



Lista de medicamentos con receta National Preferred de 4 niveles de Cigna Healthcare

Cobertura a partir del 1 de julio de 2024

Para el estado de California

Exclusive Provider Organization (EPO), LocalPlus (LocalPlus IN/LocalPlus), Open Access Plus (OAPIN/OAP), Preferred Provider Organization (PPO), SureFit

Consulte su Lista de medicamentos en línea: Cigna.com/druglist

Servicio al Cliente las 24 horas, los 7 días de la semana: **800.Cigna24 (800.244.6224)**

Consulte la información sobre su cobertura en línea: **Aplicación myCigna®** o en [myCigna.com®](https://myCigna.com)

Última actualización: 1 de marzo de 2024. Esta Lista de medicamentos está sujeta a cambios y ninguna de las versiones anteriores se encuentra vigente.

Ofrecido por: Cigna Health and Life Insurance Company, Connecticut General Life Insurance Company o sus afiliadas.
975745SP c CA NPF 4-Tier Split Generics 03/24 © 2024 Cigna Healthcare.





¿Qué encontrará adentro?	Página
Información sobre esta Lista de medicamentos	3
· Preguntas frecuentes	3
· Palabras que quizás necesite conocer	11
· Acerca de esta Lista de medicamentos	13
· Cómo leer esta Lista de medicamentos	13
· Cómo encontrar su medicamento	16
Lista de medicamentos con receta	19
Exclusiones y limitaciones de la cobertura	236
Índice de medicamentos	237

Consulte su Lista de medicamentos en línea

Este documento se actualizó por última vez el 1 de marzo de 2024.* Acceda en línea para ver la lista más actualizada de los medicamentos que cubre su plan.

- **Aplicación myCigna® o myCigna.com®.** Haga clic en la pestaña *Prescriptions (Recetas)* y seleccione *Price a Medication (Conozca los precios de los medicamentos)* del menú desplegable. Luego escriba el nombre de su medicamento.
- **Cigna.com/druglist.** Seleccione **National Preferred 4 Tier** (National Preferred de 4 niveles) del menú desplegable. Después escriba el nombre de su medicamento o vea la Lista completa.

¿Tiene preguntas?

- **myCigna.com:** Haga clic para chatear de lunes a viernes, de 9:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Este.
- **Por teléfono:** Llame al número gratuito que aparece en su tarjeta de ID de Cigna HealthcareSM. Estamos para servirle a toda hora, los 365 días del año.

* Creación de la Lista de medicamentos: creada originalmente el 1 de enero de 2023

Última actualización: 1 de marzo de 2024, para los cambios que empezarán a regir el 1 de julio de 2024

Próxima actualización planificada: 1 de noviembre de 2024, para los cambios que empezarán a regir el 1 de enero de 2025

Información sobre esta Lista de medicamentos

Preguntas frecuentes

Comprender su cobertura de medicamentos con receta puede ser confuso. Estas son las respuestas a algunas preguntas frecuentes.

P. ¿Con qué frecuencia se actualiza la Lista de medicamentos? ¿Cómo sé si mi cobertura de medicamentos cambió?

R. Revisamos y actualizamos regularmente la Lista de medicamentos de su plan para garantizar la cobertura de medicamentos seguros, clínicamente eficaces y de bajo costo. Hacemos cambios por varios motivos, como cuando surge algún medicamento nuevo, cuando algún medicamento deja de estar disponible o cuando cambia el precio de un medicamento. Estos cambios pueden incluir:

- **Pasar un medicamento a un nivel de costos más bajo.** Esto puede suceder en cualquier momento del año.
- **Pasar un medicamento de marca a un nivel de costos más alto cuando haya un genérico disponible.** Esto puede suceder en cualquier momento del año.
- **Pasar un medicamento a un nivel de costos más alto y/o dejar de cubrir un medicamento.** Esto suele suceder dos veces al año, el 1 de enero y el 1 de julio.
- **Agregar requisitos de cobertura adicionales para un medicamento.**

Cuando hacemos un cambio que afecta la cobertura de un medicamento que está tomando, le avisamos antes de que el cambio entre en vigor. De esta manera, usted tiene tiempo de hablar con su médico sobre las opciones disponibles. Solo usted y su médico pueden decidir qué es lo mejor para su tratamiento.

P. ¿Por qué mi plan no cubre determinados medicamentos?

R. Para ayudar a reducir sus costos de cuidado de la salud totales, su plan no cubre determinados medicamentos de marca de alto costo que tienen alternativas de menor costo. Esto se debe a que estas opciones de menor costo actúan de una manera igual o similar al medicamento no cubierto. Si está tomando un medicamento que no está cubierto y su médico considera que un medicamento diferente no es adecuado para usted, su médico podrá pedirle a Cigna Healthcare que evalúe la posibilidad de aprobar ese medicamento a través del proceso de revisión de la cobertura.

También hay determinados medicamentos y productos que no pueden estar cubiertos por su plan por ningún motivo, porque se consideran una “exclusión del plan o del beneficio”. Esto significa que el medicamento o el producto no está en la Lista de medicamentos de su plan, y no existe la opción de pedirle a Cigna Healthcare que evalúe la posibilidad de aprobarlo a través del proceso de revisión de la cobertura. Por ejemplo, su plan no cubre, o “excluye”, medicamentos que no estén aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés) de los Estados Unidos.

P. ¿Cómo deciden qué medicamentos cubrir?

R. La Lista de medicamentos con receta de Cigna Healthcare se elabora con la ayuda del Comité de Farmacia y Terapéutica (P&T, por sus siglas en inglés) de Cigna Healthcare, que es un grupo de médicos y farmacéuticos en ejercicio, la mayoría de los cuales trabaja fuera de Cigna Healthcare. El grupo se reúne regularmente para revisar evidencia médica e información proporcionadas por agencias federales, fabricantes de medicamentos, asociaciones de profesionales médicos, organizaciones nacionales y revistas revisadas por colegas médicos respecto de la seguridad y eficacia de los medicamentos recientemente aprobados por la FDA y de los medicamentos que ya se encuentran en el mercado. Luego, el Comité de Evaluación del Valor de los Planes de Salud (HVAC, por sus siglas en inglés) de Cigna Healthcare analiza los resultados de la revisión clínica del Comité de P&T, así como el valor general del medicamento y otros factores antes de agregarlo o quitarlo de la Lista de medicamentos.

P. ¿Por qué algunos medicamentos necesitan aprobación para que mi plan los cubra?

R. El proceso de revisión ayuda a garantizar que usted esté recibiendo cobertura para el medicamento correcto, al costo correcto, en la cantidad correcta y para la situación correcta.

P. ¿Cómo sé si estoy tomando un medicamento que necesita aprobación?

R. Inicie sesión en la **aplicación myCigna** o en **myCigna.com**, o consulte los materiales de su plan, para obtener más información sobre cómo cubre su plan sus medicamentos. Si su medicamento tiene la abreviatura **PA** o **ST** al lado del nombre, necesita aprobación para que su plan lo cubra. Si tiene la abreviatura **QL** al lado del nombre, es posible que

Información sobre esta Lista de medicamentos

Preguntas frecuentes (cont.)

necesite aprobación según la cantidad que le estén despachando. Si tiene la leyenda **AGE** al lado del nombre, es posible que necesite aprobación según el rango de edad cubierto para el medicamento.

P. ¿Qué tipos de medicamentos generalmente necesitan aprobación?

R. Medicamentos que:

- Pueden ser inseguros si se combinan con otros
- Tienen alternativas de menor costo y misma eficacia disponibles
- Solo deberían usarse para determinadas condiciones médicas
- Suelen usarse de manera indebida o abusiva

P. ¿Qué tipos de medicamentos generalmente tienen límites a la cantidad?

R. Medicamentos que:

- Suelen tomarse en cantidades mayores a lo que sería apropiado o por períodos más largos de lo que sería apropiado
- Suelen usarse de manera indebida o abusiva

P. ¿Qué tipos de medicamentos requieren tratamiento escalonado?

R. Medicamentos de alto costo que se usan para tratar muchas condiciones, tales como:

- Trastorno por déficit de atención (TDA)/ Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH)
- Alergias
- Problemas de vejiga
- Problemas respiratorios
- Depresión
- Presión arterial alta
- Colesterol alto
- Osteoporosis
- Dolor
- Condiciones cutáneas
- Trastornos del sueño

P. ¿Por qué mi medicamento tiene un requisito de edad?

R. La FDA considera que algunos medicamentos solo son clínicamente apropiados para personas de determinada edad o dentro de un determinado rango de edad.

P. ¿Cómo obtengo la aprobación (autorización previa) para mi medicamento?

R. Pídale al personal del consultorio de su médico que se comunique con Cigna Healthcare para comenzar el proceso de revisión de la cobertura. Ellos saben cómo funciona el proceso de revisión y se ocuparán de todo por usted. Por si el personal del consultorio pregunta, pueden descargar un formulario de solicitud desde el portal para proveedores de Cigna Healthcare en **signaforhcp.com**.

Cigna Healthcare revisará la información que nos envíe su médico para asegurarse de que su medicamento cumpla con los requisitos de cobertura. Les enviaremos una carta a usted y a su médico para comunicarles la decisión y los próximos pasos. Esto puede demorar entre 1 y 5 días hábiles. Puede comunicarse con el consultorio de su médico para averiguar si ya se tomó una decisión. También puede iniciar sesión en la **aplicación myCigna** o en **myCigna.com** para consultar el estado de su aprobación.

Si su medicamento no se aprueba, su médico puede enviarnos más información para que la revisemos, usando el mismo proceso que antes. Con gusto revisaremos la solicitud nuevamente. Según lo que su médico envíe esta vez, es posible que podamos aprobar la cobertura. De lo contrario, usted y su médico pueden apelar la decisión enviando una solicitud por escrito a Cigna Healthcare en la que se expliquen los motivos por los que debería cubrirse el medicamento.

- **Para las solicitudes no urgentes**, Cigna Healthcare les informará la decisión a usted y a su médico dentro de las 72 horas. Si se aprueba, la cobertura se proporcionará hasta que se extinga la receta (incluidas las renovaciones).
- **Para las solicitudes urgentes basadas en circunstancias apremiantes**, Cigna Healthcare les informará la decisión a usted y a su médico dentro de las 24 horas. Si se aprueba, la cobertura se proporcionará mientras duren las circunstancias apremiantes. Si Cigna Healthcare no responde a una solicitud de excepción a la autorización previa completada dentro de las 72 horas de recibir una solicitud no urgente y de las 24 horas de recibir una solicitud urgente basada en circunstancias apremiantes, la solicitud se considerará aprobada y su plan no podrá negarse a cubrir el medicamento. Además, si ya recibió la aprobación

Información sobre esta Lista de medicamentos

Preguntas frecuentes (cont.)

de Cigna Healthcare para que su plan cubra su medicamento, Cigna Healthcare no puede limitar ni excluir la cobertura para ese medicamento si su médico se lo sigue recetando para tratar su condición (siempre y cuando el medicamento se recete adecuadamente y sea seguro y eficaz para tratar su condición).

P. Mi plan no cubre mi medicamento. Necesito tomarlo porque es médicamente necesario para mi tratamiento. ¿Cómo obtengo la aprobación (autorización previa) para mi medicamento?

R. Si su médico considera que su medicamento es necesario para su tratamiento y que una alternativa no es adecuada para usted, su médico podrá pedirle a Cigna Healthcare que evalúe la posibilidad de aprobar la cobertura de su medicamento. Pídale al personal del consultorio de su médico que se comunique con Cigna Healthcare para comenzar el proceso de revisión de la cobertura. Ellos saben cómo funciona el proceso de revisión y se ocuparán de todo por usted. Por si el personal del consultorio pregunta, pueden descargar un formulario de solicitud desde el portal para proveedores de Cigna Healthcare en cignaforhcp.com.

Cigna Healthcare revisará la información que nos envíe su médico para asegurarse de que su medicamento cumpla con los requisitos de cobertura. Les enviaremos una carta a usted y a su médico para comunicarles la decisión y los próximos pasos. Esto puede demorar entre 1 y 5 días hábiles. Puede comunicarse con el consultorio de su médico para averiguar si ya se tomó una decisión. También puede iniciar sesión en la **aplicación myCigna** o en myCigna.com para consultar el estado de su aprobación.

Si su medicamento no se aprueba, su médico puede enviarnos más información para que la revisemos, usando el mismo proceso que antes. Con gusto revisaremos la solicitud nuevamente. Según lo que su médico envíe esta vez, es posible que podamos aprobar la cobertura. De lo contrario, usted y su médico pueden apelar la decisión enviando una solicitud por escrito a Cigna Healthcare en la que se expliquen los motivos por los que debería cubrirse el medicamento.

- **Para las solicitudes no urgentes**, Cigna Healthcare les informará la decisión a usted y a su médico dentro de las 72 horas. Si se aprueba, la cobertura se proporcionará hasta que se extinga la receta (incluidas las renovaciones).
- **Para las solicitudes urgentes basadas en circunstancias apremiantes**, Cigna Healthcare les informará la decisión a usted y a su médico dentro de las 24 horas. Si se aprueba, la cobertura se proporcionará mientras duren las circunstancias apremiantes. **Es importante saber que cuando se aprueban los medicamentos, la cobertura suele ser por un año.** Si su medicamento se aprueba por menos tiempo, esto se debe a que hay un motivo clínico basado en los requisitos de cobertura de Cigna Healthcare para el medicamento y/o el médico revisor.

P. Mi medicamento forma parte del programa de tratamiento escalonado. No quiero probar una alternativa. ¿Cómo obtengo la aprobación (autorización previa) para mi medicamento?

R. Si usted y su médico consideran que un medicamento alternativo no será efectivo para usted, su médico podrá pedirle a Cigna Healthcare que evalúe la posibilidad de aprobar la cobertura de su medicamento actual. Pídale al personal del consultorio de su médico que se comunique con Cigna Healthcare para comenzar el proceso de revisión de la cobertura. Ellos saben cómo funciona el proceso de revisión y se ocuparán de todo por usted. Por si el personal del consultorio pregunta, pueden descargar un formulario de solicitud desde el portal para proveedores de Cigna Healthcare en cignaforhcp.com.

Cigna Healthcare revisará la información que nos envíe su médico para asegurarse de que su medicamento cumpla con los requisitos de cobertura. Les enviaremos una carta a usted y a su médico para comunicarles la decisión y los próximos pasos. Esto puede demorar entre 1 y 5 días hábiles. Puede comunicarse con el consultorio de su médico para averiguar si ya se tomó una decisión. También puede iniciar sesión en la **aplicación myCigna** o en myCigna.com para consultar el estado de su aprobación.

Si su medicamento no se aprueba, su médico puede enviarnos más información para que la revisemos, usando el mismo proceso que antes. Con gusto

Información sobre esta Lista de medicamentos

Preguntas frecuentes (cont.)

revisaremos la solicitud nuevamente. Según lo que su médico envíe esta vez, es posible que podamos aprobar la cobertura. De lo contrario, usted y su médico pueden apelar la decisión enviando una solicitud por escrito a Cigna Healthcare en la que se expliquen los motivos por los que debería cubrirse el medicamento.

- **Para las solicitudes no urgentes**, Cigna Healthcare les informará la decisión a usted y a su médico dentro de las 72 horas. Si se aprueba, la cobertura se proporcionará hasta que se extinga la receta (incluidas las renovaciones).
- **Para las solicitudes urgentes basadas en circunstancias apremiantes**, Cigna Healthcare les informará la decisión a usted y a su médico dentro de las 24 horas. Si se aprueba, la cobertura se proporcionará mientras duren las circunstancias apremiantes. Si Cigna Healthcare no responde a una solicitud de excepción a la autorización previa completada dentro de las 72 horas de recibir una solicitud no urgente y de las 24 horas de recibir una solicitud urgente basada en circunstancias apremiantes, la solicitud se considerará aprobada y su plan no podrá negarse a cubrir el medicamento.

Sus derechos de tratamiento escalonado en virtud de la ley del estado de California:

1. Una aseguradora puede imponer requisitos de autorización previa para los beneficios de medicamentos con receta.
2. Cuando haya más de un medicamento apropiado para el tratamiento de una condición médica, es posible que una aseguradora requiera el tratamiento escalonado.
 - a. En circunstancias en las que una persona asegurada cambie de póliza, la nueva póliza no deberá requerir que se repita el tratamiento escalonado cuando la persona asegurada ya esté recibiendo tratamiento para una condición médica con un medicamento con receta, siempre y cuando el medicamento se recete adecuadamente y se considere seguro y eficaz. Una nueva póliza puede imponer un requisito de autorización previa para que continúe la cobertura de un medicamento con receta recetado conforme a un tratamiento escalonado impuesto por la póliza anterior. Una nueva póliza además debe permitirle a un proveedor que emite recetas recetar otro medicamento cubierto por la nueva póliza que sea médicamente apropiado para la persona asegurada.

3. Una aseguradora deberá proporcionar cobertura para la dosis y cantidad médicamente necesaria del medicamento recetado para el tratamiento de una condición médica de acuerdo con los estándares de la práctica profesionalmente reconocidos.

P. ¿Qué pasa si trato de que me despachen un medicamento con receta que necesita aprobación pero no obtengo la aprobación de antemano?

R. Cuando su farmacéutico trate de despacharle la receta, verá que el medicamento necesita la aprobación previa de Cigna Healthcare. Como usted no obtuvo la aprobación de antemano, su plan no cubrirá el costo de su medicamento. Debería pedirle a su médico que se comunique con Cigna Healthcare para comenzar el proceso de revisión de la cobertura. También puede optar por pagarle directamente a la farmacia de su bolsillo el costo total del medicamento (que no podrá aplicarse a su deducible anual ni al desembolso máximo).

P. ¿Qué pasa si trato de que me despachen un medicamento con receta que tiene un límite de cantidad?

R. Su farmacéutico solo le despachará la cantidad que cubra su plan. Si usted quiere que le despachen más de la cantidad permitida, el consultorio de su médico deberá comunicarse con Cigna Healthcare y pedirnos que aprobemos una cantidad mayor.

P. ¿Todos los medicamentos incluidos en esta Lista de medicamentos están aprobados por la FDA?

R. Sí.

P. ¿Mi plan cubre medicamentos aprobados recientemente por la FDA?

R. Nosotros revisamos todos los medicamentos y productos recientemente aprobados para determinar si deberían estar cubiertos y, en ese caso, con qué costo compartido (en qué nivel). Desde la fecha de aprobación de la FDA, la decisión puede demorar hasta seis meses. Esto incluye, a modo de ejemplo, medicamentos, suministros médicos y/o dispositivos cubiertos por los beneficios de farmacia estándares. Si su médico quiere usar un medicamento recientemente aprobado, puede pedirle a Cigna Healthcare que evalúe la posibilidad de aprobarlo a través del proceso de revisión de la cobertura.

P. ¿Qué medicamentos están cubiertos en virtud de la ley de reforma del cuidado de salud?

R. La Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud a Bajo Precio (PPACA, por sus siglas

Información sobre esta Lista de medicamentos

Preguntas frecuentes (cont.)

en inglés), comúnmente denominada “reforma del cuidado de salud”, se sancionó el 23 de marzo de 2010. En virtud de esta ley, es posible que determinados medicamentos preventivos (incluidos algunos productos de venta libre) estén disponibles para usted sin que tenga que pagar una parte del costo (\$0), según su plan. Inicie sesión en la **aplicación myCigna** o en **myCigna.com**, o consulte los materiales de su plan, para obtener más información sobre cómo cubre su plan los medicamentos preventivos. También puede ver la Lista de medicamentos preventivos sin costos compartidos según la PPACA en **Cigna.com/PDL**. Para obtener más información sobre la reforma del cuidado de salud, visite **informedonreform.com** o **CignaHealthcare.com**.

P. ¿Qué son los medicamentos preventivos?

R. Los medicamentos preventivos se usan para prevenir el desarrollo de determinadas condiciones o para evitar que vuelvan. Estas condiciones incluyen, entre otras, asma, depresión, diabetes, ataque al corazón, presión arterial alta, colesterol alto, osteoporosis, carencia nutricional prenatal y derrame cerebral.

P. En esta Lista de medicamentos veo varios medicamentos que pueden usarse para tratar mi condición. ¿Mi médico me emitirá una receta para todos ellos?

R. No. El simple hecho de que un medicamento esté incluido en la Lista de medicamentos de su plan no significa que su médico se lo recetará. Su médico trabajará con usted para encontrar el medicamento que considere mejor para su tratamiento específico.

