<i>piperacilina-tazobactam</i> .....	15
PAXLOVID, COMPRIMIDOS ORALES, PAQUETE DOSIFICADO, 300 MG (150 MG X 2)-100 MG* .....	11	PIQRAY .....	20
<i>pazopanib</i> .....	20	<i>pirazinamida</i> .....	14
PEDIARIX (PF) .....	47	<i>pirfenidona, comprimidos orales, 267 mg</i> .....	55
PEDVAX HIB (PF) .....	47	<i>pirfenidona, comprimidos orales, 534 mg, 801 mg</i> .....	55
<i>peg 3350-electrolitos</i> .....	45	<i>pirimetamina</i> .....	14
<i>peg-electrolitos, solución</i> .....	45	<i>pitavastatina cálcica</i> .....	36
PEGASYS, JERINGA SUBCUTÁNEA .....	46	<i>plenamine</i> .....	57
PEGASYS, SOLUCIÓN SUBCUTÁNEA .....	46	PLERIXAFOR .....	46
PEMAZYRE .....	20	PNV-DHA .....	57
<i>pemetrexed disódico, sol. para reconst. intravenosa</i> .....	20	PNV-OMEGA .....	57
<i>penicilamina</i> .....	49	PNV-SELECT .....	57
<i>penicilina g potásica</i> .....	15	<i>podofilox, solución tópica</i> .....	37
<i>penicilina v potásica</i> .....	15	<i>polimixina b sulfato de trimetoprima</i> .....	53
PENTACEL (PF), KIT INTRAMUSCULAR, 15 LF-48 MCG-62 DU-10 MCG/0.5 ML .....	47	POLIVY .....	21
<i>pentamidina inyectable</i> .....	14	<i>polycin</i> .....	53
<i>pentamidina para inhalar</i> .....	14	POMALYST .....	21
PENTIPS .....	43	<i>portia 28</i> .....	52
<i>pentoxifilina</i> .....	35	PORTRAZZA .....	21
<i>perfenazina</i> .....	31	<i>posaconazol, comprimidos orales, liberación retardada (dr/ec)</i> .....	10
<i>perfenazina-amitriptilina</i> .....	31	POTASSIUM CHLORID-D5-NAACL AL 0.45% .....	56
PERIKABIVEN .....	57	POTASSIUM CHLORIDE EN DEXTROSA AL 5%, SOLUCIÓN PARENTERAL INTRAVENOSA, 20 MEQ/L .....	56
		POTASSIUM CHLORIDE EN LR-D5, SOLUCIÓN PARENTERAL INTRAVENOSA, 20 MEQ/L .....	56

# Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
POTASSIUM CHLORIDE EN NACL AL 0.9%, SOLUCIÓN PARENTERAL INTRAVENOSA, 20 MEQ/L, 40 MEQ/L	56	PRIFTIN	14
POTASSIUM CHLORIDE-D5-NACL AL 0.2%, SOLUCIÓN PARENTERAL INTRAVENOSA, 20 MEQ/L	56	<i>primaquina</i>	14
POTASSIUM CHLORIDE-D5-NACL AL 0.9%	56	<i>primidona, comprimidos orales, 125 mg</i>	24
POTELIGEO	21	<i>primidona, comprimidos orales, 250 mg, 50 mg</i>	25
PR NATAL 400	57	PRIORIX (PF)	47
PR NATAL 400 EC	57	<i>probenecid</i>	48
PR NATAL 430	57	<i>probenecid/colchicina</i>	48
PR NATAL 430 EC	57	<i>prochlorperazina</i>	45
<i>pramipexol, comprimidos orales</i>	25	PROCRIT, SOLUCIÓN INYECTABLE, 10,000 UNIDADES/ML, 2,000 UNIDADES/ML, 40,000 UNIDADES/ML	46
<i>prasugrel</i>	35	PROCRIT, SOLUCIÓN INYECTABLE, 20,000 UNIDADES/2 ML	46
<i>pravastatina</i>	36	<i>procrit, solución inyectable, 20,000 unidades/ml, 3,000 unidades/ml, 4,000 unidades/ml</i>	46
<i>praziquantel</i>	14	<i>procto-med hc</i>	45
<i>prazosina</i>	35	<i>proctosol hc tópico</i>	45
<i>prednisolona, solución oral</i>	41	<i>proctozona-hc</i>	45
PREDNISOLONE ACETATE	54	<i>progesterona micronizada</i>	50
<i>prednisona, comprimidos orales</i>	41	PROGRAF INTRAVENOSO	21
<i>prednisona, comprimidos orales, paquete dosificado</i>	41	PROGRAF, PAQUETE DE GRÁNULOS ORALES	21
<i>prednisona, intensol</i>	41	PROLASTIN-C, SOL. PARA RECONST. INTRAVENOSA	40
<i>prednisona, solución oral</i>	41	PROLASTIN-C, SOLUCIÓN INTRAVENOSA	40
<i>pregabalina, cápsulas orales, 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	24	PROLIA	48
<i>pregabalina, cápsulas orales, 200 mg</i>	24	PROMACTA, COMPRIMIDOS ORALES, 12.5 MG, 25 MG, 50 MG	36
<i>pregabalina, cápsulas orales, 225 mg, 300 mg</i>	24	PROMACTA, COMPRIMIDOS ORALES, 75 MG	36
<i>pregabalina, solución oral</i>	24	PROMACTA, PAQUETE DE POLVO ORAL, 12.5 MG	36
PREHEVBRIO (PF)	47	PROMACTA, PAQUETE DE POLVO ORAL, 25 MG	36
PREMARIN INYECTABLE	50	<i>prometazina, comprimidos orales</i>	54
PREMARIN ORAL	50	<i>prometazina, jarabe oral</i>	54
PREMARIN VAGINAL	50	<i>propafenona</i>	33
<i>premasol 10%</i>	57	<i>propiltiouracilo</i>	41
PREMPRO	50	<i>propionato de fluticasona nasal</i>	54
PRENATAL PLUS (CARBONATO DE CALCIO)	57	<i>propionato de fluticasona, crema tópica</i>	39
PRENATAL VITAMIN PLUS LOW IRON	57	<i>propionato de fluticasona, pomada tópica</i>	39
<i>prevalite</i>	36	<i>propionato de halobetasol, crema tópica</i>	39
PREVYMIS	11	<i>propionato de halobetasol, pomada tópica</i>	39
PREZCOBIX	11	<i>propionato de halobetasol, pomada tópica</i>	39
PREZISTA, COMPRIMIDOS ORALES, 75 MG	11	<i>propranolol, cápsulas orales, liberación prolongada, 24 horas</i>	35
PREZISTA, COMPRIMIDOS ORALES, 150 MG	11	<i>propranolol, comprimidos orales</i>	35
PREZISTA, SUSPENSIÓN ORAL	11		

# Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
<i>propranolol, solución oral</i> .....	35	REPATHA SURECLICK .....	36
PROQUAD (PF) .....	47	REPATHA, JERINGA .....	36
PROSOL 20% .....	57	RETACRIT .....	46
<i>protriptilina</i> .....	31	RETEVMO, CÁPSULAS ORALES, 40 MG .....	21
PULMOZYME .....	55	RETEVMO, CÁPSULAS ORALES, 80 MG .....	21
PURIXAN .....	21	RETROVIR INTRAVENOSO .....	12
<b>Q</b>		REXULTI, COMPRIMIDOS ORALES .....	32
QINLOCK .....	21	REYATAZ, PAQUETE DE POLVO ORAL .....	12
QUADRACEL (PF) .....	47	REZLIDHIA .....	21
<i>quetiapina, comprimidos orales, 100 mg, 25 mg, 50 mg</i> .....	31	REZUROCK .....	21
<i>quetiapina, comprimidos orales, 150 mg, 200 mg</i> .....	31	RHOPRESSA .....	53
<i>quetiapina, comprimidos orales, 300 mg, 400 mg</i> .....	31	<i>ribavirina, cápsulas orales</i> .....	12
QUILLICHEW ER, COMPRIMIDOS ORALES, MASTICABLES, LIBERACIÓN INMEDIATA-LIBERACIÓN PROLONGADA, BIFÁSICA, 24 HORAS, 20 MG, 30 MG .....	31	<i>ribavirina, comprimidos orales, 200 mg</i> .....	12
QUILLICHEW ER, COMPRIMIDOS ORALES, MASTICABLES, LIBERACIÓN INMEDIATA-LIBERACIÓN PROLONGADA, BIFÁSICA, 24 HORAS, 40 MG .....	32	<i>rifabutina</i> .....	14
<i>quinapril</i> .....	35	<i>rifampina</i> .....	14
<i>quinapril-hidroclorotiazida</i> .....	35	<i>riluzol</i> .....	40
<b>R</b>		<i>rimantadina</i> .....	12
RABAVERT (PF) .....	47	RINGER'S INTRAVENOUS .....	56
RADICAVA .....	26	RINGER'S IRRIGATION .....	39
<i>raloxifeno</i> .....	48	RINVOQ, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA, 24 HORAS, 15 MG, 30 MG .....	50
<i>ramipril</i> .....	35	RINVOQ, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN PROLONGADA, 24 HORAS, 45 MG .....	50
<i>ranolazina</i> .....	36	RISPERDAL CONSTA .....	32
<i>rasagilina</i> .....	25	<i>risperidona, comprimidos de desintegración oral, 0.25 mg, 0.5 mg, 4 mg</i> .....	32
RAYALDEE .....	44	<i>risperidona, comprimidos de desintegración oral, 1 mg</i> .....	32
<i>reclipsen (28)</i> .....	52	<i>risperidona, comprimidos de desintegración oral, 2 mg</i> .....	32
RECOMBIVAX HB (PF) .....	47	<i>risperidona, comprimidos de desintegración oral, 3 mg</i> .....	32
RECTIV .....	45	<i>risperidona, comprimidos orales, 0.25 mg, 0.5 mg, 4 mg</i> .....	32
REGRANEX .....	37	<i>risperidona, comprimidos orales, 1 mg</i> .....	32
REMICADE .....	45	<i>risperidona, comprimidos orales, 2 mg</i> .....	32
RENACIDIN .....	56	<i>risperidona, comprimidos orales, 3 mg</i> .....	32
<i>repaglinida, comprimidos orales, 0.5 mg</i> .....	43	<i>risperidona, solución oral</i> .....	32
<i>repaglinida, comprimidos orales, 1 mg</i> .....	43	<i>ritonavir</i> .....	12
<i>repaglinida, comprimidos orales, 2 mg</i> .....	43	<i>rivastigmina</i> .....	26
REPATHA PUSHTRONEX .....	36	RIVELSA .....	52
		<i>rizatriptán, comprimidos de desintegración oral</i> .....	25
		<i>rizatriptán, comprimidos orales</i> .....	25
		ROCKLATAN .....	53

# Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
<i>roflumilast</i> .....	55	SEREVENT DISKUS .....	55
ROMIDEPSIN, SOLUCIÓN INTRAVENOSA .....	21	<i>sertralina, comprimidos orales</i> .....	32
<i>romidepsina, sol. para reconst. intravenosa</i> .....	21	<i>sertralina, concentrado oral</i> .....	32
<i>ropinirol, comprimidos orales</i> .....	25	<i>setlakin</i> .....	52
<i>rosuvastatina</i> .....	36	<i>sharobel</i> .....	50
ROTARIX .....	47	SHINGRIX (PF) .....	47
ROTATEQ, VACUNA .....	47	SIGNIFOR .....	21
<i>roweepra, comprimidos orales, 500 mg.</i> .....	25	<i>sildenafil (hipertensión pulmonar), comprimidos orales</i> .....	55
ROZLYTREK, CÁPSULAS ORALES, 100 MG .....	21	SILVER SULFADIAZINE .....	37
ROZLYTREK, CÁPSULAS ORALES, 200 MG .....	21	SIMBRINZA .....	53
ROZLYTREK, PÍLDORAS DE ADMINISTRACIÓN ORAL EN PAQUETES .....	21	<i>simliya (28)</i> .....	52
RUBRACA .....	21	<i>simpesse</i> .....	52
<i>rufinamida, comprimidos orales</i> .....	25	SIMULECT .....	21
<i>rufinamida, suspensión oral</i> .....	25	<i>simvastatina</i> .....	36
RUKOBIA .....	12	<i>sirolimus</i> .....	21
RUXIENCE .....	21	SIRTURO .....	14
RYALTRIS .....	55	SIVEXTRO INTRAVENOSO .....	14
RYBELSUS .....	43	SIVEXTRO ORAL .....	14
RYBREVANT .....	21	SKYRIZI INTRAVENOSO .....	45
RYDAPT .....	21	SKYRIZI, INYECTOR PONIBLE SUBCUTÁNEO, 180 MG/1.2 ML (150 MG/ML) .....	45
RYLAZE .....	21	SKYRIZI, INYECTOR PONIBLE SUBCUTÁNEO, 360 MG/2.4 ML (150 MG/ML) .....	46
RYTARY .....	25	SKYRIZI, JERINGA SUBCUTÁNEA, 150 MG/ML .....	37
<b>S</b>		SKYRIZI, LAPICERA PARA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA .....	37
<i>sajazir</i> .....	55	SODIUM CHLORIDE 0.9%, INFUSIÓN SECUNDARIA INTRAVENOSA .....	40
SANCUSO .....	45	SODIUM CHLORIDE 5 % HYPERTONIC .....	57
SANDIMMUNE, SOLUCIÓN ORAL .....	21	SODIUM CHLORIDE IRRIGATION .....	40
SANTYL .....	37	SOLQUA 100/33 .....	43
<i>sapropterina</i> .....	44	SOLTAMOX .....	21
SARCLISA .....	21	SOLU-CORTEF ACT-O-VIAL (PF) .....	41
SCEMBLIX, COMPRIMIDOS ORALES, 20 MG .....	21	<i>solución de lactato sódico compuesta intravenosa</i> .....	56
SCEMBLIX, COMPRIMIDOS ORALES, 40 MG .....	21	SOMATULINE DEPOT .....	21
SE-NATAL 19, MASTICABLE .....	57	SOMAVERT .....	44
SE-NATAL-19 .....	57	<i>sorafenib</i> .....	21
SECUADO .....	32	<i>sorine, comprimidos orales, 120 mg, 160 mg, 80 mg</i> .....	33
SELZENTRY, COMPRIMIDOS ORALES, 25 MG .....	12	<i>sotalol af</i> .....	33
SELZENTRY, COMPRIMIDOS ORALES, 75 MG .....	12	<i>sotalol oral</i> .....	33
SELZENTRY, SOLUCIÓN ORAL .....	12	SOTYLIZE .....	33

# Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
SPRAVATO, ROCIADOR NASAL NO AEROSOL, 56 MG (28 MG X 2).....	32	sulfacetamida sódica, gotas oftálmicas (ojos).....	53
SPRAVATO, ROCIADOR NASAL NO AEROSOL, 84 MG (28 MG X 3).....	32	sulfacetamida-prednisolona.....	53
sprintec (28).....	52	sulfadiazina.....	15
SPRITAM.....	25	sulfametoxazol-trimetoprima, comprimidos orales.....	15
SPRYCEL, COMPRIMIDOS ORALES, 20 MG, 70 MG.....	21	sulfametoxazol-trimetoprima, suspensión oral.....	15
SPRYCEL, COMPRIMIDOS ORALES, 100 MG, 140 MG, 50 MG, 80 MG.....	21	sulfametoxazol/trimetoprima intravenoso.....	15
sps (con sorbitol) oral.....	40	sulfasalazina, comprimidos orales.....	46
sronyx.....	52	SULFASALAZINE, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN RETARDADA (DR/EC).....	46
SSD.....	37	sulfato de albuterol para inhalar, inhalador en aerosol de hfa, 90 mcg/activación.....	54
STAMARIL (PF).....	47	sulfato de albuterol para inhalar, inhalador en aerosol de hfa, 90 mcg/activación (NDA020503).....	54
STELARA, JERINGA SUBCUTÁNEA, 45 MG/0.5 ML.....	37	sulfato de albuterol para inhalar, inhalador en aerosol de hfa, 90 mcg/activación (NDA020983).....	54
STELARA, JERINGA SUBCUTÁNEA, 90 MG/ML.....	37	sulfato de albuterol para inhalar, solución para nebulización.....	54
STELARA, SOLUCIÓN SUBCUTÁNEA.....	37	sulfato de albuterol, comprimidos orales.....	54
STIVARGA.....	21	sulfato de albuterol, jarabe oral.....	54
STRIBILD.....	12	sulfato de dextroanfetamina, cápsulas orales, liberación prolongada.....	29
subvenite.....	25	sulfato de dextroanfetamina, comprimidos orales, 10 mg, 15 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg.....	29
subvenite, paquete inicial (azul).....	25	sulfato de gentamicina (pediátrico) (pf).....	14
subvenite, paquete inicial (naranja).....	25	sulfato de magnesio en agua.....	56
subvenite, paquete inicial (verde).....	25	sulfato de magnesio en d5w, infusión secundaria intravenosa, 1 gramo/100 ml.....	56
succinato de desvenlafaxina, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas, 25 mg.....	29	sulfato de magnesio inyectable.....	56
succinato de desvenlafaxina, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas, 50 mg.....	29	sulfato de quinidina, comprimidos orales.....	33
succinato de desvenlafaxina, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas, 100 mg.....	29	sulfato de quinina.....	14
succinato de loxapina.....	31	SULFATO DE SODIO, SULFATO DE POTASIO, SULFATO DE MAGNESIO.....	46
succinato de metoprolol.....	34	sulfato de tobramicina.....	14
succinato de sumatriptán oral.....	25	sulfonato de poliestireno sódico, polvo oral.....	40
succinato de sumatriptán, solución subcutánea.....	26	sulfuro de selenio, loción tópica.....	37
succinato de sumatriptán, subcutáneo en lapicera.....	26	sulindaco.....	28
succinato sódico de cloranfenicol.....	13	SUMATRIPTAN SUCCINATE, SUBCUTÁNEO EN CARTUCHO.....	25
succinato sódico de metilprednisolona intravenoso.....	41	sumatriptán, rociador nasal no aerosol, 5 mg/activación.....	25
succinato sódico de metilprednisolona, sol. para reconst. inyect., 125 mg, 40 mg.....	41	sumatriptán, rociador nasal no aerosol, 20 mg/activación.....	25
SUCRAID.....	46	SUNLENCA.....	12
sucralfato, comprimidos orales.....	46	SUTAB.....	46
SUFLAVE.....	46		
sulfacetamida sódica (acné).....	38		



# Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
syeda	52	tasimelton	32
SYMPAZAN	25	taysofy	52
SYMTUZA	12	tazaroteno, crema tópica	38
SYNAREL	44	tazaroteno, gel tópico	38
SYNJARDY	43	tazicef	13
SYNJARDY XR, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN INMEDIATA-LIBERACIÓN PROLONGADA, BIFÁSICA, 24 HORAS, 10-1,000 MG, 12.5-1,000 MG, 5-1,000 MG	43	taztia xt, cápsulas orales, liberación prolongada, 24 horas, 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg	35
SYNJARDY XR, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN INMEDIATA-LIBERACIÓN PROLONGADA, BIFÁSICA, 24 HORAS, 25-1,000 MG	43	TAZVERIK	22
SYNTHROID	44	TDVAX	47
<b>T</b>		TECENTRIQ	22
TABLOID	21	TECHLITE, AGUJA PARA LAPICERA, AGUJA CALIBRE 29 X 1/2", CALIBRE 31 X 3/16", CALIBRE 31 X 5/16", CALIBRE 32 X 1/4", CALIBRE 32 X 5/32"	48
TABRECTA	21	TECHLITE, JERINGA PARA INSULINA (MEDIA UNIDAD), 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 31 X 15/64", 0.5 ML CALIBRE 31 X 5/16"	48
tacrolimus oral	21	TECHLITE, JERINGA PARA INSULINA, 1 ML CALIBRE 30 X 1/2", 1 ML CALIBRE 31 X 15/64", 1 ML CALIBRE 31 X 5/16"	48
tacrolimus tópico	37	TECVAYLI	22
TAFINLAR, CÁPSULAS ORALES	21	TEFLARO	13
TAFINLAR, COMPRIMIDOS ORALES PARA SUSPENSIÓN	21	telmisartán	35
TAGRISSO	21	TEMODAR INTRAVENOSO	22
TALICIA	46	temsirolimus	22
TALTZ, AUTOINYECTOR	37	TENIVAC (PF)	47
TALTZ, JERINGA	37	teofilina, comprimidos orales, liberación prolongada, 12 horas, 450 mg	55
TALVEY	21	teofilina, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas, 400 mg	55
TALZENNA, CÁPSULAS ORALES, 0.1 MG, 0.35 MG, 0.5 MG, 0.75 MG, 1 MG	21	teofilina, comprimidos orales, liberación prolongada, 24 horas, 600 mg	55
TALZENNA, CÁPSULAS ORALES, 0.25 MG	21	teofilina, comprimidos orales, liberación prolongada, 12 horas, 100 mg, 200 mg, 300 mg	55
tamoxifeno	21	TEPMETKO	22
tamsulosina	56	terazosina, cápsulas orales, 1 mg, 2 mg, 5 mg	35
tarina 24 fe	52	terazosina, cápsulas orales, 10 mg	35
tarina fe 1-20 eq (28)	52	terbutalina	55
TARON-C DHA	57	terconazol	50
tartrato de metoprolol-hidroclorotiazida	34	testosterona, gel transdérmico	44
tartrato de metoprolol, comprimidos orales, 100 mg, 25 mg, 50 mg	34	testosterona, gel transdérmico en bomba con dosis medidas, 12.5 mg/1.25 gramos (1%)	44
tartrato de rivastigmina	26		
TASIGNA, CÁPSULAS ORALES, 50 MG	21		
TASIGNA, CÁPSULAS ORALES, 150 MG, 200 MG	21		

# Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
<i>testosterona, gel transdérmico en paquete, 1% (25 mg/2.5 gramos), 1% (50 mg/5 gramos)</i> .....	44	TOUJEO SOLOSTAR U-300, INSULINA.....	43
TETANUS, DIPHTHERIA TOX, PEDIÁTRICA (PF).....	47	TRADJENTA.....	43
<i>tetrabenazina, comprimidos orales, 12.5 mg</i> .....	26	<i>tramadol-acetaminofeno</i> .....	28
<i>tetrabenazina, comprimidos orales, 25 mg</i> .....	26	<i>tramadol, comprimidos orales, 50 mg</i> .....	28
<i>tetraciclina</i> .....	15	<i>trandolapril</i> .....	35
THALOMID, CÁPSULAS ORALES, 100 MG, 50 MG.....	22	<i>tranilcipromina</i> .....	32
THALOMID, CÁPSULAS ORALES, 150 MG, 200 MG.....	22	TRAVASOL 10%.....	57
<i>tiadylt, liberación prolongada</i> .....	35	TRAZIMERA.....	22
<i>tiagabina</i> .....	25	<i>trazodona</i> .....	32
TIBSOVO.....	22	TREANDA.....	22
TICE BCG.....	47	TRECTOR.....	14
TICOVAC.....	47	TRELEGY ELLIPTA.....	55
<i>tigeciclina</i> .....	14	TRELSTAR, SUSPENSIÓN INTRAMUSCULAR PARA RECONSTITUCIÓN.....	22
<i>tilia fe</i> .....	52	TRESIBA FLEXTOUCH U-100.....	43
<i>tioridazina</i> .....	32	TRESIBA FLEXTOUCH U-200.....	43
<i>tiotepa</i> .....	22	TRESIBA U-100, INSULINA.....	43
<i>tiotixeno</i> .....	32	<i>tretinoína (antineoplásico)</i> .....	22
TIS-U-SOL PENTALYTE.....	39	<i>tretinoína, crema tópica</i> .....	38
TIVDAK.....	22	<i>tretinoína, gel tópico, 0.01%</i> .....	38
TIVICAY PD.....	12	<i>tretinoína, gel tópico, 0.025%, 0.05%</i> .....	38
TIVICAY, COMPRIMIDOS ORALES, 10 MG.....	12	<i>tretinoína, microesferas, gel tópico con bomba, 0.1%</i> .....	38
TIVICAY, COMPRIMIDOS ORALES, 25 MG, 50 MG.....	12	<i>tretinoína, microesferas, gel tópico, 0.1%</i> .....	38
<i>tizanidina, comprimidos orales</i> .....	27	<i>tri-estarylla</i> .....	52
TOBRADEX ST.....	53	<i>tri-legest fe</i> .....	52
<i>tobramicina en nacl al 0.225%</i> .....	14	<i>tri-linyah</i> .....	52
<i>tobramicina oftálmica (ojos)</i> .....	53	<i>tri-lo-estarylla</i> .....	52
<i>tobramicina-dexametasona</i> .....	53	<i>tri-lo-marzia</i> .....	52
<i>tolterodina, cápsulas orales, liberación prolongada, 24 horas</i> .....	56	<i>tri-lo-mili</i> .....	52
<i>tolterodina, comprimidos orales</i> .....	56	<i>tri-lo-sprintec</i> .....	52
TOLVAPTAN, COMPRIMIDOS ORALES, 15 MG.....	44	<i>tri-mili</i> .....	52
<i>tolvaptán, comprimidos orales, 30 mg</i> .....	44	<i>tri-nymyo</i> .....	52
<i>topiramato, cápsulas orales, con gránulos</i> .....	25	<i>tri-sprintec (28)</i> .....	52
<i>topiramato, comprimidos orales</i> .....	25	<i>tri-vylibra</i> .....	52
<i>topotecán, sol. para reconst. intravenosa</i> .....	22	<i>tri-vylibra lo</i> .....	52
<i>topotecán, solución intravenosa</i> .....	22	<i>triamtereno-hidroclorotiazida</i> .....	35
<i>toremifeno</i> .....	22	<i>triderm, crema tópica, 0.1%</i> .....	39
<i>torseמידa oral</i> .....	35	<i>trientina, cápsulas orales, 250 mg</i> .....	40
TOUJEO MAX U-300 SOLOSTAR.....	43	<i>trifluoperazina, comprimidos orales, 1 mg</i> .....	32
		<i>trifluoperazina, comprimidos orales, 10 mg, 2 mg, 5 mg</i> .....	32

# Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
<i>trifluridina</i> .....	53	TYVASO INSTITUCIONAL, KIT INICIAL.....	55
TRIJARDY XR, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN INMEDIATA-LIBERACIÓN PROLONGADA, BIFÁSICA, 24 HORAS, 10-5-1,000 MG, 25-5-1,000 MG.....	43	TYVASO, KIT DE RELLENO .....	55
TRIJARDY XR, COMPRIMIDOS ORALES, LIBERACIÓN INMEDIATA-LIBERACIÓN PROLONGADA, BIFÁSICA, 24 HORAS, 12.5-2.5-1,000 MG, 5-2.5-1,000 MG .....	43	TYVASO, PAQUETE INICIAL.....	55
TRIKAFTA, COMPRIMIDOS ORALES, TERAPIA SECUENCIAL .....	55	TZIELD.....	40
TRIKAFTA, PAQUETE DE GRÁNULOS ORALES, TERAPIA SECUENCIAL .....	55	<b>U</b>	
<i>trimetoprima</i> .....	15	UNIFINE PENTIPS MAXFLOW .....	43
<i>trimipramina</i> .....	32	UNIFINE PENTIPS PLUS .....	43
TRINATAL RX 1.....	57	UNIFINE PENTIPS PLUS MAXFLOW .....	43
TRINTELLIX.....	32	UNIFINE PENTIPS, AGUJA, CALIBRE 29 X 1/2", CALIBRE 31 X 1/4", CALIBRE 31 X 3/16", CALIBRE 31 X 5/16", CALIBRE 32 X 1/4", CALIBRE 32 X 5/32", CALIBRE 33 X 5/32" .....	43
<i>trióxido de arsénico</i> .....	16	UNIFINE SAFECONTROL .....	43
TRIPTODUR.....	22	UNIFINE ULTRA, AGUJA PARA LAPICERA.....	43
TRIUMEQ .....	12	UNITHROID .....	44
TRIUMEQ PD.....	12	UNITUXIN .....	22
<i>trivora (28)</i> .....	52	<i>ursodiol, cápsulas orales, 300 mg</i> .....	46
TRIZIVIR .....	12	<i>ursodiol, comprimidos orales</i> .....	46
TRODELVY.....	22	UZEDY, SUSPENSIÓN SUBCUTÁNEA, LIBERACIÓN PROLONGADA, JERINGA, 50 MG/0.14 ML.....	32
TROGARZO.....	12	UZEDY, SUSPENSIÓN SUBCUTÁNEA, LIBERACIÓN PROLONGADA, JERINGA, 75 MG/0.21 ML.....	32
TROPHAMINE 10%.....	57	UZEDY, SUSPENSIÓN SUBCUTÁNEA, LIBERACIÓN PROLONGADA, JERINGA, 100 MG/0.28 ML .....	32
TRUEPLUS, AGUJA PARA LAPICERA .....	43	UZEDY, SUSPENSIÓN SUBCUTÁNEA, LIBERACIÓN PROLONGADA, JERINGA, 125 MG/0.35 ML .....	32
TRUEPLUS, INSULINA .....	43	UZEDY, SUSPENSIÓN SUBCUTÁNEA, LIBERACIÓN PROLONGADA, JERINGA, 150 MG/0.42 ML .....	32
TRULANCE.....	46	UZEDY, SUSPENSIÓN SUBCUTÁNEA, LIBERACIÓN PROLONGADA, JERINGA, 200 MG/0.56 ML .....	32
TRULICITY .....	43	UZEDY, SUSPENSIÓN SUBCUTÁNEA, LIBERACIÓN PROLONGADA, JERINGA, 250 MG/0.7 ML.....	32
TRUMENBA .....	47	<b>V</b>	
TRUQAP .....	22	V-GO 20 .....	43
TRUXIMA.....	22	V-GO 30 .....	44
TUKYSA, COMPRIMIDOS ORALES, 50 MG .....	22	V-GO 40 .....	44
TUKYSA, COMPRIMIDOS ORALES, 150 MG.....	22	<i>valaciclovir, comprimidos orales, 1 gramo</i> .....	12
TURALIO, CÁPSULAS ORALES, 125 MG .....	22	<i>valaciclovir, comprimidos orales, 500 mg</i> .....	12
<i>turqoz (28)</i> .....	52	VALCHLOR.....	37
TWINRIX (PF) .....	47		
TYBLUME .....	52		
<i>tydemy</i> .....	52		
TYMLOS .....	48		
TYPHIM VI .....	47		
TYVASO.....	55		

# Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
<i>valerato de betametasona, crema tópica</i> .....	38	VELTASSA .....	40
<i>valerato de betametasona, loción tópica</i> .....	38	VEMLIDY .....	12
<i>valerato de betametasona, pomada tópica</i> .....	38	VENCLEXTA, COMPRIMIDOS ORALES, 10 MG .....	22
<i>valerato de estradiol</i> .....	50	VENCLEXTA, COMPRIMIDOS ORALES, 50 MG .....	22
<i>valganciclovir, comprimidos orales</i> .....	12	VENCLEXTA, COMPRIMIDOS ORALES, 100 MG .....	22
<i>valganciclovir, sol. para reconst. oral</i> .....	12	VENCLEXTA, PAQUETE INICIAL .....	22
<i>valproato sódico</i> .....	25	<i>venlafaxina, cápsulas orales, liberación prolongada, 24 horas, 75 mg</i> .....	32
<i>valrubicina</i> .....	22	<i>venlafaxina, cápsulas orales, liberación prolongada, 24 horas, 150 mg, 37.5 mg</i> .....	32
<i>valsartán-hidroclorotiazida</i> .....	35	<i>venlafaxina, comprimidos orales, 50 mg, 75 mg</i> .....	32
<i>valsartán, comprimidos orales, 160 mg, 40 mg, 80 mg</i> .....	35	<i>venlafaxina, comprimidos orales, 100 mg, 25 mg, 37.5 mg</i> .....	32
<i>valsartán, comprimidos orales, 320 mg</i> .....	35	VENTAVIS .....	55
VALTOCO .....	25	VENTOLIN HFA .....	55
<i>vancomicina inyectable</i> .....	14	VERAPAMIL, CÁPSULAS ORALES, PÍLDORAS DE LIB. PROL., 24 HORAS, 360 MG .....	35
<i>vancomicina, cápsulas orales, 125 mg</i> .....	14	<i>verapamilo, cápsulas orales, píldoras ct de lib. prol., 24 horas</i> .....	35
<i>vancomicina, cápsulas orales, 250 mg</i> .....	14	<i>verapamilo, cápsulas orales, píldoras de lib. prol., 24 horas, 120 mg, 180 mg, 240 mg</i> .....	35
<i>vancomicina, sol. para reconst. intravenosa, 1,000 mg, 1.25 gramos, 1.5 gramos, 10 gramos, 5 gramos, 500 mg, 750 mg</i> .....	14	<i>verapamilo, comprimidos orales</i> .....	35
<i>vancomicina, sol. para reconst. oral, 25 mg/ml</i> .....	14	<i>verapamilo, comprimidos orales, liberación prolongada</i> .....	35
VANCOMYCIN EN CLORURO DE SODIO AL 0.9%, INFUSIÓN SECUNDARIA INTRAVENOSA .....	14	<i>verapamilo, solución intravenosa</i> .....	35
VANCOMYCIN EN DEXTROSA AL 5%, INFUSIÓN SECUNDARIA INTRAVENOSA .....	14	VERQUOVO .....	36
VANCOMYCIN, COMBO CON DILUYENTE N.º 1 .....	14	VERSACLOZ .....	32
VANDAZOLE .....	50	VERZENIO .....	22
VANFLYTA .....	22	<i>vestura (28)</i> .....	52
VAQTA (PF), JERINGA INTRAMUSCULAR, 25 UNIDADES/0.5 ML .....	47	<i>vienva</i> .....	52
VAQTA (PF), JERINGA INTRAMUSCULAR, 50 UNIDADES/ML .....	47	<i>vigabatrina</i> .....	25
VAQTA (PF), SUSPENSIÓN INTRAMUSCULAR, 25 UNIDADES/0.5 ML .....	47	<i>vigadrone</i> .....	25
VAQTA (PF), SUSPENSIÓN INTRAMUSCULAR, 50 UNIDADES/ML .....	47	<i>vilazodona</i> .....	32
<i>vareniclina</i> .....	40	<i>vinblastina</i> .....	22
VARIVAX (PF) .....	47	<i>vincristina</i> .....	22
VARIZIG .....	47	<i>vinorelbina</i> .....	22
VECTIBIX .....	22	<i>viorele (28)</i> .....	52
VEKLURY .....	12	VIRACEPT, COMPRIMIDOS ORALES, 250 MG .....	12
<i>velivet, régimen trifásico (28)</i> .....	52	VIRACEPT, COMPRIMIDOS ORALES, 625 MG .....	12
VELPHORO .....	40	VIREAD, COMPRIMIDOS ORALES, 150 MG, 200 MG, 250 MG .....	12
		VIREAD, POLVO ORAL .....	12
		VITRAKVI, CÁPSULAS ORALES, 25 MG .....	22

# Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
VITRAKVI, CÁPSULAS ORALES, 100 MG	22	XATMEP	22
VITRAKVI, SOLUCIÓN ORAL	22	XCOPRI, COMPRIMIDOS ORALES, 50 MG	25
VIVITROL	28	XCOPRI, COMPRIMIDOS ORALES, 100 MG	25
VIZIMPRO	22	XCOPRI, COMPRIMIDOS ORALES, 150 MG, 200 MG	25
<i>volnea (28)</i>	52	XCOPRI, PAQUETE DE AJUSTE DE DOSIS	25
VONJO	22	XCOPRI, PAQUETE DE MANTENIMIENTO, COMPRIMIDOS ORALES, 250 MG/DÍA (150 MG X 1-100 MG X 1), 350 MG/DÍA (200 MG X 1-150 MG X 1)	25
<i>voriconazol intravenoso</i>	10	XDEMZY	53
<i>voriconazol, comprimidos orales</i>	10	XERMELO	22
<i>voriconazol, suspensión oral para reconstitución</i>	10	XGEVA	16
VOSEVI	12	XIAFLEX	40
VOTRIENT	22	XIFAXAN, COMPRIMIDOS ORALES, 550 MG	14
VRAYLAR, CÁPSULAS ORALES	33	XIIDRA	53
VRAYLAR, CÁPSULAS ORALES, PAQUETE DOSIFICADO	33	XOFLUZA, COMPRIMIDOS ORALES, 40 MG, 80 MG	12
VUMERITY	26	XOLAIR, JERINGA SUBCUTÁNEA, 75 MG/0.5 ML	55
<i>vyfemla (28)</i>	52	XOLAIR, JERINGA SUBCUTÁNEA, 150 MG/ML	55
<i>vylibra</i>	52	XOLAIR, SOL. PARA RECONST. SUBCUTÁNEA	55
VYNDAQEL	36	XOSPATA	22
VYXEOS	22	XPOVIO, COMPRIMIDOS ORALES, 100 MG/SEMANA (50 MG X 2), 40 MG/SEMANA (40 MG X 1), 40 MG DOS VECES POR SEMANA (40 MG X 2), 60 MG/SEMANA (60 MG X 1), 60 MG DOS VECES POR SEMANA (120 MG/SEMANA), 80 MG/SEMANA (40 MG X 2), 80 MG DOS VECES POR SEMANA (160 MG/SEMANA)	23
<b>W</b>		XTANDI, CÁPSULAS ORALES	23
<i>warfarina</i>	36	XTANDI, COMPRIMIDOS ORALES, 40 MG	23
WATER FOR IRRIGATION, STERILE	40	XTANDI, COMPRIMIDOS ORALES, 80 MG	23
WELIREG	22	XULTOPHY 100/3.6	44
<i>wera (28)</i>	52	<b>Y</b>	
<i>wescap-pn dha</i>	57	YERVOY	23
<i>wesnate dha</i>	57	YF-VAX (PF)	47
WESTAB PLUS	57	YONDELIS	23
WESTGEL DHA	57	<i>yuvafem</i>	50
<i>wymzya fe</i>	52	<b>Z</b>	
<b>X</b>		<i>zafirlukast</i>	55
XALKORI, CÁPSULAS ORALES	22	ZALTRAP	23
XALKORI, PÍLDORAS DE ADMINISTRACIÓN ORAL, 20 MG, 50 MG	22		
XALKORI, PÍLDORAS DE ADMINISTRACIÓN ORAL, 150 MG	22		
XARELTO	36		
XARELTO, TRATAMIENTO INICIAL PARA TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA/EMBOLIA PULMONAR, 30 DÍAS	36		