P. ¿Cómo puedo averiguar cuánto pagaré por un medicamento específico?

R. Cuando usted y su médico estén evaluando el medicamento correcto para su tratamiento, saber cuánto cuesta, qué alternativas de menor costo están disponibles y qué farmacias ofrecen los mejores precios puede ayudarle a evitar sorpresas. Inicie sesión en la **aplicación myCigna** o en **myCigna.com** y use la herramienta *Price a Medication* (Conozca los precios de los medicamentos) para saber cuánto cuesta su medicamento antes de ir a la farmacia o incluso antes de irse del consultorio de su médico.²

P. ¿Qué es el costo compartido?

R. Es la cantidad que usted paga de su bolsillo por un medicamento con receta cubierto y/o un servicio de cuidado de la salud o un servicio relacionado elegible. Para algunos planes, el costo compartido es un copago; para otros planes, es un coseguro.

P. ¿Cómo puedo ahorrar dinero en mis medicamentos con receta?

R. Puede usar un medicamento que está cubierto en un nivel inferior (por ejemplo, un medicamento genérico o de marca preferida) o pedir que le despachen un suministro para 90 días (si su plan lo permite). Debería consultar a su médico para averiguar si una de estas opciones puede ser adecuada para usted.

P. ¿Qué es un medicamento genérico?

R. Un medicamento genérico es igual que su versión de marca en cuanto a seguridad, eficacia, calidad, concentración y formulación, así como en la manera en que se toma y se usa.³ Los medicamentos de marca están protegidos por patentes. Las patentes impiden que otros fabricantes vendan versiones genéricas del medicamento de marca. Una vez que finaliza una patente, otras compañías pueden producir y vender una versión genérica del medicamento de marca. Los medicamentos genéricos suelen venderse con su nombre químico o científico, en lugar del nombre de marca patentado por el fabricante.

P. ¿Los genéricos actúan de la misma manera que los medicamentos de marca?

R. Sí. Los medicamentos genéricos actúan de la misma manera y tienen el mismo beneficio clínico que sus versiones de marca.

P. ¿Cuáles son las diferencias entre los medicamentos genéricos y los de marca?

R. Puede que los medicamentos tengan un aspecto diferente. Por ejemplo, los medicamentos genéricos pueden tener una forma, un tamaño o un color diferente a sus versiones de marca. También es posible que difieran en su sabor, los conservantes que contienen, su envase y/o el etiquetado y su fecha de vencimiento. Los medicamentos genéricos pueden tener un aspecto distinto al de sus versiones de marca, pero son igual de seguros y eficaces.

Información sobre esta Lista de medicamentos

Preguntas frecuentes (cont.)

Los genéricos suelen costar mucho menos que los medicamentos de marca, en algunos casos, hasta un 85% menos. El simple hecho de que los medicamentos genéricos cuesten menos no significa que sean de menor calidad.

P. ¿Cómo sé qué farmacias pertenecen a la red de mi plan?

R. Hay miles de farmacias minoristas en la red de su plan. Se incluyen las farmacias locales, los supermercados, las cadenas minoristas y las tiendas mayoristas; tiendas que seguramente ya frecuenta. Y algunas tiendas abren las 24 horas. Para buscar una farmacia de la red que le quede cerca, inicie sesión en la **aplicación myCigna** o en **myCigna.com**. Luego haga clic en la pestaña *Prescriptions* (Recetas) y seleccione *Find a Pharmacy* (Buscar una farmacia) del menú desplegable.

P. Mi farmacia no está en la red de mi plan. ¿Me pueden seguir despachando medicamentos con receta allí?

R. Para aprovechar al máximo la cobertura de su plan, debería usar una farmacia de la red. Si su plan ofrece cobertura fuera de la red, usted pagará su costo compartido fuera de la red para que le despachen un medicamento allí.

P. ¿Tengo que usar el servicio de entrega a domicilio para despachar mis recetas?

R. Depende de su plan. Algunos planes le exigen que despache sus medicamentos de mantenimiento a través de Express Scripts® Pharmacy y/o sus medicamentos de especialidad a través de la farmacia de especialidad Accredo® para que estén cubiertos.⁴ Inicie sesión en la **aplicación myCigna** o en **myCigna.com**, o consulte los materiales de su plan, para averiguar qué exige su plan.

P. ¿Me pueden despachar mis recetas por correo?

R. Sí, siempre que su plan ofrezca el servicio de entrega a domicilio.

Express Scripts® Pharmacy para medicamentos de mantenimiento

Express Scripts® Pharmacy es una opción conveniente cuando está tomando un medicamento en forma regular para tratar una condición médica permanente. Es sencilla y segura, y le permite ir menos veces a la farmacia. Para obtener más información, visite **Cigna.com/homedelivery**.

- Es muy fácil pedir, administrar, hacer el seguimiento y pagar sus medicamentos en su teléfono o en Internet
- Envío estándar sin costo adicional⁵
- Renovaciones automáticas o recordatorios de renovaciones
- Suministro máximo para 90 días de una vez⁶
- Amables farmacéuticos las 24 horas, los 7 días de la semana
- Opciones de pago flexibles

Estas son tres maneras sencillas de comenzar.

1. **Inicie sesión en la aplicación myCigna o en myCigna.com para pasar su receta electrónicamente.** Haga clic en la pestaña *Prescriptions* (Recetas) y seleccione *My Medications* (Mis medicamentos) del menú desplegable. Luego haga clic en el botón que está al lado del nombre de su medicamento para pasar su(s) receta(s). O
2. **Llame al consultorio de su médico.** Pida que envíen una receta para 90 días (con renovaciones) electrónicamente al servicio de entrega a domicilio de Express Scripts®. O
3. **Llame a Express Scripts® Pharmacy al 800.835.3784.** Ellos se comunicarán con el consultorio de su médico para ayudarles a transferir su receta. Tenga preparada su tarjeta de ID de Cigna Healthcare, la información de contacto de su médico y los nombres de sus medicamentos cuando llame.

Accredo para medicamentos de especialidad

Si está tomando un medicamento de especialidad para tratar una condición médica compleja, el equipo de enfermeras y farmacéuticos capacitados en medicamentos de especialidad de Accredo puede ayudarle. Ellos le despacharán y le enviarán su medicamento de especialidad a su hogar (o al lugar que usted elija).⁷ También le proporcionarán la atención y el apoyo personalizados que necesite para controlar su tratamiento, sin costo adicional.

- Acceso las 24 horas, los 7 días de la semana a enfermeras y farmacéuticos capacitados en medicamentos de especialidad
- Servicios de atención personalizada, lo que incluye capacitación sobre cómo administrar sus medicamentos
- Le ayudarán a encontrar maneras de pagar sus medicamentos

Información sobre esta Lista de medicamentos

Preguntas frecuentes (cont.)

- Envío rápido sin costo adicional
- Renovaciones sencillas y recordatorios gratuitos
- Lleve el control de sus medicamentos en línea y haga un seguimiento de sus pedidos

Para empezar a usar Accredo, llame al 877.826.7657, de lunes a viernes, de 7:00 a.m. a 10:00 p.m., hora del Centro; y los sábados, de 7:00 a.m. a 4:00 p.m., hora del Centro. Para obtener más información sobre Accredo, visite [Cigna.com/specialty](https://www.cigna.com/specialty).

P. Tomo un medicamento de especialidad para tratar mi esclerosis múltiple. Mi plan me exige despachar mi medicamento a través de Accredo. ¿Cómo puedo comenzar?

R. Algunos planes permiten uno o más despachos en una farmacia minorista antes de pasarse a Accredo. Consulte los materiales de su plan para averiguar si su plan permite despachos minoristas.

Para empezar a usar Accredo, llame al 877.826.7657, de lunes a viernes, de 7:00 a.m. a 10:00 p.m., hora del Centro; y los sábados, de 7:00 a.m. a 4:00 p.m., hora del Centro. Asegúrese de llamar a Accredo alrededor de dos semanas antes de su próxima renovación para que tengan tiempo de obtener una nueva receta del consultorio de su médico.

P. Tomo un medicamento de especialidad que solo puede despacharse en determinadas farmacias de los Estados Unidos. ¿Cómo despacho mi receta?

R. Hable con su médico, quien debería poder informarle qué farmacias de la red pueden despachar su medicamento con receta. Una vez que encuentre una farmacia, pídale a su médico que les envíe su receta.

Es posible que también pueda usar Accredo para despachar su receta. Accredo tiene acceso a la mayoría de los medicamentos de especialidad. Llame al 877.826.7657 para obtener más información. Sus representantes atienden de lunes a viernes, de 7:00 a.m. a 10:00 p.m., hora del Centro, y los sábados, de 7:00 a.m. a 4:00 p.m., hora del Centro.

P. ¿Cómo despacho mi receta?

R. Primero, deberá pedirle una receta a su médico. Luego, su médico puede:

1. **Enviarla electrónicamente** a la farmacia de la red que usted elija o a Express Scripts® Pharmacy.
2. **Darle una receta en papel.** Usted puede llevarla a la farmacia de la red que elija o enviarla por correo a Express Scripts® Pharmacy.

P. ¿Cómo puedo recibir ayuda con mis medicamentos de especialidad?

R. Controlar una condición compleja no es fácil. Como parte de sus beneficios de farmacia, usted tiene acceso a Accredo. El equipo de enfermeras y farmacéuticos capacitados en medicamentos de especialidad de Accredo le darán una atención personalizada y el apoyo que necesita para controlar su condición médica compleja. Le ayudarán a sobrellevar los efectos secundarios, se comunicarán con usted y con su médico para saber cómo le está yendo con el tratamiento, le ayudarán a conseguir sus medicamentos con cobertura aprobada y mucho más.

Visite [Cigna.com/specialty](https://www.cigna.com/specialty) para obtener más información sobre Accredo o llame al 877.826.7657, de lunes a viernes, de 7:00 a.m. a 10:00 p.m., hora del Centro; y los sábados, de 7:00 a.m. a 4:00 p.m., hora del Centro.

P. ¿Dónde puedo obtener más información sobre mis beneficios de farmacia?

R. Puede usar las herramientas y recursos en línea que encontrará en la **aplicación myCigna** o en **myCigna.com** para comprender mejor su cobertura de farmacia. Puede averiguar cuánto cuestan sus medicamentos, ver qué medicamentos cubre su plan, buscar una farmacia de la red, hacerle una pregunta a un farmacéutico, ver sus reclamos de farmacia y los detalles de la cobertura, y mucho más. También puede administrar sus pedidos de Express Scripts® Pharmacy.

P. ¿Cómo puedo averiguar mi costo compartido para cada nivel de la Lista de medicamentos?

R. Los medicamentos cubiertos se dividen en niveles (que representan niveles de costo compartido). Por lo general, cuanto más alto sea el nivel, mayor será el precio que deberá pagar para que le despachen la receta. Hay tres lugares donde puede averiguar cuánto pagará por su medicamento, según el nivel al que pertenezca, incluido el máximo costo compartido permitido:

1. **Revise su tarjeta de ID de Cigna Healthcare.** Indica su costo compartido para los medicamentos del Nivel 1, del Nivel 2, del Nivel 3 y del Nivel 4.
2. **Inicie sesión en la aplicación myCigna o en myCigna.com para ver información sobre su cobertura de farmacia.** También puede usar la herramienta *Price a Medication* (Conozca los precios de los medicamentos) para ver cuánto puede costarle su medicamento en las diferentes farmacias de la red de su plan.

Información sobre esta Lista de medicamentos

Preguntas frecuentes (cont.)

3. Consulte el documento de cobertura denominado **Resumen de beneficios**.

P. ¿Cuál es la diferencia entre los medicamentos cubiertos por el beneficio de farmacia y por el beneficio médico?

R. Algunos medicamentos están cubiertos por el beneficio de farmacia, algunos están cubiertos por el beneficio médico y otros están cubiertos por ambos beneficios. Por lo general, los medicamentos que se administran por inyección o infusión están cubiertos por el beneficio médico. Se administran al paciente en el consultorio de un médico, en un centro de infusión o en el hogar. Generalmente, los medicamentos autoadministrados que pueden despacharse en una farmacia minorista o a través del servicio de entrega a domicilio están cubiertos por el beneficio de farmacia. Consulte la cobertura médica de su resumen de beneficios para obtener más información sobre cómo su plan cubre estos medicamentos.

P. Tomo un medicamento oral contra el cáncer. ¿Cuánto me costará que me lo despachen?

R. El 1 de enero de 2015, California aprobó un proyecto de ley para limitar el costo compartido de los medicamentos de quimioterapia oral. Esto significa que si usted recibe beneficios médicos y de farmacia a través de Cigna Healthcare, determinados medicamentos orales contra el cáncer se cubrirán como se indica a continuación:

- **Para los planes con copagos:** Estos medicamentos tendrán cobertura del 100% o sin costos compartidos (\$0).
- **Para los planes de salud con deducible alto (HDHP, por sus siglas en inglés) que incluyen una Cuenta de ahorros para la salud (HSA, por sus siglas en inglés) o los HDHP calificados:** Usted pagará primero el deducible de su plan. Después de ello, estos medicamentos tendrán cobertura del 100% o sin costos compartidos (\$0). Esto se debe a un requisito federal para las HSA.
- **Para los planes con un deducible combinado (incluidas las Cuentas de reembolso de salud [HRA, por sus siglas en inglés] con un deducible combinado):** Usted pagará primero el deducible de su plan. Después de ello, estos medicamentos tendrán cobertura del 100% o sin costos compartidos (\$0).

- **Para los planes con un deducible dividido (incluidas las Cuentas de reembolso de salud [HRA] con un deducible dividido):** Estos medicamentos tendrán cobertura del 100% o sin costos compartidos (\$0).

P. ¿Cómo es la cobertura de los medicamentos, dispositivos y productos para la diabetes, anticonceptivos y productos establecidos por el mandato federal aprobados por la FDA en virtud del beneficio de farmacia?

R. Así es cómo estos productos están cubiertos por el beneficio de farmacia:

- **Medicamentos y productos de cuidado preventivo cubiertos en virtud de la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud a Bajo Precio (PPACA), también conocida como la “reforma del cuidado de salud”:**
 - **Anticonceptivos:** Cobertura del 100% o sin costos compartidos (\$0). Determinados anticonceptivos con receta están disponibles sujetos al costo compartido aplicable.
 - **Productos para dejar de consumir tabaco:** Hasta dos (2) tratamientos de 90 días por año del plan tienen cobertura del 100% o sin costos compartidos (\$0). Determinados productos para dejar de consumir tabaco con receta están disponibles sujetos al costo compartido aplicable.
 - **Determinadas vitaminas:** Cobertura del 100% o sin costos compartidos (\$0). Todas las demás vitaminas con receta están disponibles sujetas al costo compartido y deducible aplicable (si corresponde).
- **Determinados productos de venta libre (OTC, por sus siglas en inglés):** Si tiene una receta de su médico, estos productos tienen cobertura del 100% o no tienen costos compartidos (\$0). Todos los demás productos OTC están excluidos de la cobertura.
- **Medicamentos de fertilidad orales:** Tienen cobertura según el costo compartido del nivel aplicable. Para algunos planes, los medicamentos de fertilidad inyectables están cubiertos por el beneficio médico.
- **Medicamentos genéricos de cuidado preventivo:** Tienen cobertura del 100% o sin costos compartidos (\$0) antes de alcanzar su deducible. Usted pagará su deducible y el costo compartido aplicable para despachar un medicamento de cuidado preventivo de marca preferida y/o de marca no preferida.

Información sobre esta Lista de medicamentos

Preguntas frecuentes *(cont.)*

- **Suministros para diabéticos:** Tienen cobertura según el costo compartido aplicable.
- **Hormonas del crecimiento:** Necesitan la aprobación de Cigna Healthcare para que su plan los cubra (autorización previa). Si recibe la aprobación para la cobertura, usted pagará su costo compartido del nivel aplicable para despachar el medicamento.
- **Vacunas:** Las vacunas ahora están cubiertas por el beneficio de farmacia. No todos los planes cubren las vacunas de la misma manera. Inicie sesión en la aplicación myCigna o en myCigna.com, o consulte los materiales de su plan, para averiguar cómo las cubre su plan específico.
- **Medicamentos compuestos:** Si el medicamento cuesta más de \$200, necesitará la aprobación de Cigna Healthcare para que su plan lo cubra (autorización previa).

Palabras que quizás necesite conocer

- **Medicamento de marca:** Un medicamento que se comercializa con un nombre exclusivo, protegido por una marca. En este Formulario, los medicamentos de marca están escritos en MAYÚSCULA.
- **Coseguro:** Un porcentaje del costo de un beneficio de cuidado de la salud cubierto que usted paga después de haber pagado el deducible, si se aplica un deducible al beneficio de cuidado de la salud.
- **Copago:** Una cantidad fija en dólares que usted paga por un beneficio de cuidado de la salud cubierto después de haber pagado el deducible, si se aplica un deducible al beneficio de cuidado de la salud.
- **Deducible:** La cantidad que usted paga por beneficios de cuidado de la salud cubiertos que están sujetos al deducible antes de que su aseguradora de salud empiece a pagar. Si su póliza de seguro de salud tiene un deducible, puede tener un solo deducible o deducibles separados para beneficios médicos y beneficios de medicamentos con receta. Una vez que pague su deducible, por lo general pagará solo un copago o coseguro por los beneficios de cuidado de la salud cubiertos. Su compañía de seguros paga el resto.
- **Nivel de medicamentos:** Un grupo de medicamentos con receta que corresponde a un nivel específico de costo compartido en su póliza de seguro de salud. El nivel de medicamentos en el cual se incluye un medicamento con receta determina la parte del costo del medicamento que usted debe pagar.
- **Solicitud de excepción:** Una solicitud de cobertura de un medicamento no incluido en el Formulario. Si usted, la persona que usted designe o el proveedor de cuidado de la salud que le emite recetas presentan una solicitud de cobertura de un medicamento no incluido en el Formulario, su aseguradora debe cubrir el medicamento no incluido en el Formulario cuando sea médicamente necesario que usted tome el medicamento.

Información sobre esta Lista de medicamentos

Palabras que quizás necesite conocer (cont.)

- **Circunstancias apremiantes:** Cuando usted sufre una condición médica que puede poner en grave peligro su vida, su salud o su capacidad para recuperar su funcionamiento pleno, o cuando usted se está realizando un tratamiento con un medicamento no incluido en el Formulario.
- **Formulario o Lista de medicamentos con receta:** La lista de medicamentos cubiertos por su póliza de seguro de salud en virtud del beneficio de medicamentos con receta de la póliza.
- **Medicamento genérico:** Un medicamento que es igual a su equivalente de marca en términos de dosis, concentración, efecto, forma de tomarse, calidad, seguridad y uso previsto. En este Formulario, los medicamentos genéricos están escritos en *minúscula cursiva*.
- **Medicamento necesarios:** Los beneficios de cuidado de la salud necesarios para diagnosticar, tratar o prevenir una condición médica o sus síntomas, y que cumplen con los estándares aceptados de la medicina. Por lo general, los seguros de salud no cubren los beneficios de cuidado de la salud que no son médicamente necesarios.
- **Medicamento no incluido en el Formulario:** Un medicamento con receta que no aparece en este Formulario.
- **Costos de desembolso:** Sus gastos por beneficios de cuidado de la salud que su seguro de salud no reembolsa. Los costos de desembolso incluyen los deducibles, los copagos y el coseguro por los beneficios de cuidado de la salud cubiertos, además de todos los costos correspondientes a beneficios de cuidado de la salud que no están cubiertos.
- **Proveedor que emite recetas:** Un proveedor de cuidado de la salud que puede emitir una receta para un medicamento con el fin de diagnosticar, tratar o prevenir una condición médica.
- **Receta:** Una orden oral, escrita o electrónica de un proveedor que emite recetas en la que autoriza el suministro de un medicamento con receta a una persona específica.
- **Medicamento con receta:** Un medicamento que, según lo establecido por la ley, requiere una receta.
- **Autorización previa:** La decisión de su aseguradora de salud de que un beneficio de cuidado de la salud es médicamente necesario para usted. Si un medicamento con receta está sujeto al requisito de autorización previa en este Formulario, el proveedor que le emite recetas deberá solicitar la aprobación de su aseguradora de salud para cubrir el medicamento antes de que usted despache su medicamento con receta. Su aseguradora de salud debe otorgar una solicitud de autorización previa cuando sea médicamente necesario que usted tome el medicamento.
- **Tratamiento escalonado:** Una secuencia específica en la que deben probarse los medicamentos con receta para una condición médica en particular. Si un medicamento está sujeto al requisito de tratamiento escalonado en este Formulario, es posible que deba probar uno o más medicamentos antes de que su póliza de seguro de salud cubra ese medicamento para su condición médica. Si el proveedor que le emite recetas presenta una solicitud de excepción al requisito de tratamiento escalonado, su aseguradora de salud debe otorgar la solicitud cuando sea médicamente necesario que usted tome el medicamento.
- **Límites a la cantidad:** Para algunos medicamentos, su plan cubre solamente hasta una determinada cantidad y durante un plazo determinado. Por ejemplo, 30 mg por día durante 30 días. Los límites a la cantidad ayudan a garantizar que usted esté recibiendo cobertura para el medicamento correcto, en la cantidad correcta y para la situación correcta. Su plan solamente cubrirá una cantidad mayor si su médico solicita y recibe la aprobación de Cigna Healthcare.
- **Requisitos de edad:** Para determinados medicamentos, usted debe pertenecer a un rango de edad específico para que su plan los cubra. Esto se debe a que algunos medicamentos no se consideran clínicamente apropiados para personas que no están dentro de ese rango de edad.

Información sobre esta Lista de medicamentos

Acerca de esta Lista de medicamentos

Esta es una lista de los medicamentos que se recetan con mayor frecuencia y están cubiertos por la Lista de medicamentos con receta National Preferred de 4 niveles de Cigna Healthcare, que entrará en vigor el 1 de julio de 2024. Los medicamentos están ordenados alfabéticamente (según el inglés) por sus nombres genéricos y de marca dentro de su categoría terapéutica y clase.

La Lista de medicamentos se actualiza bastante seguido, por lo que esta no es una lista completa de los medicamentos que cubre su plan. Además, también es posible que su plan específico no cubra todos estos medicamentos. Inicie sesión en la **aplicación myCigna** o en **myCigna.com**, o consulte los materiales de su plan, para ver todos los medicamentos que cubre su plan.

Cómo leer esta Lista de medicamentos

Los medicamentos están ordenados alfabéticamente (según el inglés) por sus nombres genéricos y de marca dentro de su categoría terapéutica y clase.* También puede buscar su medicamento usando el índice al final de esta Lista de medicamentos.

- La versión genérica de un medicamento de marca aparece entre paréntesis y escrita en *minúscula cursiva* junto al medicamento de marca.
- Si un equivalente genérico de un medicamento de marca está disponible y tiene cobertura, el genérico aparecerá separado del medicamento de marca, escrito en *minúscula cursiva*.
- Si un equivalente genérico de un medicamento de marca no está disponible en el mercado o no tiene cobertura, el medicamento no aparecerá separado por su versión genérica.
- Si un medicamento genérico se comercializa con un nombre exclusivo protegido por una marca, el medicamento de marca aparecerá después de la versión genérica, entre paréntesis y escrito en letra regular, con la primera letra de cada palabra en mayúscula. Por ejemplo: *quinapril hcl* (Accupril).

Niveles

Los medicamentos cubiertos se dividen en niveles, que representan niveles de costo compartido. Por lo general, cuanto más alto sea el nivel, mayor será el precio que deberá pagar para que le despachen la receta.

Nivel 1	Medicamentos genéricos preferidos. Los medicamentos genéricos tienen la misma concentración y los mismos ingredientes activos que los medicamentos de marca, pero suelen costar mucho menos. Los medicamentos genéricos preferidos están cubiertos con el costo compartido más bajo de su plan.	\$
Nivel 2	Medicamentos genéricos no preferidos. Los medicamentos genéricos no preferidos pueden costar más que los medicamentos genéricos preferidos.	\$\$
Nivel 3	Medicamentos de marca preferida. Estos medicamentos generalmente tienen una alternativa genérica de menor costo.	\$\$\$
Nivel 4	Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca. Estos medicamentos están cubiertos con el costo compartido más alto de su plan. Los medicamentos de marca no preferida generalmente tienen una alternativa genérica y/o de marca preferida. Los medicamentos de especialidad genéricos están cubiertos en un nivel inferior.	\$\$\$\$

* Los medicamentos están incluidos en la categoría terapéutica y clase proporcionadas por First Databank.

Información sobre esta Lista de medicamentos

Cómo leer esta Lista de medicamentos *(cont.)*

Letras (siglas) al lado de los nombres de los medicamentos

Es posible que determinados medicamentos necesiten la aprobación de Cigna Healthcare para estar cubiertos.* Este paso adicional ayuda a garantizar que usted esté recibiendo la cobertura adecuada para el medicamento correcto. En esta Lista de medicamentos, los medicamentos que tienen requisitos de cobertura adicionales o límites tienen **letras (siglas)** en la columna Requisitos y límites de cobertura. Esto es lo que significan.

PA	Autorización previa: Este medicamento necesita la aprobación de Cigna Healthcare para que su plan lo cubra. El personal del consultorio de su médico deberá enviarnos información para analizar y asegurarnos de que el medicamento cumple con los requisitos de cobertura.
QL	Límites a la cantidad: Su plan cubrirá solamente una determinada cantidad de este medicamento por vez. Si su médico quiere que le despachen más de la cantidad permitida, el personal del consultorio puede pedirle a Cigna Healthcare que apruebe una cantidad mayor.
ST	Tratamiento escalonado: Su plan no cubre este medicamento de alto costo hasta que usted primero haya probado al menos una opción de menor costo (por lo general un medicamento genérico o de marca preferida) y no le haya dado resultado. Si su médico considera que un medicamento diferente no es adecuado para usted, el personal del consultorio puede pedirle a Cigna Healthcare que evalúe la posibilidad de aprobar la cobertura de este medicamento.
AGE	Requisito de edad: Su plan solo cubrirá este medicamento si usted tiene una determinada edad o se encuentra dentro de un determinado rango de edad. Si usted no se encuentra dentro del rango de edad permitido y su médico quiere que tome este medicamento, el personal del consultorio puede pedirle a Cigna Healthcare que apruebe la cobertura.
SP	Los medicamentos de especialidad se usan para tratar condiciones médicas complejas. Generalmente se administran por inyección o infusión, y es posible que necesiten un manejo especial (como refrigeración). Es posible que algunos planes limiten la cobertura a un suministro para 30 días y/o que le exijan usar una farmacia de especialidad preferida para recibir cobertura.
HD	Medicamentos para entrega a domicilio: Algunos planes solo cubren determinados medicamentos de mantenimiento si se despachan a través del servicio de entrega a domicilio de Express Scripts® Pharmacy. Según su plan, es posible que pueda conseguir cobertura para despachar el medicamento en una farmacia minorista de la red una, dos o tres veces, antes de tener que pasarse al servicio de entrega a domicilio.
PPACA	Medicamentos preventivos sin costos compartidos: La reforma del cuidado de salud establecida por la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud a Bajo Precio (PPACA) exige que los planes cubran determinados medicamentos y productos preventivos al 100% o sin que usted tenga que pagar ninguna parte del costo (\$0).
CSL	Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos: La ley estatal de California limita el costo compartido (o la cantidad que usted paga de su bolsillo) por determinados medicamentos de quimioterapia oral.

* Es posible que estos requisitos de cobertura no se apliquen a su plan específico. Inicie sesión en la aplicación myCigna o en myCigna.com, o consulte los materiales de su plan, para averiguar si su plan incluye los requisitos de autorización previa, límites a la cantidad, tratamiento escalonado y/o edad.

Información sobre esta Lista de medicamentos

Cómo leer esta Lista de medicamentos (cont.)

Use la tabla incluida abajo para leer esta Lista de medicamentos. Este cuadro es solo un ejemplo. Es posible que no muestre la forma en que la Lista de medicamentos con receta National Preferred de 4 niveles de Cigna Healthcare realmente cubre estos medicamentos.

ANALGÉSICOS (Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)			Categoría terapéutica y clase describe la condición para cuyo tratamiento se usa el medicamento.
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura	
ANALGÉSICOS, COMB. DE NO SALICILATOS Y BARBITÚRICOS			Requisitos y límites de cobertura le informa si su plan tiene requisitos adicionales antes de cubrir el medicamento.
<i>butalbital/acetaminophen</i>	T1		
ANALGÉSICOS, COMB. DE SALICILATOS, BARBITÚRICOS Y XANTINAS			Nivel del medicamento le da una idea de cuánto puede llegar a pagar por un medicamento.
<i>butalb-aspirin-caffe 50-325-40</i>	T1	QL (6 tabs/day)	
<i>butalbital-asa-caffeine cap (Fiorinal)</i>	T1	QL (6 caps/day)	
<i>FIORINAL (butalbital-aspirin-caffeine)</i>	T3	QL (6 caps/day)	Nombre del medicamento con receta es el nombre del medicamento. Los medicamentos están enumerados en orden alfabético (según el inglés) dentro de cada columna. Los medicamentos de marca están escritos en MAYÚSCULA . Los medicamentos genéricos están escritos en minúscula cursiva .
ANALGÉSICOS, COMB. DE NO SALICILATOS, BARBITÚRICOS Y XANTINAS			
<i>butalb/acetaminophen/caffeine</i>	T3		
<i>butalb/acetaminophen/caffeine (Esgic)</i>	T3	QL (6 caps/day)	
<i>butalb-acetamin-caff 50-300-40 (Fioricet)</i>	T1	QL (6 caps/day)	
<i>butalb-acetamin-caff 50-325-40 (Esgic)</i>	T1	QL (6 tabs/day)	
<i>ESGIC 50-325-40 MG TABLET (butalbital-acetaminophen-caffe)</i>	T3	QL (6 tabs/day)	
<i>ESGIC CAPSULE (zebutal)</i>	T3	QL (6 caps/day)	
<i>FIORICET (phrenilin forte)</i>	T1	QL (6 caps/day)	
ANALGÉSICOS/ANTIPIRÉTICOS, SALICILATOS			
<i>choline salicyl/mag salicylate</i>	T1	HD	
<i>diflunisal</i>	T1	HD	
PREPARACIONES ANTIMIGRAÑOSAS			
AIMOVIG AUTOINJECTOR	T2	PA	
AJOVY AUTOINJECTOR	T2	PA	
AJOVY SYRINGE	T2	PA	
<i>almotriptan malate</i>	T1	QL (12 tabs/30 days)	
<i>CAFERGOT (ergotamine-caffeine)</i>	T3	QL (40 tabs/28 days)	
<i>dihydroergotamine 1 mg/ml amp</i>	T1	QL (10 amps/30 days)	
<i>eletriptan hydrobromide</i>	T1	QL (6 tabs/30 days)	
EMGALITY PEN	T2	PA	
EMGALITY SYRINGE	T2	PA	
<i>ergotamine tartrate/caffeine</i>	T1		
<i>ergotamine tartrate/caffeine (Cafergot)</i>	T1	QL (40 tabs/28 days)	

Este cuadro es solo un modelo. Es posible que no muestre la forma en que la Lista de medicamentos con receta National Preferred de 4 niveles de Cigna Healthcare realmente cubre estos medicamentos.

Información sobre esta Lista de medicamentos

Cómo encontrar su medicamento

Primero, busque la categoría terapéutica/clase en la que se encuentra su medicamento usando la siguiente lista ordenada alfabéticamente según el inglés. Luego vaya a esa página para ver los medicamentos cubiertos disponibles para tratar la condición.

Condición	Página	Condición	Página
Analgésicos (alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)	19-24	Antiinfecciosos/Varios (infecciones)	52-54
Analgésicos (Condiciones urinarias)	25	Antiinfecciosos/Varios (varios)	54
Anestésicos (varios)	25	Antiinfecciosos/Varios (condiciones cutáneas)	54
Anestésicos (Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)	25	Agentes inhibidores del factor de necrosis tumoral antiinflamatorios (alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)	54, 55
Anestésicos (condiciones urinarias)	26	Antineoplásicos (cáncer)	55-62
Antialérgicos (alergia y rociadores nasales)	26	Antineoplásicos (condiciones cutáneas)	62
Antiartríticos (Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)	26-29	Medicamentos contra la obesidad (control del peso)	62, 63
Antiasmáticos (asma/EPOC/condiciones respiratorias)	29-33	Antiparasitarios (condiciones oculares)	63
Antibióticos (medicamentos para los oídos)	33	Antiparasitarios (infecciones)	64
Antibióticos (condiciones oculares)	33-35	Medicamentos antiparkinsonianos (enfermedad de Parkinson)	64, 65
Antibióticos (infecciones)	35-41	Medicamentos antiplaquetarios (diluyentes de la sangre/anticoagulantes)	65, 66
Antibióticos (condiciones cutáneas)	41-43	Antivíricos (SIDA/VIH)	66-69
Anticoagulantes (diluyentes de la sangre/ anticoagulantes)	43, 44	Antivíricos (condiciones oculares)	69
Antídotos (condiciones gastrointestinales/ pirosis)	44	Antivíricos (infecciones)	69, 70
Antídotos (abuso de sustancias)	44	Antivíricos (condiciones cutáneas)	70, 71
Antimicóticos (condiciones oculares)	44	Medicamentos para el sistema nervioso autónomo (alergia/rociadores nasales)	71
Antimicóticos (productos femeninos)	44, 45	Medicamentos para el sistema nervioso autónomo (enfermedad de Alzheimer)	71
Antimicóticos (infecciones)	45, 46	Medicamentos para el sistema nervioso autónomo (trastorno de déficit de atención e hiperactividad)	72
Antimicóticos (condiciones cutáneas)	46, 47	Medicamentos para el sistema nervioso autónomo (medicamentos para la presión arterial/para el corazón)	72
Antihistamínicos y descongestivos combinados (alergia/rociadores nasales)	47	Medicamentos para el sistema nervioso autónomo (condiciones urinarias)	72, 73
Antihistamínicos (alergia/rociadores nasales)	47, 48	Productos biológicos (alergia/rociadores nasales)	73
Antihistamínicos (condiciones oculares)	48	Productos biológicos (medicamentos para la presión arterial/para el corazón)	73
Antihiper glucémicos (diabetes)	48-52	Productos biológicos (varios)	73
Antiinfecciosos (productos femeninos)	52	Productos biológicos (vacunas)	73-75
Antiinfecciosos (infecciones)	52	Sangre (modificadores de la sangre/trastornos hemorrágicos)	75, 76
Antiinfecciosos/Varios (productos femeninos)	52	Sangre (diluyentes de la sangre/anticoagulantes)	77

Información sobre esta Lista de medicamentos

Cómo encontrar su medicamento *(cont.)*

Condición	Página	Condición	Página
Medicamentos para enfermedades cardíacas (medicamentos para la presión arterial/para el corazón)	77-79	Gastrointestinales (alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)	121
Cardiovasculares (asma/EPOC/condiciones respiratorias)	79, 80	Hormonas (condiciones gastrointestinales/pirosis)	121
Cardiovasculares (medicamentos para la presión arterial/para el corazón)	80-84	Hormonas (agentes hormonales)	121-126
Cardiovasculares (medicamentos para el colesterol)	84-86	Hormonas (infertilidad)	126, 127
Medicamentos para el sistema nervioso central (enfermedad de Alzheimer)	87	Hormonas (varias)	127
Medicamentos para el sistema nervioso central (varios)	87	Hormonas (productos para la osteoporosis)	127
Medicamentos para el sistema nervioso central (esclerosis múltiple)	88, 89	Inmunosupresores (alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)	127, 128
Medicamentos para el sistema nervioso central (alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)	89	Inmunosupresores (condiciones cutáneas)	128
Medicamentos para el sistema nervioso central (trastornos convulsivos)	89-92	Inmunosupresores (medicamentos para trasplante)	128, 129
Medicamentos para el sistema nervioso central (trastornos del sueño/sedantes)	92	Dispositivos y suministros médicos varios, no farmacológicos (diabetes)	129-150
Factores estimulantes de colonias (modificadores de la sangre/trastornos hemorrágicos)	92	Dispositivos y suministros médicos varios, no farmacológicos (varios)	150-159
Anticonceptivos (productos anticonceptivos)	93, 94	Relajantes musculares (alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)	159, 160
Preparaciones para la tos/el resfrío (alergia/rociadores nasales)	94	Vitaminas prenatales (nutritivas/alimenticias)	160-164
Preparaciones para la tos/el resfrío (medicamentos para la tos/el resfrío)	94-96	Medicamentos psicoterapéuticos (ansiedad/depresión/trastorno bipolar)	164-168
Diagnóstico (diabetes)	96	Medicamentos psicoterapéuticos (trastorno de déficit de atención e hiperactividad)	168-170
Diagnóstico (varios)	96-98	Medicamentos psicoterapéuticos (varios)	170
Diuréticos (diuréticos)	98-100	Medicamentos psicoterapéuticos (esquizofrenia/antipsicóticos)	170-172
Preparaciones para los ojos, los oídos, la nariz y la garganta (alergia/rociadores nasales)	100	Medicamentos psicoterapéuticos (trastornos convulsivos)	172
Preparaciones para los ojos, los oídos, la nariz y la garganta (medicamentos para los oídos)	101	Medicamentos psicoterapéuticos (trastornos del sueño/sedantes)	173
Preparaciones para los ojos, los oídos, la nariz y la garganta (condiciones oculares)	101-105	Sedantes/hipnóticos (trastornos del sueño/sedantes)	173, 174
Elect./calóricos/H₂O (medicamentos para el colesterol)	105	Preparaciones cutáneas (varias)	174
Elect./calóricos/H₂O (productos dentales)	105, 106	Preparaciones cutáneas (alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)	174, 175
Elect./calóricos/H₂O (diabetes)	106-108	Preparaciones cutáneas (condiciones cutáneas)	175-185
Elect./calóricos/H₂O (varios)	108	Agentes para dejar de fumar (productos para dejar de fumar)	185
Elect./calóricos/H₂O (nutritivos/alimenticios)	108-114	Preparaciones para la tiroides (agentes hormonales)	186
Elect./calóricos/H₂O (condiciones urinarias)	114	Productos farmacológicos no clasificados (SIDA/VIH)	186
Gastrointestinales (medicamentos para el colesterol)	115		
Gastrointestinales (condiciones gastrointestinales/pirosis)	115-121		

Información sobre esta Lista de medicamentos

Cómo encontrar su medicamento *(cont.)*

Condición	Página	Condición	Página
Productos farmacológicos no clasificados (asma/EPOC/condiciones respiratorias)	186, 187	Productos farmacológicos no clasificados (productos para la osteoporosis)	194
Productos farmacológicos no clasificados (modificadores de la sangre/ trastornos hemorrágicos)	187	Productos farmacológicos no clasificados (alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)	195
Productos farmacológicos no clasificados (medicamentos para la presión arterial/para el corazón)	187	Productos farmacológicos no clasificados (trastornos convulsivos)	195
Productos farmacológicos no clasificados (cáncer)	188	Productos farmacológicos no clasificados (condiciones cutáneas)	195
Productos farmacológicos no clasificados (productos dentales)	188	Productos farmacológicos no clasificados (abuso de sustancias)	195
Productos farmacológicos no clasificados (disfunción eréctil)	188, 189	Productos farmacológicos no clasificados (medicamentos para trasplante)	195
Productos farmacológicos no clasificados (condiciones oculares)	189	Productos farmacológicos no clasificados (condiciones urinarias)	195, 196
Productos farmacológicos no clasificados (condiciones gastrointestinales/pirosis)	189, 190	Productos farmacológicos no clasificados (control del peso)	196
Productos farmacológicos no clasificados (agentes hormonales)	190	Vitaminas (nutritivas/alimenticias)	197-235
Productos farmacológicos no clasificados (varios)	190-193	Vitaminas (vitaminas)	235
Productos farmacológicos no clasificados (nutritivos/alimenticios)	194		

Lista de medicamentos con receta

ANALGÉSICOS (Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANALGÉSICOS, COMB. DE NO SALICILATOS Y BARBITÚRICOS		
ALLZITAL	T4	PA
<i>butalbital/acetaminophen</i>	T2	
<i>butalbital/acetaminophen (Bupap)</i>	T2	
ANALGÉSICOS, COMB. DE SALICILATOS, BARBITÚRICOS Y XANTINAS		
<i>butalbital/aspirin/caffeine</i>	T2	
ANALGÉSICOS, COMB. DE NO SALICILATOS, BARBITÚRICOS Y XANTINAS		
<i>butalb/acetaminophen/caffeine (Esgic)</i>	T2	
<i>butalb/acetaminophen/caffeine (Fioricet)</i>	T2	
ESGIC (<i>butalb/acetaminophen/caffeine</i>)	T4	PA
FIORICET (<i>butalb/acetaminophen/caffeine</i>)	T4	PA
ANALGÉSICOS/ANTIPIRÉTICOS, SALICILATOS		
<i>choline salicyl/mag salicylate</i>	T2	HD
<i>diflunisal</i>	T2	HD
PREPARACIONES ANTIMIGRAÑOSAS		
AIMOVIG AUTOINJECTOR	T3	PA QL(1 auto-inj/30 days)
AJOVY 225 MG/1.5 ML AUTOINJECT	T3	PA QL(1 auto-inj/30 days)
AJOVY 225 MG/1.5 ML AUTOINJECT	T3	PA QL(3 auto-injs/90 days)
AJOVY SYRINGE	T3	PA QL(1 syringe/30 days)
<i>almotriptan malate 12.5 mg tab</i>	T2	QL(12 tabs/fill)
<i>almotriptan malate 6.25 mg tab</i>	T2	QL(6 tabs/fill)
AMERGE (<i>naratriptan hcl</i>)	T4	ST QL(9 tabs/fill)
CAFERGOT (<i>ergotamine tartrate/caffeine</i>)	T4	
CAMBIA	T4	ST QL(9 packs/fill)
<i>dihydroergotamine 1 mg/ml amp</i>	T2	ST QL(9 pkts/30 days)
<i>dihydroergotamine 4 mg/ml spry (Migranal)</i>	T2	ST QL(8 mls/fill)
<i>eletriptan hydrobromide (Relpax)</i>	T2	QL(6 tabs/fill)
EMGALITY 120 MG/ML SYRINGE	T3	PA QL(1 syringe/30 days)
EMGALITY PEN	T3	PA QL(1pen/30 days)
ERGOMAR	T4	
<i>ergotamine tartrate/caffeine</i>	T2	
<i>ergotamine tartrate/caffeine (Cafergot)</i>	T2	
FROVA (<i>frovatriptan succinate</i>)	T4	ST QL(9 tabs/fill)
<i>frovatriptan succinate (Frova)</i>	T2	QL(9 tabs/fill)
MIGRANAL (<i>dihydroergotamine mesylate</i>)	T4	ST QL(8 mls/fill)