# Índice de medicamentos cubiertos

MEDICAMENTO	PÁGINA	MEDICAMENTO	PÁGINA
ZANOSAR	23	ZYKADIA	23
ZEJULA, CÁPSULAS ORALES	23	ZYNLONTA	23
ZEJULA, COMPRIMIDOS ORALES	23	ZYNYZ	23
ZELBORAF	23	ZYPREXA RELPREVV, SUSPENSIÓN INTRAMUSCULAR PARA RECONSTITUCIÓN, 210 MG, 300 MG	33
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	46	ZYPREXA RELPREVV, SUSPENSIÓN INTRAMUSCULAR PARA RECONSTITUCIÓN, 405 MG	33
ZEPOSIA	26		
ZEPOSIA, KIT INICIAL (28 DÍAS)	26		
ZEPOSIA, PAQUETE INICIAL (7 DÍAS)	26		
ZEPZELCA	23		
<i>zidovudina, cápsulas orales</i>	12		
<i>zidovudina, comprimidos orales</i>	12		
<i>zidovudina, jarabe oral</i>	12		
ZIEXTENZO	46		
ZIMHI	28		
ZIRABEV	23		
<i>zirgan</i>	53		
ZOLADEX	23		
ZOLEDRONIC AC-MANNITOL-0.9 NAACL	44		
ZOLINZA	23		
<i>zolpidem, comprimidos orales</i>	33		
ZONISADE	25		
<i>zonisamida, cápsula orales, 25 mg, 50 mg</i>	25		
<i>zonisamida, cápsulas orales, 100 mg</i>	25		
<i>zovia 1-35 (28)</i>	52		
ZTALMY	25		
ZTLIDO	37		
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	28		
ZUBSOLV, COMPRIMIDOS SUBLINGUALES, 8.6-2.1 MG	28		
<i>zumandimine (28)</i>	52		
ZURZUVAE	33		
ZYDELIG	23		





## Multi-language Interpreter Services



**English:** We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at 1-800-668-3813. Someone who speaks English can help you. This is a free service.

**Spanish:** Tenemos servicios de intérprete sin costo alguno para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para hablar con un intérprete, por favor llame al 1-800-668-3813. Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

**Chinese Mandarin:** 我们提供免费的翻译服务，帮助您解答关于健康或药物保险的任何疑问。如果您需要此翻译服务，请致电 1-800-668-3813。我们的中文工作人员很乐意帮助您。这是一项免费服务。

**Chinese Cantonese:** 您對我們的健康或藥物保險可能存有疑問，為此我們提供免費的翻譯服務。如需翻譯服務，請致電 1-800-668-3813。我們講中文的人員將樂意為您提供幫助。這是一項免費服務。

**Tagalog:** Mayroon kaming libreng serbisyo sa pagsasaling-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggamot. Upang makakuha ng tagapagsaling-wika, tawagan lamang kami sa 1-800-668-3813. Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.

**French:** Nous proposons des services gratuits d'interprétation pour répondre à toutes vos questions relatives à notre régime de santé ou d'assurance-médicaments. Pour accéder au service d'interprétation, il vous suffit de nous appeler au 1-800-668-3813. Un interlocuteur parlant français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

**Vietnamese:** Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời các câu hỏi về chương sức khỏe và chương trình thuốc men. Nếu quý vị cần thông dịch viên xin gọi 1-800-668-3813 sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí.

**German:** Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihre Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter 1-800-668-3813. Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

**Korean:** 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 대해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 1-800-668-3813번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와 드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.

**Russian:** Если у вас возникнут вопросы относительно страхового или медикаментного плана, вы можете воспользоваться нашими бесплатными услугами переводчиков. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, позвоните нам по телефону 1-800-668-3813. Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски. Данная услуга бесплатная.

**Arabic:** إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية للإجابة على أي أسئلة تتعلق بالصحة أو جدول الأدوية لدينا. للحصول على مترجم فوري، ليس عليك سوى الاتصال بنا على الرقم 1-800-668-3813، وسيقوم شخص يتحدث العربية بمساعدتك. هذه الخدمة مجانية.

**Hindi:** हमारी स्वास्थ्य या दवा योजना से संबंधित आपके किसी भी प्रश्न का जवाब देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाषिया सेवाएं उपलब्ध हैं। दुभाषिया सेवाएँ प्राप्त करने के लिए हमें 1-800-668-3813 पर फ़ोन करें। हिन्दी बोलने वाला कोई भी व्यक्ति आपकी मदद कर सकता है। यह एक मुफ्त सेवा है।

**Italian:** È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per un interprete, contattare il numero 1-800-668-3813. Un nostro incaricato che parla italiano Le l'assistenza necessaria. Il servizio è gratuito.

**Portuguese:** Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que possa ter acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número 1-800-668-3813. Irá encontrar alguém que fale português para o(a) ajudar. Este serviço é gratuito.

**French Creole:** Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan medikal medikaman nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan 1-800-668-3813. Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

**Polish:** Umożliwiamy bezpłatne skorzystanie z usług tłumacza ustnego, który pomoże w uzyskaniu odpowiedzi na temat planu zdrowotnego lub dawkowania leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza znającego język polski, należy zadzwonić pod numer 1-800-668-3813. Ta usługa jest bezpłatna.

**Japanese:** 当社の健康保険と薬品プランに関するご質問にお答えするために、無料の通訳サービスがございます。通訳をご用命になるには、1-800-668-3813にお電話ください。日本語を話す者が支援いたします。これは無料のサービスです。







**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](https://www.CignaMedicare.com)**

Este Formulario se actualizó el 1 de marzo de 2024. Para obtener información más reciente o si tiene otras preguntas, comuníquese con Servicio al Cliente de Cigna Healthcare 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. Es posible 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). Los productos y servicios de Cigna Healthcare se brindan exclusivamente por o a través de subsidiarias operativas de The Cigna Group. Los nombres, los logotipos y las marcas de Cigna, incluidas THE CIGNA GROUP y CIGNA HEALTHCARE, son propiedad de Cigna Intellectual Property, Inc. © 2024 Cigna Healthcare.