T1 – Genéricos preferidos

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

T2 – Genéricos no preferidos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T3 – Marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

Lista de medicamentos con receta

ANALGÉSICOS (Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
PREPARACIONES ANTIMIGRAÑOSAS (cont.)		
<i>naratriptan hcl</i> (Amerge)	T2	QL(9 tabs/fill)
NURTEC ODT	T3	PA QL(16 tabs/fill)
QULIPTA	T3	PA QL(30 tabs/30 days)
REYVOW	T4	PA QL(8 tabs/treatment)
<i>rizatriptan benzoate</i> (Maxalt)	T2	QL(18 tabs/fill)
<i>sumatriptan</i> (Imitrex)	T2	QL(6 units/fill)
<i>sumatriptan 4 mg/0.5 ml cart</i> (Imitrex)	T2	QL(1 ml/fill)
<i>sumatriptan 4 mg/0.5 ml inject</i> (Imitrex)	T2	QL(2 pens/fill)
<i>sumatriptan 6 mg/0.5 ml cart</i> (Imitrex)	T2	QL(1 ml/fill)
<i>sumatriptan 6 mg/0.5 ml inject</i> (Imitrex)	T2	QL(2 pens/fill)
<i>sumatriptan 6 mg/0.5 ml vial</i>	T2	QL(2 vials/fill)
<i>sumatriptan succ 100 mg tablet</i> (Imitrex)	T2	
<i>sumatriptan succ 25 mg tablet</i> (Imitrex)	T2	
<i>sumatriptan succ 50 mg tablet</i> (Imitrex)	T2	
<i>sumatriptan succ/naproxen sod</i> (Treximet)	T2	ST QL(9 tabs/fill)
TOSYMRA	T4	ST QL(6 units/fill)
TRUDHESA	T4	ST QL(4 mls/fill)
UBRELVY 50MG TABLET	T3	PA QL(10 tabs/treatment)
UBRELVY 100MG TABLET	T3	PA QL(10 tabs/treatment)
ZEMBRACE SYMTOUCH	T4	ST QL(4 pens/fill)
<i>zolmitriptan</i> (Zomig Zmt)	T2	QL(6 tabs/fill)
<i>zolmitriptan 2.5 mg tablet</i> (Zomig)	T2	QL(6 tabs/fill)
<i>zolmitriptan 5 mg nasal spray</i> (Zomig)	T2	ST QL(6 units/fill)
<i>zolmitriptan 5 mg tablet</i> (Zomig)	T2	QL(6 tabs/fill)
ZOMIG 2.5 MG NASAL SPRAY	T3	ST QL(6 units/fill)
ZOMIG 5 MG NASAL SPRAY (<i>zolmitriptan</i>)	T4	ST QL(6 units/fill)
ANTIINFLAM. NO ESTEROIDEOS NASALES, INHIB. NO SELECTIVOS DE COX, ANALGÉSICOS SISTÉMICOS		
SPRIX	T4	ST QL(5 units/fill)
ANTIINFLAM. NO ESTEROIDEOS, ANALGÉSICOS DEL TIPO DE INHIBIDORES DE LA CICLOOXIGENASA		
<i>diclofenac pot 25mg tablet</i>	T2	ST HD
<i>diclofenac pot 50 mg tablet</i>	T2	HD
<i>diclofenac pot powder pack</i> (Cambia)	T2	ST QL(9 pkts/30 days)
<i>diclofenac potassium</i>	T2	HD
<i>diclofenac potassium</i>	T2	ST HD

T1 – Genéricos preferidos T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca ST – Tratamiento escalonado HD – Puede requerir entrega a domicilio
T2 – Genéricos no preferidos PA – Autorización previa AGE – Requisito de edad PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos
T3 – Marcas preferidas QL – Límite a la cantidad SP – Medicamentos de especialidad CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

Lista de medicamentos con receta

ANALGÉSICOS (Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIINFLAM. NO ESTEROIDEOS, ANALGÉSICOS DEL TIPO DE INHIBIDORES DE LA CICLOOXIGENASA (cont.)		
<i>diclofenac potassium 25 mg cap (Zipsor)</i>	T2	HD
FENORTHO 200 MG CAPSULE	T4	ST HD
<i>ketorolac 10 mg tablet</i>	T2	QL (20 tabs/fill)
<i>ketorolac 15 mg/ml carpupject</i>	T2	HD
<i>ketorolac 15 mg/ml isecure syr</i>	T2	HD
<i>ketorolac 15 mg/ml syringe</i>	T2	HD
<i>ketorolac 15 mg/ml vial</i>	T2	HD
<i>ketorolac 30 mg/ml carpupject</i>	T2	HD
<i>ketorolac 30 mg/ml isecure syr</i>	T2	HD
<i>ketorolac 30 mg/ml syringe</i>	T2	HD
<i>ketorolac 30 mg/ml vial</i>	T2	HD
<i>ketorolac 300 mg/10 ml vial</i>	T2	HD
<i>ketorolac 60 mg/2 ml carpupject</i>	T2	HD
<i>ketorolac 60 mg/2 ml syringe</i>	T2	HD
<i>ketorolac 60 mg/2 ml vial</i>	T2	HD
<i>mefenamic acid</i>	T2	HD
ANALGÉSICOS OPIOIDES Y ANALGÉSICOS NO SALICILATOS		
<i>acetaminophen with codeine</i>	T2	PA QL
<i>hydrocodone-acetamin 10-300 mg</i>	T2	PA QL
<i>hydrocodone-acetamin 10-325 mg</i>	T2	PA QL
<i>hydrocodone-acetamin 10-325/15</i>	T2	PA QL
HYDROCODONE-ACETAMIN 2.5-108/5	T4	PA QL
<i>hydrocodone-acetamin 2.5-108/5</i>	T2	PA QL
HYDROCODONE-ACETAMIN 5-217/10	T4	PA QL
<i>hydrocodone-acetamin 5-217/10</i>	T2	PA QL
<i>hydrocodone-acetamin 5-300 mg</i>	T2	PA QL
<i>hydrocodone-acetamin 5-325 mg</i>	T2	PA QL
<i>hydrocodone-acetamin 7.5-300</i>	T2	PA QL
<i>hydrocodone-acetamin 7.5-325</i>	T2	PA QL
<i>hydrocodone-acetamin 7.5-325/15</i>	T2	PA QL
HYDROCODONE-ACETAMIN 7.5-325/15	T4	PA QL
LORTAB	T4	PA QL
NALOCET	T4	PA QL
<i>oxycodone hcl/acetaminophen</i>	T2	PA QL

T1 – Genéricos preferidos T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca ST – Tratamiento escalonado HD – Puede requerir entrega a domicilio
T2 – Genéricos no preferidos PA – Autorización previa AGE – Requisito de edad PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos
T3 – Marcas preferidas QL – Límite a la cantidad SP – Medicamentos de especialidad CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

Lista de medicamentos con receta

ANALGÉSICOS (Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANALGÉSICOS OPIOIDES Y ANALGÉSICOS NO SALICILATOS (cont.)		
<i>oxycodone hcl/acetaminophen (Percocet)</i>	T2	PA QL
<i>prolate 10-300 mg tablet</i>	T2	PA QL
<i>prolate 5-300 mg tablet</i>	T2	PA QL
<i>prolate 7.5-300 mg tablet</i>	T2	PA QL
<i>tramadol hcl/acetaminophen</i>	T2	PA QL (12 ds/60 days)
COMBINACIÓN DE ANALGÉSICOS OPIOIDES Y ANTIINFLAMATORIOS NO ESTEROIDEOS		
<i>hydrocodone/ibuprofen</i>	T2	PA QL
COMB. DE ANALGÉSICOS OPIOIDES Y ANALGÉSICOS SALICILATOS		
<i>oxycodone hcl/aspirin</i>	T2	PA QL
COMB. DE ANALGÉSICOS OPIOIDES, NO SALICILATOS Y XANTINAS		
<i>acetaminophen/caff/dihydrocod</i>	T2	PA QL
TREZIX	T2	PA QL
ANALGÉSICOS OPIOIDES		
ABSTRAL	T4	PA QL
ACTIQ (<i>fentanyl citrate</i>)	T4	PA QL
BELBUCA	T3	ST QL (60 films/fill)
<i>buprenorphine (Butrans)</i>	T2	ST
<i>buprenorphine 150 mcg film</i>	T2	ST QL (60 films/fill)
<i>buprenorphine 300 mcg film</i>	T2	ST QL (60 films/fill)
<i>buprenorphine 450 mcg film</i>	T2	ST QL (60 films/fill)
<i>buprenorphine 600 mcg film</i>	T2	ST QL (60 films/fill)
<i>buprenorphine 75 mcg film</i>	T2	ST QL (60 films/fill)
<i>buprenorphine 750 mcg film</i>	T2	ST QL (60 films/fill)
<i>buprenorphine 900 mcg film</i>	T2	ST QL (60 films/fill)
<i>butorphanol tartrate</i>	T2	PA QL (< 18 yo 12 ds/130 days)
<i>codeine sulfate</i>	T2	PA QL
DILAUDID (<i>hydromorphone hcl</i>)	T4	PA QL
<i>fentanyl</i>	T2	ST QL (15 patches/30 days)
<i>fentanyl cit otc 1,200 mcg (Actiq)</i>	T2	PA QL
<i>fentanyl cit otc 1,600 mcg (Actiq)</i>	T2	PA QL
<i>fentanyl citrate otc 200 mcg (Actiq)</i>	T2	PA QL
<i>fentanyl citrate otc 400 mcg (Actiq)</i>	T2	PA QL
<i>fentanyl citrate otc 600 mcg (Actiq)</i>	T2	PA QL
<i>fentanyl citrate otc 800 mcg (Actiq)</i>	T2	PA QL

T1 – Genéricos preferidos T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca ST – Tratamiento escalonado HD – Puede requerir entrega a domicilio
T2 – Genéricos no preferidos PA – Autorización previa AGE – Requisito de edad PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos
T3 – Marcas preferidas QL – Límite a la cantidad SP – Medicamentos de especialidad CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

Lista de medicamentos con receta

ANALGÉSICOS (Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANALGÉSICOS OPIOIDES (cont.)		
<i>hydrocodone er 10 mg capsule</i> (Zohydro Er)	T2	ST QL(90 caps/30 days)
<i>hydrocodone er 100 mg tablet</i> (Hysingla Er)	T2	ST QL(60 tabs/30 days)
<i>hydrocodone er 120 mg tablet</i> (Hysingla Er)	T2	ST QL(60 tabs/30 days)
<i>hydrocodone er 15 mg capsule</i> (Zohydro Er)	T2	ST QL(90 caps/30 days)
<i>hydrocodone er 20 mg capsule</i> (Zohydro Er)	T2	ST QL(90 caps/30 days)
<i>hydrocodone er 20 mg tablet</i> (Hysingla Er)	T2	ST QL(60 tabs/30 days)
<i>hydrocodone er 30 mg capsule</i> (Zohydro Er)	T2	ST QL(90 caps/30 days)
<i>hydrocodone er 30 mg tablet</i> (Hysingla Er)	T2	ST QL(60 tabs/30 days)
<i>hydrocodone er 40 mg capsule</i> (Zohydro Er)	T2	ST QL(90 caps/30 days)
<i>hydrocodone er 40 mg tablet</i> (Hysingla Er)	T2	ST QL(60 tabs/30 days)
<i>hydrocodone er 50 mg capsule</i> (Zohydro Er)	T2	ST QL(90 caps/30 days)
<i>hydrocodone er 60 mg tablet</i> (Hysingla Er)	T2	ST QL(60 tabs/30 days)
<i>hydrocodone er 80 mg tablet</i> (Hysingla Er)	T2	ST QL(60 tabs/30 days)
<i>hydromorphone hcl</i>	T2	PA QL
<i>hydromorphone hcl</i>	T2	ST QL(60 tabs/30 days)
<i>hydromorphone hcl</i> (Dilaudid)	T2	PA QL
HYSINGLA ER (<i>hydrocodone bitartrate</i>)	T3	ST QL(60 tabs/30 days)
KADIAN	T4	ST QL(90 caps/30 days)
KADIAN (<i>morphine sulfate</i>)	T4	ST QL(90 caps/30 days)
LAZANDA 100 MCG NASAL SPRAY	T4	PA QL (23 units/30 days)
LAZANDA 400 MCG NASAL SPRAY	T4	PA QL (23 units/30 days)
<i>levorphanol tartrate</i>	T2	PA QL
<i>meperidine hcl</i>	T2	
<i>methadone hcl</i>	T2	ST
<i>methadone hcl</i>	T1	ST
<i>morphine sulf er 100 mg tablet</i> (Ms Contin)	T2	ST QL(120 tabs/30 days)
<i>morphine sulf er 15 mg tablet</i> (Ms Contin)	T2	ST QL(120 tabs/30 days)
<i>morphine sulf er 200 mg tablet</i> (Ms Contin)	T2	ST QL(120 tabs/30 days)
<i>morphine sulf er 30 mg tablet</i> (Ms Contin)	T2	ST QL(120 tabs/30 days)
<i>morphine sulf er 60 mg tablet</i> (Ms Contin)	T2	ST QL(120 tabs/30 days)
<i>morphine sulfate er 10 mg cap</i> (Kadian)	T2	ST QL(90 caps/30 days)
<i>morphine sulfate er 100 mg cap</i> (Kadian)	T2	ST QL(90 caps/30 days)
<i>morphine sulfate er 120 mg cap</i>	T2	ST QL(60 caps/30 days)
<i>morphine sulfate er 20 mg cap</i>	T2	ST QL(90 caps/30 days)

T1 – Genéricos preferidos T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca ST – Tratamiento escalonado HD – Puede requerir entrega a domicilio
T2 – Genéricos no preferidos PA – Autorización previa AGE – Requisito de edad PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos
T3 – Marcas preferidas QL – Límite a la cantidad SP – Medicamentos de especialidad CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

Lista de medicamentos con receta

ANALGÉSICOS (Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANALGÉSICOS OPIOIDES (cont.)		
<i>morphine sulfate er 30 mg cap</i>	T2	ST QL(60 caps/30 days)
<i>morphine sulfate er 30 mg cap</i>	T2	ST QL(90 caps/30 days)
<i>morphine sulfate er 45 mg cap</i>	T2	ST QL(60 caps/30 days)
<i>morphine sulfate er 50 mg cap (Kadian)</i>	T2	ST QL(90 caps/30 days)
<i>morphine sulfate er 60 mg cap</i>	T2	ST QL(60 caps/30 days)
<i>morphine sulfate er 60 mg cap (Kadian)</i>	T2	ST QL(90 caps/30 days)
<i>morphine sulfate er 75 mg cap</i>	T2	ST QL(60 caps/30 days)
<i>morphine sulfate er 80 mg cap (Kadian)</i>	T2	ST QL(90 caps/30 days)
<i>morphine sulfate er 90 mg cap</i>	T2	ST QL(60 caps/30 days)
MS CONTIN (<i>morphine sulfate</i>)	T4	ST QL(120 tabs/30 days)
<i>opium/belladonna alkaloids</i>	T2	PA QL
<i>oxycodone hcl</i>	T2	PA QL
<i>oxycodone hcl (Roxicodone)</i>	T2	PA QL
OXYCONTIN	T3	ST QL(90 tabs/30 days)
<i>oxymorphone hcl</i>	T2	PA QL
<i>oxymorphone hcl</i>	T2	ST QL
<i>pentazocine hcl/naloxone hcl</i>	T2	PA QL
ROXICODONE (<i>oxycodone hcl</i>)	T4	PA QL
<i>tramadol er 100 mg tablet</i>	T2	PA ST QL(30 tabs/fill)
<i>tramadol er 200 mg tablet</i>	T2	PA ST QL(30 tabs/fill)
<i>tramadol er 300 mg tablet</i>	T2	PA ST QL(30 tabs/fill)
<i>tramadol hcl er 100 mg tablet</i>	T2	PA ST QL(30 tabs/fill)
<i>tramadol hcl er 200 mg tablet</i>	T2	PA ST QL(30 tabs/fill)
<i>tramadol hcl er 300 mg tablet</i>	T2	PA ST QL(30 tabs/fill)
ANALGÉSICOS OPIOIDES Y SALICILATOS, BARBITÚRICOS Y XANTINAS		
<i>codeine/butalbital/asa/cafein</i>	T2	PA QL
ANALGÉSICOS OPIOIDES, NO SALICILATOS, BARBITÚRICOS Y XANTINAS		
<i>butalbit/acetamin/caff/codeine</i>	T2	PA QL
butalbit/acetamin/caff/codeine (Fioricet With Codeine)	T2	PA QL
FIORICET WITH CODEINE (<i>butalbit/acetamin/caff/codeine</i>)	T4	PA QL
RELAJANTES DE LOS MÚSCULOS ESQUELÉTICOS, ANALGÉSICOS SALICILATOS, OPIOIDES		
<i>carisoprodol/aspirin/codeine</i>	T2	PA QL

T1 – Genéricos preferidos

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca

ST – Tratamiento escalonad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

T2 – Genéricos no preferidos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T3 – Marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

Lista de medicamentos con receta

ANALGÉSICOS (Condiciones urinarias)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGENTES ANALGÉSICOS DE LAS VÍAS URINARIAS		
ELMIRON	T3	
RIMSO-50	T4	
ANESTÉSICOS (Varios)		
ANESTÉSICOS GENERALES, PARA INHALACIÓN		
<i>desflurane</i>	T2	
<i>isoflurane</i>	T2	
<i>sevoflurane</i> (Ultane)	T2	
SUPRANE	T4	
ULTANE (<i>sevoflurane</i>)	T4	
ANESTÉSICOS (Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)		
ANESTÉSICOS LOCALES		
<i>lidocaine hcl</i>	T2	QL(60 mls/30 days)
<i>lidocaine hcl</i>	T2	
<i>lidocaine hcl 2% jel urojet ac</i>	T2	QL(60 mls/30 days)
<i>lidocaine hcl 2% jelly</i>	T2	QL(60 mls/30 days)
<i>lidocaine hcl 2% jelly uro-jet</i>	T2	QL(60 mls/30 days)
<i>lidocaine hcl 4% solution</i>	T2	
ANESTÉSICOS LOCALES TÓPICOS		
CETACAINE ANESTHETIC	T4	
L.E.T. (LIDO-EPINEPH-TETRA)	T4	
<i>lidocaine</i> (Lidocan li)	T2	PA
<i>lidocaine 5% ointment</i>	T2	QL(50 gms/28 days)
<i>lidocaine 5% patch</i> (Lidocan li)	T2	PA
<i>lidocaine 5% patch</i> (Lidoderm)	T2	PA
<i>lidocaine hcl</i>	T2	
<i>lidocaine hcl 4% solution</i>	T2	
LIDOCAINE-EPINEPHRIN-TETRACAIN	T4	
<i>lidocaine-prilocaine cream</i>	T2	QL(30 gms/30 days)
<i>lidocaine-prilocaine cream</i>	T2	
LIDOCAN II (lidocaine)	T4	PA
SYNERA	T4	PA
ZTLIDO	T3	PA

T1 – Genéricos preferidos T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca ST – Tratamiento escalonad HD – Puede requerir entrega a domicilio
T2 – Genéricos no preferidos PA – Autorización previa AGE – Requisito de edad PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos
T3 – Marcas preferidas QL – Límite a la cantidad SP – Medicamentos de especialidad CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

Lista de medicamentos con receta

ANESTÉSICOS (Condiciones urinarias)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGENTES ANESTÉSICOS/ANALGÉSICOS DE LAS VÍAS URINARIAS (COLORANTES AZODERIVADOS)		
<i>phenazopyridine hcl (Pyridium)</i>	T2	
ANTIALÉRGICOS (Alergia/rociadores nasales)		
ESTABILIZADORES DE MASTOCITOS		
<i>cromolyn 100 mg/5 ml oral conc (Gastrocrom)</i>	T2	
GASTROCROM (<i>cromolyn sodium</i>)	T4	
ANTIARTRÍTICOS (Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)		
ANALGÉSICOS/ANTIPIRÉTICOS, SALICILATOS		
DISALCID (<i>salsalate</i>)	T4	HD
<i>salsalate (Disalcid)</i>	T2	HD
AGENTES ANTIARTRÍTICOS Y QUELANTES		
DEPEN (<i>penicillamine</i>)	T4	PA SP
<i>penicillamine (Cuprimine)</i>	T2	PA SP
<i>penicillamine (Depen)</i>	T2	PA SP
AGENTES ANTIARTRÍTICOS, ANTAGONISTAS DE LOS FOLATOS		
RASUVO	T3	ST
ANTIINFLAMATORIOS, INHIBIDORES DE LA SÍNTESIS DE PIRIMIDINAS		
ARAVA (<i>leflunomide</i>)	T4	QL(30 tabs/fill) HD
<i>leflunomide (Arava)</i>	T2	QL(30 tabs/fill) HD
ANTIINFLAMATORIOS, INHIB. DE LA FOSFODIESTERASA-4 (PDE4)		
OTEZLA 28 DAY STARTER PACK	T4	PA QL(55 tabs/365 days) SP HD
OTEZLA 30 MG TABLET	T4	PA QL(60 tabs/30 days) SP HD
COLCHICINA		
<i>colchicine 0.6 mg tablet (Colcrys)</i>	T2	HD
GLOPERBA	T4	HD
MITIGARE (<i>colchicine</i>)	T3	ST HD
SALES DE ORO		
RIDAURA	T3	
TRAT. DE LA HIPERURICEMIA - INHIBIDORES DE LA XANTINA OXIDASA		
<i>allopurinol 100 mg tablet (Zyloprim)</i>	T1	HD
<i>allopurinol 300 mg tablet (Zyloprim)</i>	T1	HD
<i>febuxostat (Uloric)</i>	T2	ST HD
ZYLOPRIM (<i>allopurinol</i>)	T4	HD

T1 – Genéricos preferidos T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca ST – Tratamiento escalonad HD – Puede requerir entrega a domicilio
T2 – Genéricos no preferidos PA – Autorización previa AGE – Requisito de edad PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos
T3 – Marcas preferidas QL – Límite a la cantidad SP – Medicamentos de especialidad CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

Lista de medicamentos con receta

ANTIARTRÍTICOS (Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
INHIBIDORES DE LA QUINASA DE JANUS (JAK)		
RINVOQ ER 15 MG TABLET	T4	PA QL(30 tabs/fill) SP HD
RINVOQ ER 30 MG TABLET	T4	PA QL(30 tabs/fill) SP HD
RINVOQ ER 45 MG TABLET	T4	PA ST QL(56 tabs/365 days) SP HD
XELJANZ 1 MG/ML SOLUTION	T4	PA QL(300 mls/fill) SP HD
XELJANZ 10 MG TABLET	T4	PA QL(60 tabs/fill) SP HD
XELJANZ 5 MG TABLET	T4	PA QL(60 tabs/fill) SP HD
XELJANZ XR	T4	PA QL(30 tabs/fill) SP HD
COMB. DE ANTIINFLAM. NO ESTEROIDEOS Y ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE LA HISTAMINA H2		
DUEXIS (<i>ibuprofen/famotidine</i>)	T4	ST HD
<i>ibuprofen/famotidine</i> (Duexis)	T2	ST HD
COMB. CONTRAIRRITANTE DE ANTIINFLAMATORIO NO ESTEROIDEO Y RUBEFACIENTE TÓPICO		
COMFORT PAC-IBUPROFEN	T4	
COMFORT PAC-MELOXICAM	T4	
COMFORT PAC-NAPROXEN	T4	
ANTIINFLAMATORIOS NO ESTEROIDEOS, DEL TIPO DE INHIBIDORES DE LA COX E INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES		
<i>naproxen/esomeprazole mag</i> (Vimovo)	T2	ST HD
ANTIINFLAMATORIOS NO ESTEROIDEOS (INHIB. NO ESPECÍFICOS DE LA COX) Y ANÁLOGOS DE LA PROSTAGLANDINA		
ARTHROTEC 50 (<i>diclofenac sodium/misoprostol</i>)	T4	ST HD
ARTHROTEC 75 (<i>diclofenac sodium/misoprostol</i>)	T4	ST HD
<i>diclofenac sodium/misoprostol</i> (Arthrotec 50)	T2	HD
<i>diclofenac sodium/misoprostol</i> (Arthrotec 75)	T2	HD
ANTIINFLAM. NO ESTEROIDEOS, ANALGÉSICOS DEL TIPO DE INHIBIDORES DE LA CICLOOXIGENASA		
ANAPROX DS (<i>naproxen sodium</i>)	T4	ST HD
DAYPRO (<i>oxaprozin</i>)	T4	ST HD
<i>diclofenac sod dr 25 mg tab</i>	T2	HD
<i>diclofenac sod dr 50 mg tab</i>	T2	HD
<i>diclofenac sod dr 75 mg tab</i>	T2	HD
<i>diclofenac sod ec 25 mg tab</i>	T2	HD
<i>diclofenac sod ec 50 mg tab</i>	T2	HD
<i>diclofenac sod ec 75 mg tab</i>	T2	HD
<i>diclofenac sodium</i>	T2	HD
EC-NAPROSYN (<i>naproxen</i>)	T4	ST HD
<i>etodolac</i>	T2	HD
<i>etodolac</i> (Lodine)	T2	HD

T1 – Genéricos preferidos T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca ST – Tratamiento escalonado HD – Puede requerir entrega a domicilio
T2 – Genéricos no preferidos PA – Autorización previa AGE – Requisito de edad PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos
T3 – Marcas preferidas QL – Límite a la cantidad SP – Medicamentos de especialidad CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

Lista de medicamentos con receta

ANTIARTRÍTICOS (Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIINFLAM. NO ESTEROIDEOS, ANALGÉSICOS DEL TIPO DE INHIBIDORES DE LA CICLOOXIGENASA (cont.)		
FELDENE (<i>piroxicam</i>)	T4	ST HD
<i>fenoprofen 400 mg capsule</i> (Nalfon)	T2	ST HD
<i>fenoprofen 600 mg tablet</i> (Nalfon)	T2	ST HD
<i>flurbiprofen</i>	T2	HD
<i>ibuprofen</i>	T1	HD
<i>ibuprofen</i>	T2	HD
<i>indomethacin</i>	T2	HD
<i>indomethacin 25 mg capsule</i>	T2	HD
<i>indomethacin 25 mg/5 ml susp</i>	T2	HD
<i>indomethacin 50 mg capsule</i>	T2	HD
<i>ketoprofen</i>	T2	ST HD
<i>ketoprofen 25 mg capsule</i>	T2	ST HD
<i>ketoprofen 50 mg capsule</i>	T2	HD
<i>ketoprofen 75 mg capsule</i>	T2	HD
<i>ketoprofen er 200 mg capsule</i>	T2	ST HD
LODINE (<i>etodolac</i>)	T4	ST HD
<i>meclufenamate sodium</i>	T2	HD
<i>meloxicam 10 mg capsule</i> (Vivlodex)	T2	ST QL(30 caps/fill) HD
<i>meloxicam 5 mg capsule</i> (Vivlodex)	T2	ST QL(30 caps/fill) HD
MOBIC (<i>meloxicam</i>)	T4	ST QL(30 tabs/fill) HD
<i>nabumetone</i> (Relafen)	T2	HD
NALFON 600 MG TABLET (<i>fenoprofen calcium</i>)	T4	ST HD
NAPRELAN	T4	ST HD
NAPRELAN (<i>naproxen sodium</i>)	T4	ST HD
NAPROSYN (<i>naproxen</i>)	T4	ST HD
<i>naproxen</i> (Ec-Naprosyn)	T2	HD
<i>naproxen 125 mg/5 ml suspen</i> (Naprosyn)	T2	ST HD
<i>naproxen 250 mg tablet</i>	T1	HD
<i>naproxen 375 mg tablet</i>	T1	HD
<i>naproxen 500 mg kit</i> (Naprosyn)	T1	HD
<i>naproxen 500 mg tablet</i> (Naprosyn)	T1	HD
<i>naproxen dr 375 mg tablet</i> (Ec-Naprosyn)	T2	HD
<i>naproxen dr 500 mg tablet</i> (Ec-Naprosyn)	T2	HD
<i>naproxen er 750mg tablet</i>	T2	ST

T1 – Genéricos preferidos

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

T2 – Genéricos no preferidos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T3 – Marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

Lista de medicamentos con receta

ANTIARTRÍTICOS (Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIINFLAM. NO ESTEROIDEOS, ANALGÉSICOS DEL TIPO DE INHIBIDORES DE LA CICLOOXIGENASA (cont.)		
<i>naproxen sodium</i>	T2	ST HD
<i>naproxen sodium</i>	T2	HD
<i>naproxen sodium</i> (Anaprox Ds)	T2	HD
<i>naproxen sodium</i> (Naprelan)	T2	ST HD
<i>oxaprozin 600 mg caplet</i> (Daypro)	T2	HD
<i>oxaprozin 600 mg tablet</i> (Daypro)	T2	HD
<i>piroxicam</i> (Feldene)	T2	HD
RELAFEN (<i>nabumetone</i>)	T4	ST HD
<i>sulindac</i>	T1	HD
<i>tolmetin sodium 200 mg tab</i>	T2	HD
<i>tolmetin sodium 400 mg cap</i>	T2	ST HD
<i>tolmetin sodium 600 mg tab</i>	T2	ST HD
ANTIINFLAM. NO ESTEROIDEOS, INHIBIDOR SELECTIVO DE LA CICLOOXIGENASA-2 (COX-2)		
<i>celecoxib</i>	T2	HD
AGENTES URICOSÚRICOS		
<i>probenecid</i>	T2	HD
<i>probenecid/colchicine</i>	T2	HD
ANTIASMÁTICOS (Asma/EPOC/condiciones respiratorias)		
INHIBIDORES DE LA 5-LIPOXIGENASA		
<i>zileuton</i>	T2	PA HD
ZYFLO	T4	PA HD
ANTICOLINÉRGICOS, DE INHALACIÓN ORAL, ACCIÓN PROLONGADA		
LONHALA MAGNAIR REFILL	T4	QL(60 mls/fill) HD
LONHALA MAGNAIR STARTER	T4	QL(60 mls/fill) HD
SPIRIVA HANDIHALER 18 MCG CAP	T3	QL(30 caps/fill) HD
SPIRIVA HANDIHALER 18 MCG CAP	T3	QL(90 caps/fill) HD
SPIRIVA HANDIHALER 18 MCG CAP	T3	QL(5 caps/fill) HD
SPIRIVA RESPIMAT	T3	QL(1 inhaler/fill) HD
YUPELRI	T3	QL(30 vls/fill) HD
ANTICOLINÉRGICOS, DE INHALACIÓN ORAL, ACCIÓN RÁPIDA		
ATROVENT HFA	T4	QL(2 inhalers/fill) HD
<i>ipratropium br 0.02% soln</i>	T2	HD
AGENTES ADRENÉRGICOS BETA		
<i>albuterol sulf 2 mg/5 ml syrup</i>	T2	HD

T1 – Genéricos preferidos

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca

ST – Tratamiento escalonad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

T2 – Genéricos no preferidos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T3 – Marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

Lista de medicamentos con receta

ANTIASMÁTICOS (Asma/EPOC/condiciones respiratorias) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGENTES ADRENÉRGICOS BETA (cont.)		
<i>albuterol sulfate 2 mg tab</i>	T2	HD
<i>albuterol sulfate 4 mg tab</i>	T2	HD
<i>albuterol sulfate er 4 mg tab</i>	T2	HD
<i>albuterol sulfate er 8 mg tab</i>	T2	HD
<i>metaproterenol sulfate</i>	T2	HD
<i>terbutaline sulfate</i>	T2	HD
AGENTES ADRENÉRGICOS BETA, INHALADOS, ACCIÓN RÁPIDA		
<i>albuterol 100 mg/20 ml soln</i>	T2	
<i>albuterol 2.5 mg/0.5 ml sol</i>	T2	
<i>albuterol 5 mg/ml solution</i>	T2	
<i>albuterol 15 mg/3 ml solution</i>	T2	
<i>albuterol 75 mg/15 ml soln</i>	T2	
<i>albuterol hfa 90 mcg inhaler (Proair Hfa)</i>	T2	QL(2 inhalers/fill)
<i>albuterol hfa 90 mcg inhaler (Proventil Hfa)</i>	T2	QL(2 inhalers/fill)
<i>albuterol sul 0.63 mg/3 ml sol</i>	T2	
<i>albuterol sul 1.25 mg/3 ml sol</i>	T2	
<i>albuterol sul 2.5 mg/3 ml soln</i>	T2	
<i>levalbuterol hcl (Xopenex Concentrate)</i>	T2	
<i>levalbuterol hcl (Xopenex)</i>	T2	
XOPENEX (<i>levalbuterol hcl</i>)	T4	
XOPENEX CONCENTRATE (<i>levalbuterol hcl</i>)	T4	
AGENTES ADRENÉRGICOS BETA, INHALADOS, ACCIÓN ULTRA PROLONGADA		
STRIVERDI RESPIMAT	T3	QL(1 inhaler/30 days) HD
AGENTES ADRENÉRGICOS BETA, INHALADOS POR VÍA ORAL, ACCIÓN PROLONGADA		
<i>arformoterol tartrate (Brovana)</i>	T2	QL(120 mls/fill) HD
BROVANA (<i>arformoterol tartrate</i>)	T4	QL(120 mls/fill) HD
<i>formoterol fumarate (Perforomist)</i>	T2	QL(120 mls/fill) HD
COMBO DE ADRENÉRGICOS BETA Y ANTICOLINÉRGICOS, INHALADOS		
ANORO ELLIPTA	T3	QL(1 inhaler/fill) HD
COMBIVENT INHALER	T3	
COMBIVENT RESPIMAT	T3	QL(2 inhalers/fill) HD
<i>ipratropium/albuterol sulfate</i>	T2	
SEEBRI NEOHALER 15.6MCG INHALER	T4	HD
STIOLTO RESPIMAT	T3	QL(1 inhaler/fill) HD

T1 – Genéricos preferidos

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

T2 – Genéricos no preferidos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T3 – Marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

Lista de medicamentos con receta

ANTIASMÁTICOS (Asma/EPOC/condiciones respiratorias) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
COMBO DE ADRENÉRGICOS BETA Y ANTICOLINÉRGICOS, INHALADOS (cont.)		
UTIBRON NEOHALER 27.5, 15.6 MCG (PS 60)	T4	HD
UTIBRON NEOHALER 27.5, 15.6MCG (PS 6)	T4	HD
COMBO DE ADRENÉRGICOS BETA Y GLUCOCORTICOIDES, INHALADOS		
ADVAIR DISKUS (<i>fluticasone propion/salmeterol</i>)	T4	PA QL(1 inhaler/fill) HD
ADVAIR HFA	T3	PA QL(1 inhaler/fill) HD
AIRDUO DIGIHALER	T4	PA QL(1 inhaler/fill) HD
AIRSUPRA	T3	HD
BREO ELLIPTA 50-25 MCG INHALER	T3	PA QL(60 blisters/fill) HD
BREO ELLIPTA 100-25 MCG INH	T3	PA QL(60 blisters/fill) HD
BREO ELLIPTA 100-25 MCG INH	T3	PA QL(28 blisters/fill) HD
BREO ELLIPTA 200-25 MCG INH	T3	PA QL(1 inhaler/fill) HD
<i>breyna 80-4.mcg, 160-4.5 mcg inhaler</i>	T2	PA
<i>budesonide-formoterol 160-4.5, 80-4.5</i>	T2	PA HD QL (1 inhaler/30 days)
DULERA 100 MCG-5 MCG INHALER	T3	PA QL(1 inhaler/fill) HD
DULERA 200 MCG-5 MCG INHALER	T3	PA QL(1 inhaler/fill) HD
DULERA 50 MCG-5 MCG INHALER	T3	PA QL(13 gms/fill) HD
<i>fluticasone propion/salmeterol (Advair Diskus)</i>	T2	PA QL(1 inhaler/fill) HD
<i>fluticasone-salmeterol 100-50 (Advair Diskus)</i>	T2	PA QL(1 inhaler/fill) HD
<i>fluticasone-salmeterol 250-50 (Advair Diskus)</i>	T2	PA QL(1 inhaler/fill) HD
<i>fluticasone-salmeterol 500-50 (Advair Diskus)</i>	T2	PA QL(1 inhaler/fill) HD
SYMBICORT (<i>budesonide/formoterol fumarate</i>)	T4	PA QL(1 inhaler/30 days) HD
ADRENÉRGICOS BETA-ANTICOLINÉRGICOS-GLUCOCORT., INHALADOS		
BREZTRI AEROSPHERE	T3	QL(1 inhaler/fill)
TRELEGY ELLIPTA 100-62.5-25	T3	QL(60 blisters/fill)
TRELEGY ELLIPTA 100-62.5-25	T3	QL(28 blisters/fill)
TRELEGY ELLIPTA 200-62.5-25	T3	QL(60 blisters/fill)
TRELEGY ELLIPTA 200-62.5-25	T3	QL(28 blisters/fill)
GLUCOCORTICOIDES, PARA INHALACIÓN ORAL		
ALVESCO 160 MCG INHALER	T4	QL(2 inhalers/fill) HD
ALVESCO 80 MCG INHALER	T4	QL(1 inhaler/fill) HD
ARNUITY ELLIPTA 100 MCG INH	T3	QL(1 inhaler/fill) HD
ARNUITY ELLIPTA 200 MCG INH	T3	QL(1 inhaler/fill) HD
ARNUITY ELLIPTA 50 MCG INH	T3	QL(30 blisters/fill) HD

T1 – Genéricos preferidos

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca

ST – Tratamiento escalonad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

T2 – Genéricos no preferidos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T3 – Marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

Lista de medicamentos con receta

ANTIASMÁTICOS (Asma/EPOC/condiciones respiratorias) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
GLUCOCORTICOIDES, PARA INHALACIÓN ORAL (cont.)		
ASMANEX	T3	QL(1 inhaler/fill) HD
ASMANEX HFA 100 MCG INHALER	T3	QL(1 inhaler/fill) HD
ASMANEX HFA 200 MCG INHALER	T3	QL(1 inhaler/fill) HD
ASMANEX HFA 50 MCG INHALER	T3	QL(13 gms/fill) HD
<i>budesonide 0.25 mg/2 ml susp</i> (Pulmicort)	T2	
<i>budesonide 0.5 mg/2 ml susp</i> (Pulmicort)	T2	
<i>budesonide 1 mg/2 ml inh susp</i> (Pulmicort)	T2	QL(60 mls/fill) HD
FLOVENT 100 MCG DISKUS	T3	QL(1 inhaler/fill) HD
FLOVENT 250 MCG DISKUS	T3	QL(4 inhalers/fill) HD
FLOVENT 50 MCG DISKUS	T3	QL(1 inhaler/fill) HD
FLOVENT HFA 110 MCG INHALER	T3	QL(12 gms/fill) HD
FLOVENT HFA 220 MCG INHALER	T3	QL(24 gms/fill) HD
FLOVENT HFA 44 MCG INHALER	T3	QL(11 gms/fill) HD
QVAR REDHALER 40 MCG	T3	QL(11 gms/fill) HD
QVAR REDHALER 80 MCG	T3	QL(22 gms/fill) HD
ANTAGONISTAS DE LA INTERLEUCINA-5 (IL-5), ANTICUERPOS MONOCLONALES		
NUCALA 100 MG/ML AUTO-INJECTOR	T4	PA QL(1 auto-inj/28 days) SP HD
NUCALA 100 MG/ML SYRINGE	T4	PA QL(1 syringe/28 days) SP HD
NUCALA 40 MG/0.4 ML SYRINGE	T4	PA QL(1 syringe/28 days) SP HD
ANTAGONISTAS ALFA DE LOS RECEPTORES DE INTERLEUCINA-5 (IL-5), ANTICUERPOS MONOCLONALES		
FASENRA PEN	T4	PA QL(1 syringe/56 days) SP HD
ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE LEUCOTRIENOS		
ACCOLATE (<i>zafirlukast</i>)	T4	HD
<i>montelukast sodium</i> (Singulair)	T2	HD
<i>zafirlukast</i> (Accolate)	T2	HD
ESTABILIZADORES DE MASTOCITOS, INHALADOS ORALMENTE		
<i>cromolyn 20 mg/2 ml neb soln</i>	T2	HD
ANTICUERPOS MONOCLONALES A LA INMUNOGLOBULINA E (IGE)		
XOLAIR 75 MG/0.5 ML SYRINGE	T4	PA QL(2 syringes/28 days) SP HD
XOLAIR 150 MG/1.2 ML POWDER VL	T4	PA QL(6 vls/28 days) SP HD
XOLAIR 150 MG/ML SYRINGE	T4	PA QL(4 syringes/28 days) SP HD
XOLAIR 300 MG/2 ML SYRINGE	T4	PA SP HD
MUCOLÍTICOS		
<i>acetylcysteine</i>	T2	

T1 – Genéricos preferidos

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

T2 – Genéricos no preferidos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T3 – Marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

Lista de medicamentos con receta

ANTIASMÁTICOS (Asma/EPOC/condiciones respiratorias) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
INHIBIDORES DE LA FOSFODIESTERASA-4 (PDE4)		
<i>roflumilast 250 mcg tablet</i> (Daliresp)	T2	PA QL(30 tabs/fill) HD
<i>roflumilast 500 mcg tablet</i> (Daliresp)	T2	PA HD
XANTINAS		
ELIXOPHYLLIN	T4	HD
THEO-24	T4	HD
<i>theophylline anhydrous</i>	T2	HD

ANTIBIÓTICOS (Medicamentos para los oídos)

PREPARACIONES ÓTICAS, ANTIBIÓTICAS

<i>ciprofloxacin hcl</i>	T2	
CORTISPORIN-TC	T4	
<i>neomycin/polymyxin b/hydrocort</i>	T2	
<i>ofloxacin</i>	T2	
OTIPRIO	T4	QL(1 ml/fill)

PREPARACIONES ÓTICAS, ANTIBIÓTICOS ANTIINFLAMATORIOS

CIPRODEX (<i>ciprofloxacin hcl/dexameth</i>)	T4	
<i>ciprofloxacin hcl/dexameth</i> (Ciprodex)	T2	
OTOVEL	T4	

ANTIBIÓTICOS (Condiciones oculares)

COMBINACIONES DE ANTIBIÓTICOS PARA LOS OJOS Y GLUCOCORTICOIDES

GATIFLOXACIN-DEXAMETHASONE	T4	
MAXITROL (<i>neomycin/polymyxin b/dexametha</i>)	T4	
<i>neomycin/bacit/p-myx/hydrocort</i>	T2	
<i>neomycin/polymyxin b/dexametha</i> (Maxitrol)	T2	
<i>neomycin/polymyxin b/hydrocort</i>	T2	
PRED-G	T4	
PREDNISOLONE ACET-GATIFLOXACIN	T4	
PREDNISOLONE ACET-MOXIFLOXACIN	T4	
PREDNISOLONE PHOS-GATIFLOXACIN	T4	
PREDNISOLONE PHOS-MOXIFLOXACIN	T4	
TOBRADEX	T4	
TOBRADEX (<i>tobramycin/dexamethasone</i>)	T4	
<i>tobramycin/dexamethasone</i> (Tobradex)	T2	

T1 – Genéricos preferidos T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca ST – Tratamiento escalonado HD – Puede requerir entrega a domicilio
T2 – Genéricos no preferidos PA – Autorización previa AGE – Requisito de edad PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos
T3 – Marcas preferidas QL – Límite a la cantidad SP – Medicamentos de especialidad CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

Lista de medicamentos con receta

ANTIBIÓTICOS (Condiciones oculares) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
COMBINACIONES DE ANTIBIÓTICOS PARA LOS OJOS, GLUCOCORTICOIDES Y ANTIINFLAM. NO ESTEROIDEOS		
PREDNISOLONE ACET-GATIFLO-BROM	T4	
PREDNISOLONE AC-MOXIFLOX-BROMF	T4	
PREDNISOLONE AC-MOXIFLOX-NEPAF	T4	
PREDNISOLONE PHOS-GATIFLO-BROM	T4	
PREDNISOLONE PHOS-MOXIFLO-BROM	T4	
SULFONAMIDAS PARA LOS OJOS		
BLEPH-10 (<i>sulfacetamide sodium</i>)	T4	
BLEPHAMIDE S.O.P.	T4	
<i>sulfacetamide sodium</i>	T2	
<i>sulfacetamide sodium</i> (Bleph-10)	T2	
<i>sulfacetamide/prednisolone sp</i>	T2	
ANTIBIÓTICOS OFTÁLMICOS		
AZASITE	T3	
<i>bacitracin</i>	T2	
<i>bacitracin/polymyxin b sulfate</i>	T2	
CEFUROXIME SODIUM-0.9% NACL	T4	PA
CILOXAN 0.3% EYE DROPS (<i>ciprofloxacin hcl</i>)	T4	
<i>ciprofloxacin hcl</i> (Ciloxan)	T2	
<i>erythromycin base</i>	T2	
<i>gatifloxacin</i> (Zymaxid)	T2	
<i>gentamicin 0.3% eye drop</i>	T2	
<i>gentamicin sulfate</i>	T2	
KLARITY-A(AZITHROMYCIN-CHONDR)	T4	
<i>levofloxacin</i>	T2	
<i>moxifloxacin</i>	T2	
<i>moxifloxacin</i> (Vigamox)	T2	
<i>neomycin/bacitracin/polymyxinb</i>	T2	
<i>neomycin/polymyxn b/gramicidin</i>	T2	
OCUFLOX (<i>ofloxacin</i>)	T4	
<i>ofloxacin</i> (Ocuflor)	T2	
<i>polymyxin b sulf/trimethoprim</i> (Polytrim)	T2	
POLYTRIM (<i>polymyxin b sulf/trimethoprim</i>)	T4	
<i>tobramycin 0.3% eye drop</i> (Tobrex)	T2	
TOBREX	T4	

T1 – Genéricos preferidos

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

T2 – Genéricos no preferidos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T3 – Marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

Lista de medicamentos con receta

ANTIBIÓTICOS (Condiciones oculares) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIBIÓTICOS OFTÁLMICOS (cont.)		
TOBEX (tobramycin)	T4	
VIGAMOX (moxifloxacin hcl)	T4	
ZYMAXID (gatifloxacin)	T4	
ANTIBIÓTICOS (Infecciones)		
ANTIPROTOZOARIOS ANAERÓBICOS DE 2.ª GENERACIÓN-ANTIBACTERIANOS		
SOLOSEC	T3	QL(1 pack/fill)
AGENTES ANTIBACTERIANOS TIPO SULFONAMIDAS ABSORBIBLES		
BACTRIM (sulfamethoxazole/trimethoprim)	T4	
BACTRIM DS (sulfamethoxazole/trimethoprim)	T4	
sulfadiazine	T2	
sulfamethoxazole/trimethoprim	T2	
sulfamethoxazole/trimethoprim (Bactrim Ds)	T1	
sulfamethoxazole/trimethoprim (Bactrim)	T1	
ANTIBIÓTICOS AMINOGLUCÓSIDOS		
ARIKAYCE	T4	PA SP
BETHKIS (tobramycin)	T4	PA QL(224 mls/fill) SP HD
gentamicin 20 mg/2 ml vial	T2	PA
gentamicin 80 mg/2 ml vial	T2	PA
gentamicin 800 mg/20 ml vial	T2	PA
gentamicin ped 20 mg/2 ml vial	T2	PA
KITABIS PAK	T4	PA QL(280 mls/fill) SP HD
neomycin sulfate	T2	
TOBI PODHALER	T4	PA QL(224 caps/fill) SP HD
tobramycin 300 mg/4 ml ampule (Bethkis)	T2	PA QL(224 mls/fill) SP HD
tobramycin 300 mg/5 ml ampule (Tobi)	T2	PA QL(280 mls/fill) SP HD
TOBRAMYCIN PAK 300 MG/5 ML	T4	PA QL(280 mls/fill) SP HD
tobramycin sulfate	T2	PA
AGENTES ANTIBACTERIANOS-ANTIPROTOZOARIOS ANAERÓBICOS		
FLAGYL (metronidazole)	T4	
metronidazole (Flagyl)	T2	
ANTIBIÓTICOS, ANTIBACTERIANOS, VARIOS		
fosfomicin tromethamine	T2	
HIPREX (methenamine hippurate)	T4	
meth/meblue/sod phos/psal/hyos	T2	

T1 – Genéricos preferidos T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca ST – Tratamiento escalonado HD – Puede requerir entrega a domicilio
T2 – Genéricos no preferidos PA – Autorización previa AGE – Requisito de edad PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos
T3 – Marcas preferidas QL – Límite a la cantidad SP – Medicamentos de especialidad CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

Lista de medicamentos con receta

ANTIBIÓTICOS (Infecciones) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIBIÓTICOS, ANTIBACTERIANOS, VARIOS (cont.)		
<i>methen/mblue/sal/sod phos/hyos</i>	T2	
<i>methenam/m.blue/salicyl/hyoscy</i> (Uribel Tabs)	T2	
<i>methenam/sod phos/mblue/hyoscy</i>	T2	
<i>methenamine hippurate</i> (Hiprex)	T2	
<i>methenamine mandelate</i>	T2	
PRIMSOL	T4	
<i>trimethoprim</i>	T2	
TRIMPEX	T4	
URELLE	T4	
URIBEL	T4	
URIBEL TABS (<i>methenam/m.blue/salicyl/hyoscy</i>)	T4	
ANTILEPROSOS		
<i>dapsone</i>	T2	
THALOMID 100 MG CAPSULE	T4	PA QL(30 caps/fill) SP HD
THALOMID 150 MG CAPSULE	T4	PA QL(60 caps/fill) SP HD
THALOMID 200 MG CAPSULE	T4	PA QL(60 caps/fill) SP HD
THALOMID 50 MG CAPSULE	T4	PA QL(30 caps/fill) SP HD
AGENTES ANTIMICOBACTERIANOS		
<i>ethambutol hcl</i>	T2	HD
<i>ethambutol hcl</i> (Myambutol)	T2	HD
<i>isoniazid</i>	T2	HD
MYAMBUTOL (<i>ethambutol hcl</i>)	T4	HD
MYCOBUTIN (<i>rifabutin</i>)	T4	HD
PASER	T4	HD
<i>pyrazinamide</i>	T2	HD
<i>rifabutin</i> (Mycobutin)	T2	HD
TRECTOR	T4	HD
ANTIBIÓTICOS ANTITUBERCULOSOS		
CYCLOSERINE	T4	
PRETOMANID	T4	PA
PRIFTIN	T3	
<i>rifampin</i>	T2	
SIRTURO	T4	PA SP

T1 – Genéricos preferidos

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

T2 – Genéricos no preferidos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T3 – Marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

Lista de medicamentos con receta

ANTIBIÓTICOS (Infecciones) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
BETALACTAMASAS		
CAYSTON	T4	PA QL(84 mls/fill) SP HD
ANTIBIÓTICOS CEFALOSPORINAS - 1.º GENERACIÓN		
<i>cefadroxil</i>	T2	
<i>cephalexin</i>	T2	
ANTIBIÓTICOS CEFALOSPORINAS - 2.º GENERACIÓN		
<i>cefaclor</i>	T2	
<i>cefprozil</i>	T2	
<i>cefuroxime axetil</i>	T2	
ANTIBIÓTICOS CEFALOSPORINAS - 3.º GENERACIÓN		
<i>cefdinir</i>	T2	
<i>cefditoren pivoxil</i>	T2	
<i>cefditoren pivoxil</i> (Spectracef)	T2	
<i>cefixime</i> (Suprax)	T2	
<i>cefpodoxime proxetil</i>	T2	
<i>ceftriaxone sodium</i>	T2	PA
SPECTRACEF (<i>cefditoren pivoxil</i>)	T4	
SUPRAX (<i>cefixime</i>)	T4	
ANTIBIÓTICOS LINCOSAMIDAS		
CLEOCIN HCL (<i>clindamycin hcl</i>)	T4	
CLEOCIN PEDIATRIC (<i>clindamycin palmitate hcl</i>)	T4	
<i>clindamycin hcl</i> (Cleocin Hcl)	T2	
<i>clindamycin palmitate hcl</i> (Cleocin Pediatric)	T2	
ANTIBIÓTICOS MACRÓLIDOS		
<i>azithromycin</i>	T2	
<i>azithromycin</i> (Zithromax Tri-Pak)	T2	
<i>azithromycin</i> (Zithromax)	T2	
<i>clarithromycin</i>	T2	
DIFICID 200 MG TABLET	T4	QL(20 tabs/fill)
DIFICID 40 MG/ML SUSPENSION	T4	QL(1 bottle/fill)
E.E.S. 200 (<i>erythromycin ethylsuccinate</i>)	T4	
ERYPED 200 (<i>erythromycin ethylsuccinate</i>)	T4	
ERYPED 400 (<i>erythromycin ethylsuccinate</i>)	T4	
<i>ery-tab dr 250 mg tablet</i>	T2	
<i>ery-tab dr 333 mg tablet</i>	T2	

T1 – Genéricos preferidos

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

T2 – Genéricos no preferidos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T3 – Marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

Lista de medicamentos con receta

ANTIBIÓTICOS (Infecciones) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIBIÓTICOS MACRÓLIDOS (cont.)		
ERY-TAB DR 500 MG TABLET (<i>erythromycin base</i>)	T4	
<i>erythromycin base</i>	T2	
<i>erythromycin base</i> (Ery-Tab)	T2	
<i>erythromycin ethylsuccinate</i>	T2	
<i>erythromycin ethylsuccinate</i> (E.E.S. 200)	T2	
<i>erythromycin ethylsuccinate</i> (Eryped 200)	T2	
<i>erythromycin ethylsuccinate</i> (Eryped 400)	T2	
<i>erythromycin stearate</i>	T2	
ZITHROMAX (<i>azithromycin</i>)	T4	
ZITHROMAX TRI-PAK (<i>azithromycin</i>)	T4	
AGENTES ANTIBACTERIANOS DERIVADOS DE NITROFURANOS		
FURADANTIN (<i>nitrofurantoin</i>)	T4	
MACROBID (<i>nitrofurantoin monohyd/m-cryst</i>)	T4	
MACRODANTIN (<i>nitrofurantoin macrocrystal</i>)	T4	
<i>nitrofurantoin</i> (Furadantin)	T2	
<i>nitrofurantoin macrocrystal</i> (Macrodantin)	T2	
<i>nitrofurantoin monohyd/m-cryst</i> (Macrobid)	T2	
ANTIBIÓTICOS OXAZOLIDINONAS		
<i>linezolid</i> (Zyvox)	T2	PA
ZYVOX (<i>linezolid</i>)	T4	PA
ANTIBIÓTICOS DE PENICILINA		
<i>amoxicillin</i>	T2	
<i>amoxicillin/potassium clav</i>	T2	
<i>amoxicillin/potassium clav</i> (Augmentin Xr)	T2	
<i>amoxicillin/potassium clav</i> (Augmentin)	T2	
<i>ampicillin trihydrate</i>	T2	
AUGMENTIN 125-31.25 MG/5 ML	T3	
AUGMENTIN 250-62.5 MG/5 ML (<i>amoxicillin/potassium clav</i>)	T4	
AUGMENTIN XR (<i>amoxicillin/potassium clav</i>)	T4	
<i>dicloxacillin sodium</i>	T2	
MOXATAG	T4	
<i>penicillin v potassium</i>	T2	
DERIVADOS DE LA PLEUROMUTILINA		
XENLETA	T4	

T1 – Genéricos preferidos

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca

ST – Tratamiento escalonad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

T2 – Genéricos no preferidos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T3 – Marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

Lista de medicamentos con receta

ANTIBIÓTICOS (Infecciones) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIBIÓTICOS DE QUINOLONAS		
BAXDELA	T3	QL(28 tabs/fill)
CIPRO (<i>ciprofloxacin hcl</i>)	T4	
CIPRO (<i>ciprofloxacin</i>)	T4	
<i>ciprofloxacin</i> (Cipro)	T2	
<i>ciprofloxacin hcl</i>	T1	
<i>ciprofloxacin hcl</i> (Cipro)	T1	
FACTIVE	T4	
<i>levofloxacin</i>	T2	
<i>moxifloxacin hcl</i>	T2	
<i>ofloxacin</i>	T2	
RIFAMICINAS Y ANTIBIÓTICOS DERIVADOS AFINES		
AEMCOLO	T4	QL(12 tabs/fill)
XIFAXAN 200 MG TABLET	T3	QL(9 tabs/fill)
XIFAXAN 550 MG TABLET	T3	QL(60 tabs/fill)
ANTIBIÓTICOS DE TETRACICLINA		
ACTICLATE (<i>doxycycline hyclate</i>)	T4	ST
AVIDOXY DK	T4	ST
<i>demeclocycline hcl</i>	T2	
<i>doxycycline 25 mg/5 ml susp</i> (Vibramycin)	T2	
<i>doxycycline 50 mg tablet</i> (Targadox)	T2	ST
<i>doxycycline hyc dr 100 mg tab</i>	T2	ST
<i>doxycycline hyc dr 150 mg tab</i>	T2	ST
<i>doxycycline hyc dr 200 mg tab</i> (Doryx)	T2	ST
<i>doxycycline hyc dr 50 mg tab</i> (Doryx)	T2	ST
<i>doxycycline hyc dr 75 mg tab</i>	T2	ST
<i>doxycycline hyclate 100 mg cap</i> (Vibramycin)	T2	
<i>doxycycline hyclate 100 mg tab</i> (Lymepak)	T2	
<i>doxycycline hyclate 150 mg tab</i> (Acticlate)	T2	ST
<i>doxycycline hyclate 50 mg cap</i>	T2	
<i>doxycycline hyclate 75 mg tab</i> (Acticlate)	T2	ST
<i>doxycycline mono 100 mg cap</i> (Monodox)	T2	
<i>doxycycline mono 100 mg tablet</i>	T2	
<i>doxycycline mono 150 mg cap</i>	T2	ST
<i>doxycycline mono 150 mg tablet</i>	T2	

T1 – Genéricos preferidos T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca ST – Tratamiento escalonado HD – Puede requerir entrega a domicilio
T2 – Genéricos no preferidos PA – Autorización previa AGE – Requisito de edad PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos
T3 – Marcas preferidas QL – Límite a la cantidad SP – Medicamentos de especialidad CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

Lista de medicamentos con receta

ANTIBIÓTICOS (Infecciones) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIBIÓTICOS DE TETRACICLINA (cont.)		
<i>doxycycline mono 50 mg cap</i> (Monodox)	T2	
<i>doxycycline mono 50 mg tablet</i>	T2	
<i>doxycycline mono 75 mg capsule</i> (Monodox)	T2	
<i>doxycycline mono 75 mg tablet</i>	T2	
<i>doxycycline monohydrate</i>	T2	
<i>doxycycline monohydrate</i> (Monodox)	T2	
LYMEPAK (<i>doxycycline hyclate</i>)	T4	
<i>minocycline hcl</i>	T2	
<i>minocycline hcl</i>	T2	ST
<i>minocycline hcl</i> (Solodyn)	T2	ST
MINOLIRA ER	T4	ST
MONODOX (<i>doxycycline monohydrate</i>)	T4	ST
<i>morgidox 100 mg capsule</i> (Vibramycin)	T2	
MORGIDOX 1X100 MG KIT	T4	ST
MORGIDOX 1X50 MG KIT	T4	ST
MORGIDOX 2X100 MG KIT	T4	ST
<i>morgidox 50 mg capsule</i>	T2	
NUZYRA	T4	QL(30 tabs/30 days) SP
SEYSARA	T4	ST
SOLODYN (<i>minocycline hcl</i>)	T4	ST
TARGADOX (<i>doxycycline hyclate</i>)	T4	ST
<i>tetracycline 250 mg capsule</i>	T2	
<i>tetracycline 250 mg tablet</i>	T2	ST
<i>tetracycline 500 mg capsule</i>	T2	
<i>tetracycline 500 mg tablet</i>	T2	ST
VIBRAMYCIN	T4	ST
VIBRAMYCIN (<i>doxycycline hyclate</i>)	T4	ST
VIBRAMYCIN (<i>doxycycline monohydrate</i>)	T4	ST
ANTIBIÓTICOS VAGINALES		
CLEOCIN	T4	
CLEOCIN (clindamycin phosphate)	T4	
<i>clindamycin 2% vaginal cream</i> (Cleocin)	T2	
CLINDESSE	T4	
METROGEL-VAGINAL (<i>metronidazole</i>)	T4	

T1 – Genéricos preferidos T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca ST – Tratamiento escalonado HD – Puede requerir entrega a domicilio
T2 – Genéricos no preferidos PA – Autorización previa AGE – Requisito de edad PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos
T3 – Marcas preferidas QL – Límite a la cantidad SP – Medicamentos de especialidad CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

Lista de medicamentos con receta

ANTIBIÓTICOS (Infecciones) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIBIÓTICOS VAGINALES (cont.)		
<i>metronidazole</i> (Metrogel-Vaginal)	T2	
NUVESSA	T4	
XACIATO	T4	
ANTIBIÓTICOS DE VANCOMICINA Y DERIVADOS		
VANCOCLIN HCL 125 MG CAPSULE (<i>vancomycin hcl</i>)	T4	PA QL(40 caps/fill)
VANCOCLIN HCL 250 MG CAPSULE (<i>vancomycin hcl</i>)	T4	PA QL(80 caps/fill)
<i>vancomycin 250 mg/5 ml soln</i>	T2	QL(450 mls/fill)
<i>vancomycin 125 mg capsule</i>	T2	PA QL(40 caps/30 days)
<i>vancomycin 250 mg capsule</i>	T2	PA QL(80 caps/30 days)
<i>vancomycin hcl 125 mg capsule</i> (Vancocin Hcl)	T2	
<i>vancomycin hcl 250 mg capsule</i> (Vancocin Hcl)	T2	
ANTIBIÓTICOS (Condiciones cutáneas)		
ANTIBIÓTICOS TÓPICOS Y ANTIINFLAMATORIOS ESTEROIDEOS		
CORTISPORIN	T4	
NEO-SYNALAR	T4	
ANTIBIÓTICOS TÓPICOS		
AKTIPAK	T4	ST
AMZEEQ	T4	ST
BENZAMYCIN (<i>erythromycin/benzoyl peroxide</i>)	T4	ST
CENTANY	T4	ST QL(30 gms/fill)
CENTANY AT	T4	ST QL(1 kit/fill)
CLEOCIN T 1% LOTION (<i>clindamycin phosphate</i>)	T4	ST QL(120 mls/30 days)
CLEOCIN T 1% PLEDGETS (<i>clindamycin phosphate</i>)	T4	ST
<i>clindacin etz 1% pledget</i> (Cleocin T)	T2	
CLINDACIN ETZ KIT	T4	ST
CLINDACIN PAC	T4	ST
<i>clindamycin ph 1% gel</i>	T2	QL(120 gms/30 days)
<i>clindamycin ph 1% solution</i>	T2	QL(120 mls/30 days)
<i>clindamycin phos 1% pledget</i> (Cleocin T)	T2	
<i>clindamycin phosp 1% lotion</i> (Cleocin T)	T2	QL(120 mls/30 days)
<i>clindamycin phosphate</i> (Cleocin T)	T2	
<i>clindamycin phosphate 1% foam</i> (Evoclin)	T2	QL(100 gms/30 days)
<i>clindamycin phosphate 1% gel</i> (Clindagel)	T2	QL(150 mls/30 days)

T1 – Genéricos preferidos T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca ST – Tratamiento escalonado HD – Puede requerir entrega a domicilio
T2 – Genéricos no preferidos PA – Autorización previa AGE – Requisito de edad PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos
T3 – Marcas preferidas QL – Límite a la cantidad SP – Medicamentos de especialidad CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

Lista de medicamentos con receta

ANTIBIÓTICOS (Condiciones cutáneas) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIBIÓTICOS TÓPICOS (cont.)		
<i>erythromycin base in ethanol</i>	T2	
<i>erythromycin/benzoyl peroxide (Benzamycin)</i>	T2	
EVOCLIN (<i>clindamycin phosphate</i>)	T4	ST QL(100 gms/30 days)
<i>gentamicin 0.1% cream</i>	T2	QL(60 gms/fill)
<i>gentamicin 0.1% ointment</i>	T2	QL(60 gms/fill)
<i>mupirocin 2% cream</i>	T2	ST QL(30 gms/fill)
<i>mupirocin 2% ointment</i>	T2	QL (1 treatment/30 days)
XEPI	T4	ST QL(30 gms/fill)
SULFONAMIDAS TÓPICAS		
AVAR LS	T4	ST
AVAR-E	T4	ST
AVAR-E GREEN	T4	ST
AVAR-E LS	T4	ST
<i>mafenide acetate (Sulfamylon)</i>	T2	
PLEXION	T4	ST
ROSULA 10%-4.5% WASH	T4	ST
<i>rosula 10%-5% cloths</i>	T2	
SILVADENE (<i>silver sulfadiazine</i>)	T4	
<i>silver sulfadiazine (Silvadene)</i>	T2	
<i>sod sulfac-sulf 9.8-4.8% clsr</i>	T2	
<i>sod sulfac-sulfur 9-4.5% wash</i>	T2	
<i>sod sulfacet-sulfr 9.8-4.8%pad</i>	T2	
<i>sod sulfacet-sulfur 10-2% clsr</i>	T2	
<i>sod sulfacet-sulfur 10-4% pad (Sumaxin)</i>	T2	
<i>sod sulfacet-sulfur 10-5% clsr</i>	T2	
<i>sod sulfac-sulfur 9.8-4.8% crm</i>	T2	
<i>sod sulfac-sulfur 9.8-4.8% lot</i>	T2	
<i>sulfacetamide sodium/sulfur</i>	T2	
<i>sulfacetamide sodium/sulfur</i>	T2	ST
<i>sulfacetamide-sulfur 10-2% crm</i>	T2	
<i>sulfacetamide-sulfur 10-5% crm</i>	T2	
<i>sulfacetamide-sulfur 10-5% lot</i>	T2	
<i>sulfacetamide-sulfur 10-5% sus</i>	T2	
<i>sulfacetamide-sulfur 8-4% susp</i>	T2	

T1 – Genéricos preferidos

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca

ST – Tratamiento escalonad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

T2 – Genéricos no preferidos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T3 – Marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

Lista de medicamentos con receta

ANTIBIÓTICOS (Condiciones cutáneas) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
SULFONAMIDAS TÓPICAS (cont.)		
<i>sulfacetamide-sulfur 9-4% clsr</i>	T2	
SULFAMYLON 8.5% CREAM	T3	
SULFAMYLON POWDER PACKET (<i>mafenide acetate</i>)	T4	
SUMADAN	T4	ST
SUMADAN XLT	T4	ST
SUMAXIN	T4	ST
SUMAXIN (<i>sulfacetamide sodium/sulfur</i>)	T4	ST
SUMAXIN CP	T4	ST
SUMAXINTS	T4	ST
ANTICOAGULANTES (Diluyentes de la sangre/anticoagulantes)		
CITRATOS COMO ANTICOAGULANTES		
ACD SOLUTION A	T3	
ACD-A	T3	
ANTICOAGULANT SODIUM CITRATE	T4	
CITRATE PHOSPHATE DEXTROSE	T3	
CRRT TRISODIUM CITRATE	T4	
SODIUM CITRATE	T4	
TRISODIUM CITRATE CRRT	T4	
INHIBIDORES DIRECTOS DEL FACTOR XA		
ELIQUIS	T3	PA
XARELTO	T3	PA
HEPARINA Y PREPARACIONES RELACIONADAS		
ARIXTRA (<i>fondaparinux sodium</i>)	T4	SP
<i>enoxaparin sodium</i> (Lovenox)	T2	SP
<i>fondaparinux sodium</i> (Arixtra)	T2	SP
FRAGMIN	T4	SP
<i>heparin 10,000 unit/10 ml vial</i>	T2	
<i>heparin 2,000 unit/2 ml vial</i>	T2	
<i>heparin 30,000 unit/30 ml vial</i>	T2	
<i>heparin 40,000 unit/4 ml vial</i>	T2	
<i>heparin 5,000 unit/ml carpugt</i>	T2	
<i>heparin 50,000 unit/10 ml vial</i>	T2	
<i>heparin 50,000 unit/5 ml vial</i>	T2	

T1 – Genéricos preferidos

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca

ST – Tratamiento escalonad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

T2 – Genéricos no preferidos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T3 – Marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

Lista de medicamentos con receta

ANTICOAGULANTES (Diluyentes de la sangre/anticoagulantes) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
HEPARINA Y PREPARACIONES RELACIONADAS (cont.)		
<i>heparin sod 1,000 unit/ml vial</i>	T2	
<i>heparin sod 10,000 unit/ml vl</i>	T2	
<i>heparin sod 20,000 unit/ml vl</i>	T2	
<i>heparin sod 5,000 unit/0.5 ml</i>	T2	
HEPARIN SOD 5,000 UNIT/0.5 ML	T3	
HEPARIN SOD 5,000 UNIT/0.5 ML	T4	
<i>heparin sod 5,000 unit/ml syrg</i>	T2	
HEPARIN SOD 5,000 UNIT/ML SYRG	T4	
<i>heparin sod 5,000 unit/ml vial</i>	T2	
INHIBIDORES DE LA TROMBINA, SELECTIVOS, DIRECTOS Y REVERSIBLES		
<i>dabigatran etexilate mesylate</i>	T2	HD
ANTÍDOTOS (Condiciones gastrointestinales/pirosis)		
ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES OPIOIDES MU, CON ACCIÓN PERIFÉRICA		
MOVANTIK	T3	QL(30 tabs/fill)
RELISTOR	T3	ST
SYMPROIC	T3	
ANTÍDOTOS (Abuso de sustancias)		
ANTAGONISTAS OPIOIDES		
KLOXXADO	T3	QL(2 units/fill)
<i>naloxone 0.4 mg/ml carpject</i>	T2	
<i>naloxone 0.4 mg/ml vial</i>	T2	
<i>naloxone 2 mg/2 ml syringe</i>	T2	
<i>naloxone 4 mg/10 ml vial</i>	T2	
<i>naloxone hcl 4 mg nasal spray (Narcan)</i>	T2	QL(2 units/fill)
<i>naltrexone hcl</i>	T1	
NARCAN (<i>naloxone hcl</i>)	T4	QL(2 units/30 days)
ANTIMICÓTICOS (Condiciones oculares)		
AGENTES ANTIMICÓTICOS OFTÁLMICOS		
NATACYN	T3	
ANTIMICÓTICOS (Productos femeninos)		
ANTIMICÓTICOS VAGINALES		
GYNAZOLE 1	T4	

T1 – Genéricos preferidos

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca

ST – Tratamiento escalonad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

T2 – Genéricos no preferidos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T3 – Marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

Lista de medicamentos con receta

ANTIMICÓTICOS (Productos femeninos) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIMICÓTICOS VAGINALES (cont.)		
<i>miconazole nitrate</i>	T2	
<i>terconazole</i>	T2	
ANTIMICÓTICOS (Infecciones)		
AGENTES ANTIMICÓTICOS		
ANCOBON	T4	PA
<i>clotrimazole</i>	T2	
CRESEMBA	T3	PA
DIFLUCAN 10 MG/ML SUSPENSION (<i>fluconazole</i>)	T4	
DIFLUCAN 100 MG TABLET (<i>fluconazole</i>)	T4	
DIFLUCAN 150 MG TABLET (<i>fluconazole</i>)	T4	QL(2 tabs/fill)
DIFLUCAN 200 MG TABLET (<i>fluconazole</i>)	T4	
DIFLUCAN 40 MG/ML SUSPENSION (<i>fluconazole</i>)	T4	
DIFLUCAN 50 MG TABLET (<i>fluconazole</i>)	T4	
<i>fluconazole 10 mg/ml susp</i> (Diflucan)	T2	
<i>fluconazole 100 mg tablet</i> (Diflucan)	T2	
<i>fluconazole 150 mg tablet</i> (Diflucan)	T2	QL(2 tabs/fill)
<i>fluconazole 200 mg tablet</i> (Diflucan)	T2	
<i>fluconazole 40 mg/ml susp</i> (Diflucan)	T2	
<i>fluconazole 50 mg tablet</i> (Diflucan)	T2	
<i>flucytosine</i> (Ancobon)	T2	
<i>itraconazole 10 mg/ml solution</i> (Sporanox)	T2	QL(2 bottles/fill)
<i>itraconazole 100 mg capsule</i> (Sporanox)	T2	QL(30 caps/fill)
<i>itraconazole 100 mg/10 ml cup</i> (Sporanox)	T2	QL(2 bottles/fill)
<i>ketoconazole 200 mg tablet</i>	T2	
NOXAFIL	T3	PA
NOXAFIL 300 MG POWDERMIX SUSP	T4	PA
NOXAFIL 40 MG/ML SUSPENSION	T3	PA SP
ORAVIG	T4	
POSACONAZOLE 200 MG/5 ML SUSP	T3	PA
<i>posaconazole dr 100 mg tablet</i> (Noxafil)	T2	PA
SPORANOX 10 MG/ML SOLUTION (<i>itraconazole</i>)	T4	QL(2 bottles/fill)
SPORANOX 100 MG CAPSULE (<i>itraconazole</i>)	T4	QL(30 caps/fill)
<i>terbinafine hcl</i>	T2	

T1 – Genéricos preferidos

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

T2 – Genéricos no preferidos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T3 – Marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

Lista de medicamentos con receta

ANTIMICÓTICOS (Infecciones) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGENTES ANTIMICÓTICOS (cont.)		
VFEND (<i>voriconazole</i>)	T4	PA
VIVJOA	T4	PA QL(18 caps/fill)
<i>voriconazole (Vfend)</i>	T2	PA
ANTIBIÓTICOS ANTIMICÓTICOS		
BREXAFEMME	T4	ST QL(4 tabs/fill)
<i>griseofulvin ultramicrosize</i>	T2	
<i>griseofulvin, microsize</i>	T2	
<i>nystatin 100,000 unit/ml susp</i>	T2	
<i>nystatin 500,000 unit oral tab</i>	T2	
<i>nystatin 500,000 unit/5 ml cup</i>	T2	
ANTIMICÓTICOS (Condiciones cutáneas)		
ANTIMICÓTICO TÓPICO/ANTIINFLAMATORIO, AGENTE ESTEROIDE		
<i>clotrimazole-betamethasone crm</i>	T2	QL(90 gms/28 days)
<i>clotrimazole-betamethasone lot</i>	T2	QL(60 mls/28 days)
ANTIMICÓTICOS TÓPICOS		
<i>ciclodan 0.77% cream (Loprox)</i>	T2	QL(90 gms/28 days)
CICLODAN 0.77% CREAM KIT	T4	
<i>ciclodan 8% solution</i>	T2	
<i>ciclopirox 0.77% cream (Loprox)</i>	T2	QL(90 gms/28 days)
<i>ciclopirox 0.77% gel</i>	T2	QL(100 gms/28 days)
<i>ciclopirox 0.77% topical susp (Loprox)</i>	T2	QL(60 mls/28 days)
<i>ciclopirox 1% shampoo</i>	T2	QL(120 mls/28 days)
<i>ciclopirox 8% solution</i>	T2	
<i>econazole nitrate</i>	T2	QL(85 gms/28 days)
EXELDERM 1% CREAM	T4	QL(60 gms/28 days)
EXELDERM 1% SOLUTION	T4	QL(60 mls/28 days)
EXTINA (<i>ketoconazole</i>)	T4	ST QL(100 gms/28 days)
JUBLIA	T4	ST
<i>ketoconazole 2% cream</i>	T2	QL(60 gms/28 days)
<i>ketoconazole 2% foam (Extina)</i>	T2	ST QL(100 gms/28 days)
<i>ketoconazole 2% shampoo</i>	T2	QL(120 mls/28 days)
<i>ketodan 2% foam (Extina)</i>	T2	ST QL(100 gms/28 days)
<i>ketodan 2% foam kit</i>	T2	ST
LOPROX 0.77% CREAM (<i>ciclopirox olamine</i>)	T4	QL(90 gms/28 days)

T1 – Genéricos preferidos T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca ST – Tratamiento escalonado HD – Puede requerir entrega a domicilio
T2 – Genéricos no preferidos PA – Autorización previa AGE – Requisito de edad PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos
T3 – Marcas preferidas QL – Límite a la cantidad SP – Medicamentos de especialidad CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

Lista de medicamentos con receta

ANTIMICÓTICOS (Condiciones cutáneas) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIMICÓTICOS TÓPICOS (cont.)		
LOPROX 0.77% CREAM KIT	T4	QL(544 gms/30 days)
LOPROX 0.77% SUSPENSION KIT	T4	QL(1 kit/30 days)
LOPROX 0.77% TOPICAL SUSP (<i>ciclopirox olamine</i>)	T4	QL(60 mls/28 days)
<i>naftifine hcl</i>	T2	QL(60 gms/28 days)
<i>naftifine hcl</i> (Naftin)	T2	QL(60 gms/28 days)
NAFTIN	T4	QL(60 gms/28 days)
NAFTIN (<i>naftifine hcl</i>)	T4	QL(60 gms/28 days)
<i>nystatin</i>	T2	QL(180 gms/fill)
<i>nystatin 100,000 unit/gm cream</i>	T2	QL(60 gms/28 days)
<i>nystatin 100,000 unit/gm oint</i>	T2	QL(60 gms/28 days)
<i>nystatin 100,000 unit/gm powd</i>	T2	QL(180 gms/fill)
<i>nystatin/triamcin</i>	T2	QL(60 gms/28 days)
<i>oxiconazole nitrate</i>	T2	QL(60 gms/28 days)
<i>tavorale</i>	T2	ST
ANTIHIAMÍNICOS Y DESCONGESTIVOS COMBINADOS (Alergia/rociadores nasales)		
COMBINACIÓN DE ANTIHIAMÍNICOS DE 1.º GENERACIÓN Y DESCONGESTIVOS		
<i>phenylephrine hcl/prometh hcl</i>	T2	
<i>phenylephrine/chlor-tan</i>	T2	
COMBINACIÓN DE ANTIHIAMÍNICOS DE 2.º GENERACIÓN Y DESCONGESTIVOS		
CLARINEX-D 12 HOUR	T4	QL(60 tabs/fill)
ANTIHIAMÍNICOS (Alergia/rociadores nasales)		
ANTIHIAMÍNICOS - 1.º GENERACIÓN		
<i>carbinoxamine 4 mg/5 ml liquid</i>	T2	
<i>carbinoxamine maleate 4 mg tab</i>	T2	
<i>carbinoxamine maleate 6 mg tab</i>	T2	ST
<i>clemastine fumarate</i>	T2	
<i>cyproheptadine 2 mg/5 ml soln</i>	T2	
<i>cyproheptadine 2 mg/5 ml syrup</i>	T2	
<i>cyproheptadine 4 mg tablet</i>	T2	
CYPROHEPTADINE 4 MG/10 ML SYRP	T4	
<i>dexchlorpheniramine maleate</i> (Ryclora)	T2	
<i>hydroxyzine hcl</i>	T2	
<i>hydroxyzine hcl</i>	T1	

T1 – Genéricos preferidos

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca

ST – Tratamiento escalonad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

T2 – Genéricos no preferidos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T3 – Marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

Lista de medicamentos con receta

ANTIHIISTAMÍNICOS (Alergia/rociadores nasales) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIHIISTAMÍNICOS - 1.ª GENERACIÓN (cont.)		
<i>hydroxyzine pamoate</i>	T1	
<i>hydroxyzine pamoate (Vistaril)</i>	T1	
KARBINAL ER	T4	ST
<i>promethazine hcl</i>	T2	
RYCLORA (<i>dexchlorpheniramine maleate</i>)	T4	
RYVENT	T4	ST
VISTARIL (<i>hydroxyzine pamoate</i>)	T4	
ANTIHIISTAMÍNICOS - 2.ª GENERACIÓN		
CLARINEX D 24 HOUR TABLET	T4	
<i>desloratadine</i>	T2	QL(30 tabs/fill) HD
<i>desloratadine (Clarinet)</i>	T2	QL(30 tabs/fill) HD
ANTIHIISTAMÍNICOS (Condiciones oculares)		
ANTIHIISTAMÍNICOS PARA LOS OJOS		
<i>azelastine hcl 0.05% drops</i>	T2	
BEPREVE	T2	
<i>epinastine hcl</i>	T2	
LASTACAF 0.25% EYE DROPS	T4	ST
ANTIHIPERGLUCÉMICOS (Diabetes)		
ANTIHIPERGLUCÉMICOS, INHIBIDORES DE LA ENZIMA DPP-4-TIAZOLIDINEDIONA		
OSENI	T4	ST QL(30 tabs/fill) HD
ANTIHIPERGLUCÉMICOS, MIMÉTICOS DE INCRETINA (AGONISTAS DEL RECEPTOR GLP-I)		
ADLYXIN 10-20 MCG STARTER PACK	T4	PA HD QL (1 kit/28 days)
ADLYXIN 20 MCG MAINTENANCE PK	T4	PA HD QL (1 kit/28 days)
BYDUREON BCISE	T3	PA QL(4 auto-injs/fill) HD
BYDUREON PEN	T3	PA QL(4 pens/fill) HD
BYETTA	T3	PA QL(1 pen/fill) HD
OZEMPIC	T3	PA QL(1 pen/28 days)
RYBELSUS	T3	PA QL(30 tabs/fill) HD
TRULICITY 0.75 MG/0.5 ML PEN	T3	PA QL(4 pens/fill) HD
ANTIHIPERGLUCÉMICOS, INSULINA, ACCIÓN PROLONGADA-AGONISTAS DEL RECEPTOR GLP-I		
SOLIQUA 100-33	T3	QL(15 mls/fill) HD
ANTIHIPERGLUCÉMICOS - AGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE DOPAMINA		
CYCLOSET	T4	HD

T1 – Genéricos preferidos T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca ST – Tratamiento escalonado HD – Puede requerir entrega a domicilio
T2 – Genéricos no preferidos PA – Autorización previa AGE – Requisito de edad PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos
T3 – Marcas preferidas QL – Límite a la cantidad SP – Medicamentos de especialidad CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

Lista de medicamentos con receta

ANTIHIPERGLUCÉMICOS (Diabetes) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIHIPERGLUCÉMICOS - COMBINACIÓN DE MIMÉTICOS DE INCRETINA		
MOUNJARO	T3	PA QL(4 pens/fill)
ANTIHIPERGLUCÉMICOS, INHIBIDORES DE LA ALFA-GLUCOSIDASA		
<i>acarbose</i> (Precose)	T2	HD
<i>miglitol</i>	T2	HD
PRECOSE (<i>acarbose</i>)	T4	HD
ANTIHIPERGLUCÉMICOS, TIPO ANÁLOGOS DE AMILINA		
SYMLINPEN 120	T3	PA QL(7 pens/fill) HD
SYMLINPEN 60	T3	PA QL(7 pens/fill) HD
ANTIHIPERGLUCÉMICOS, TIPO BIGUANIDAS		
FORTAMET ER 1,000 MG TABLET (<i>metformin hcl</i>)	T4	PA QL(60 tabs/fill) HD
FORTAMET ER 500 MG TABLET (<i>metformin hcl</i>)	T4	PA QL(30 tabs/fill) HD
<i>metformin er 1,000 mg gastr-tb</i> (Glumetza)	T2	PA QL(60 tabs/fill) HD
<i>metformin er 1,000 mg osm-tab</i> (Fortamet)	T2	PA QL(60 tabs/fill) HD
<i>metformin er 500 mg gastr-tb</i> (Glumetza)	T2	PA QL(120 tabs/fill) HD
<i>metformin er 500 mg osmotic tb</i> (Fortamet)	T2	PA QL(30 tabs/fill) HD
<i>metformin hcl 1,000 mg tablet</i>	T1	HD
<i>metformin hcl 500 mg tablet</i>	T1	HD
<i>metformin hcl 500 mg/5 ml soln</i> (Riomet)	T2	ST HD
<i>metformin hcl 850 mg tablet</i>	T1	HD
<i>metformin hcl 850 mg/8.5ml cup</i> (Riomet)	T2	ST HD
<i>metformin hcl er 500 mg tablet</i>	T1	QL(120 tabs/fill) HD
<i>metformin hcl er 750 mg tablet</i>	T1	QL(60 tabs/fill) HD
RIOMET (<i>metformin hcl</i>)	T4	ST HD
RIOMET ER	T4	ST HD
ANTIHIPERGLUCÉMICOS, INHIBIDORES DE DPP-4		
JANUVIA	T3	ST QL(30 tabs/fill) HD
<i>saxagliptin hcl</i> (Onglyza)	T2	ST QL(30 tabs/30 days) HD
ANTIHIPERGLUCÉMICOS, TIPO ESTIMULANTES DE LIBERACIÓN DE INSULINA		
AMARYL (<i>glimepiride</i>)	T4	HD
<i>glimepiride</i> (Amaryl)	T1	HD
<i>glipizide</i>	T1	HD
<i>glipizide</i> (Glucotrol XL)	T1	HD
GLUCOTROL XL (<i>glipizide</i>)	T4	HD
<i>glyburide</i>	T2	HD

T1 – Genéricos preferidos

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

T2 – Genéricos no preferidos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T3 – Marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

Lista de medicamentos con receta

ANTIHIPERGLUCÉMICOS (Diabetes) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIHIPERGLUCÉMICOS, TIPO ESTIMULANTES DE LIBERACIÓN DE INSULINA (cont.)		
<i>glyburide, micronized</i> (Glynase)	T2	HD
GLYNASE (<i>glyburide, micronized</i>)	T4	HD
<i>nateglinide</i>	T2	HD
PRANDIN (<i>repaglinide</i>)	T4	HD
<i>repaglinide</i>	T2	HD
<i>repaglinide</i> (Prandin)	T2	HD
ANTIHIPERGLUCÉMICOS, COMB. DE INHIBIDORES DE SGLT-2 Y DPP-4		
GLYXAMBI	T3	ST QL(30 tabs/fill) HD
ANTIHIPERGLUCÉMICOS, TIAZOLIDINEDIONAS Y BIGUANIDAS		
ACTOPLUS MET XR 30 1000MG TABLET	T4	ST
<i>pioglitazone hcl/metformin hcl</i>	T2	QL(90 tabs/fill) HD
<i>pioglitazone hcl/metformin hcl</i> (Actoplus Met)	T2	QL(90 tabs/fill) HD
ANTIHIPERGLUCÉMICOS, TIAZOLIDINEDIONAS Y SULFONILUREAS		
DUETACT (<i>pioglitazone-glimepiride</i>)	T4	ST QL(30 tabs/fill) HD
<i>pioglitazone hcl/glimepiride</i> (Duetact)	T2	QL(30 tabs/fill) HD
ANTIHIPERGLUCÉMICOS, COMB. DE INHIBIDORES DE DPP-4 Y BIGUANIDAS		
JANUMET	T3	ST QL(60 tabs/fill) HD
JANUMET XR 100-1,000 MG TABLET	T3	ST QL(30 tabs/fill) HD
JANUMET XR 50-1,000 MG TABLET	T3	ST QL(60 tabs/fill) HD
JANUMET XR 50-500 MG TABLET	T3	ST QL(60 tabs/fill) HD
<i>saxagliptin-metformin er 5-500</i> (Kombiglyze Xr)	T2	ST QL(30 tabs/30 days) HD
<i>saxagliptin-metformin er 5-1000</i> (Kombiglyze Xr)	T2	ST QL(30 tabs/30 days) HD
<i>saxagliptin-metformin er 2.5-1000</i> (Kombiglyze Xr)	T2	ST QL(60 tabs/30 days) HD
ANTIHIPERGLUCÉMICOS-BLOQUEADORES DE LOS RECEPTORES DE GLUCOCORTICOIDES		
<i>mifepristone 300 mg tablet</i>	T2	PA SP
ANTIHIPERGLUCÉMICOS, ESTIM. DE LIBERACIÓN DE INSULINA-BIGUANIDAS		
<i>glipizide/metformin hcl</i>	T1	HD
<i>glyburide/metformin hcl</i>	T2	HD
ANTIHIPERGLUCÉMICOS, TIAZOLIDINEDIONAS (AGONISTAS DE PPARG)		
ACTOS (<i>pioglitazone hcl</i>)	T4	ST QL(30 tabs/fill) HD
ANTIHIPERGLUCÉMICOS-COMB. DE INHIBIDORES DE SGLT-2 Y BIGUANIDAS		
SEGLUROMET	T3	ST QL(60 tabs/fill) HD
SYNJARDY	T3	ST QL(60 tabs/fill) HD
SYNJARDY XR 10-1,000 MG TABLET	T3	ST QL(30 tabs/fill) HD

T1 – Genéricos preferidos

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

T2 – Genéricos no preferidos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T3 – Marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

Lista de medicamentos con receta

ANTIHIPERGLUCÉMICOS (Diabetes) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIHIPLERGLUCÉMICOS-COMB. DE INHIBIDORES DE SGLT-2 Y BIGUANIDAS (cont.)		
SYNJARDY XR 12.5-1,000 MG TAB	T3	ST QL(60 tabs/fill) HD
SYNJARDY XR 25-1,000 MG TABLET	T3	ST QL(30 tabs/fill) HD
SYNJARDY XR 5-1,000 MG TABLET	T3	ST QL(60 tabs/fill) HD
XIGDUO XR 10 MG-1,000 MG TAB	T3	ST QL(30 tabs/fill) HD
XIGDUO XR 10 MG-500 MG TABLET	T3	ST QL(30 tabs/fill) HD
XIGDUO XR 2.5 MG-1,000 MG TAB	T3	ST QL(60 tabs/fill) HD
XIGDUO XR 5 MG-1,000 MG TABLET	T3	ST QL(60 tabs/fill) HD
XIGDUO XR 5 MG-500 MG TABLET	T3	ST QL(30 tabs/fill) HD
ANTIHIPERGLUCÉM.-INHIB. DEL COTRANSPORT. DE SOD./GLUC. TIPO 2 (SGLT-2)		
FARXIGA	T3	ST QL(30 tabs/fill) HD
JARDIANCE	T3	ST QL(30 tabs/fill) HD
STEGLATRO	T3	ST QL(30 tabs/fill) HD
ANTIHIPERGLUCÉM.-COMB. DE INHIB. DE SGLT-2, INHIB. DE DPP-4 Y BIGUANIDAS		
TRIJARDY XR	T3	ST HD
INSULINAS		
BASAGLAR KWIKPEN U-100	T4	HD
HUMALOG	T3	HD
HUMALOG JUNIOR KWIKPEN	T3	HD
HUMALOG KWIKPEN U-100	T3	HD
HUMALOG KWIKPEN U-200	T3	HD
HUMALOG MIX 50-50	T3	HD
HUMALOG MIX 50-50 KWIKPEN	T3	HD
HUMALOG MIX 75-25	T3	HD
HUMALOG MIX 75-25 KWIKPEN	T3	HD
HUMULIN 70/30 KWIKPEN	T3	HD
HUMULIN 70-30	T3	HD
HUMULIN N	T3	HD
HUMULIN N KWIKPEN	T3	HD
HUMULIN R	T3	HD
HUMULIN R U-500	T3	HD
HUMULIN R U-500 KWIKPEN	T3	HD
INSULIN LISPRO 100 UNIT/ML VIAL	T3	HD
INSULIN LISPRO JUNIOR KWIKPEN	T3	HD
INSULIN LISPRO KWIKPEN U-100	T3	HD

T1 – Genéricos preferidos T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca ST – Tratamiento escalonado HD – Puede requerir entrega a domicilio
T2 – Genéricos no preferidos PA – Autorización previa AGE – Requisito de edad PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos
T3 – Marcas preferidas QL – Límite a la cantidad SP – Medicamentos de especialidad CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

Lista de medicamentos con receta

ANTIHIPERGLUCÉMICOS (Diabetes) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
INSULINAS (cont.)		
INSULIN LISPRO PROTAMINE MIX	T3	HD
LYUMJEV	T3	HD
LYUMJEV KWIKPEN U-100	T3	HD
LYUMJEV KWIKPEN U-200	T3	HD
MYXREDLIN	T4	HD
SEMGLEE (YFGN)	T3	HD
SEMGLEE (YFGN) PEN	T3	HD
TOUJEO MAX SOLOSTAR	T3	HD
TOUJEO SOLOSTAR	T3	HD
TRESIBA	T3	HD
TRESIBA FLEXTOUCH U-100	T3	HD
TRESIBA FLEXTOUCH U-200	T3	HD
ANTIINFECIOSOS (Productos femeninos)		
SULFONAMIDAS VAGINALES		
AVC	T4	
ANTIINFECIOSOS (Infecciones)		
ANTIBIÓTICOS DE PENICILINA		
<i>amoxicillin</i>	T2	
ANTIINFECIOSOS/VARIOS (Productos femeninos)		
ANTISÉPTICOS VAGINALES		
<i>acetic acid/oxyquinoline (Relagard)</i>	T2	
RELAGARD (<i>acetic acid/oxyquinoline</i>)	T4	
TRIMO-SAN	T3	
ANTIINFECIOSOS/VARIOS (Infecciones)		
ANTIPROTOZOARIOS ANAERÓBICOS DE 2.ª GENERACIÓN-ANTIBACTERIANOS		
tinidazole 250 mg tablet	T2	QL(40 tabs/30 days)
tinidazole 500 mg tablet	T2	QL(20 tabs/30 days)
AMEBICIDAS		
HUMATIN	T4	
<i>paromomycin sulfate</i>	T2	
ANTHELMÍNTICOS		
<i>albendazole (Albenza)</i>	T2	QL(120 tabs/30 days)

T1 – Genéricos preferidos T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca ST – Tratamiento escalonad HD – Puede requerir entrega a domicilio
T2 – Genéricos no preferidos PA – Autorización previa AGE – Requisito de edad PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos
T3 – Marcas preferidas QL – Límite a la cantidad SP – Medicamentos de especialidad CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

Lista de medicamentos con receta

ANTIINFECCIOSOS/VARIOS (Infecciones) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIHELMÍNTICOS (cont.)		
ALBENZA (<i>albendazole</i>)	T4	QL(120 tabs/30 days)
BILTRICIDE (<i>praziquantel</i>)	T4	
EMVERM	T3	QL(6 tabs/30 days)
<i>ivermectin 3 mg tablet</i> (Stromectol)	T2	PA QL(14 tabs/30 days)
<i>praziquantel</i> (Biltricide)	T2	
STROMEKTOL (<i>ivermectin</i>)	T4	PA QL(14 tabs/30 days)
MEDICAMENTOS CONTRA LA MALARIA		
ARAKODA	T4	QL(16 tabs/fill)
<i>atovaquone-proguanil 250-100</i> (Malarone)	T2	QL(60 tabs/180 days)
<i>atovaquone-proguanil 62.5-25</i> (Malarone)	T2	QL(180 tabs/180 days)
<i>chloroquine phosphate</i>	T2	
COARTEM	T3	QL(24 tabs/30 days)
DARAPRIM (<i>pyrimethamine</i>)	T4	PA SP
HYDROXYCHLOROQUINE 100 MG TAB	T4	
<i>hydroxychloroquine 200 mg tab</i> (Plaquenil)	T2	
HYDROXYCHLOROQUINE 300 MG TAB	T4	
HYDROXYCHLOROQUINE 400 MG TAB	T4	
<i>hydroxychloroquine sulfate</i> (Sovuna)	T2	
KRINTAFEL	T4	QL(2 tabs/30 days)
MALARONE 250-100 MG TABLET (<i>atovaquone/proguanil hcl</i>)	T4	QL(60 tabs/180 days)
MALARONE 62.5-25 MG PED TAB (<i>atovaquone/proguanil hcl</i>)	T4	QL(180 tabs/180 days)
<i>mefloquine hcl</i>	T2	QL(13 tabs/180 days)
PRIMAQUINE 26.3 MG TABLET	T3	QL(120 tabs/180 days)
<i>primaquine 26.3 mg tablet</i>	T2	QL(120 tabs/180 days)
<i>pyrimethamine 25 mg tablet</i> (Daraprim)	T2	PA
<i>pyrimethamine 25 mg tablet</i> (Daraprim)	T2	PA SP
QUALAQUIN (<i>quinine sulfate</i>)	T4	QL(42 caps/30 days)
<i>quinine sulfate</i> (Qualaquin)	T2	QL(42 caps/30 days)
SOVUNA	T4	
SOVUNA (<i>hydroxychloroquine sulfate</i>)	T4	
MEDICAMENTOS ANTIPROTOZOARIOS, VARIOS		
<i>atovaquone</i> (Mepron)	T2	
BENZNIDAZOLE	T3	QL(360 tabs/fill)
IMPAVIDO	T3	PA QL(84 caps/30 days)

T1 – Genéricos preferidos

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

T2 – Genéricos no preferidos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T3 – Marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

Lista de medicamentos con receta

ANTIINFECCIOSOS/VARIOS (Infecciones) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
MEDICAMENTOS ANTIPROTOZOARIOS, VARIOS (cont.)		
MEPRON (<i>atovaquone</i>)	T4	
NEBUPENT (<i>pentamidine isethionate</i>)	T4	QL(1 vI/28 days)
<i>pentamidine isethionate</i> (Nebupent)	T2	QL(1 vI/28 days)
ANTIINFECCIOSOS/VARIOS (Varios)		
AGENTES ANTIBACTERIANOS, VARIOS		
<i>glycine urologic solution</i>	T2	
ANTISÉPTICOS, GENERALES		
ALCOHOL SWABSTICK	T4	
CVS ISOPROPYL ALCOHOL 91% SPRY	T4	
GS ISOPROPYL ALCOHOL 70% SPRAY	T4	
ISOPROPYL ALCOHOL 70% SPRAY	T4	
MEDI-FIRST ISOPROPYL ALCOHOL	T4	
AGENTES SECADORES ANTISÉPTICOS TÓPICOS		
<i>formaldehyde</i>	T2	
ANTIINFECCIOSOS/VARIOS (Condiciones cutáneas)		
ANTIMICÓTICOS TÓPICOS		
CICLODAN 8% KIT	T4	ST
<i>ciclopirox 8% treatment kit</i>	T2	
AGENTES INHIBIDORES DEL FACTOR DE NECROSIS TUMORAL ANTIINFLAMATORIOS (Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)		
ANTIINFLAMATORIOS INHIBIDORES DEL FACTOR DE NECROSIS TUMORAL		
ADALIMUMAB-ADAZ(CF)	T4	PA QL(2 syringes/28 days) SP HD
ADALIMUMAB-ADAZ(CF) PEN	T4	PA QL(2 pens/28 days) SP HD
ADALIMUMAB-ADBM(CF)	T4	PA QL(2 srnge kits/28 days) SP HD
ADALIMUMAB-ADBM(CF) PEN CROHNS	T4	PA QL(6 pens/365 days) SP HD
ADALIMUMAB-ADBM(CF) PEN PS-UV	T4	PA QL(4 pens/365 days) SP HD
ADALIMUMAB-ADBM(CF)PEN	T4	PA QL(2 kits/28 days) SP HD
CYLTEZO(CF) 40MG/0.8ML, 20MG/0.4ML, 10MG/0.2ML SYR, PEN CRH-UC-HS 40MG, PEN PSORIASIS 40MG, PEN 40 MG/0.8 ML	T4	PA SP
ENBREL 25 MG KIT	T4	PA QL(8 vls/28 days) SP HD
ENBREL 25 MG/0.5 ML SYRINGE	T4	PA QL(8 syringes/28 days) SP HD
ENBREL 25 MG/0.5 ML VIAL	T4	PA QL(8 vials/28 days) SP HD
ENBREL 50 MG/ML SYRINGE	T4	PA QL SP HD
ENBREL MINI	T4	PA QL SP HD

T1 – Genéricos preferidos

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca

ST – Tratamiento escalonad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

T2 – Genéricos no preferidos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T3 – Marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

Lista de medicamentos con receta

AGENTES INHIBIDORES DEL FACTOR DE NECROSIS TUMORAL ANTIINFLAMATORIOS (Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIINFLAMATORIOS INHIBIDORES DEL FACTOR DE NECROSIS TUMORAL (cont.)		
ENBREL SURECLICK	T4	PA QL SP HD
HUMIRA	T4	PA QL (2 srnge kits/28 days) SP HD
HUMIRA PEN	T4	PA QL (2 kits/28 days) SP HD
HUMIRA PEN CROHN'S-UC-HS	T4	PA QL (6 pens/365 days) SP HD
HUMIRA PEN PSOR-UVEITS-ADOL HS	T4	PA QL (4 pens/365 days) SP HD
HUMIRA(CF) 10 MG/0.1 ML SYRING	T4	PA QL (2 srnge kits/28 days) SP HD
HUMIRA(CF) 20 MG/0.2 ML SYRING	T4	PA QL (2 srnge kits/28 days) SP HD
HUMIRA(CF) 40 MG/0.4 ML SYRING	T4	PA QL (2 srnge kits/28 days) SP HD
HUMIRA(CF) PEDI CROHN 80-40 MG	T4	PA QL (2 srnge kits/365 days) SP HD
HUMIRA(CF) PEDI CROHN 80MG/0.8	T4	PA QL (3 srnge kits/365 days) SP HD
HUMIRA(CF) PEN 40 MG/0.4 ML	T4	PA QL (2 kits/28 days) SP HD
HUMIRA(CF) PEN 80 MG/0.8 ML	T4	PA QL (2 pens/28 days) SP HD
HUMIRA(CF) PEN CROHN'S-UC-HS	T4	PA QL (3 kits/365 days) SP HD
HUMIRA(CF) PEN PEDIATRIC UC	T4	PA QL (4 pens/365 days) SP HD
HUMIRA(CF) PEN PSOR-UV-ADOL HS	T4	PA QL (3 kits/365 days) SP HD
HYRIMOZ(CF)	T4	PA QL (2 syringes/28 days) SP HD
HYRIMOZ(CF) PEN	T4	PA QL (2 pens/28 days) SP HD
HYRIMOZ(CF) PEDI CROHN 80 MG	T4	PA QL (3 syringes/365 days) SP HD
HYRIMOZ(CF) PEDI CROHN 80-40MG	T4	PA QL (2 syringes/365 days) SP HD
HYRIMOZ(CF) PEN CROHN-UC START	T4	PA QL (3 pens/365 days) SP HD
HYRIMOZ(CF) PEN PSORIASIS	T4	PA QL (3 pens/365 days) SP HD
SIMPONI 100 MG/ML PEN INJECTOR	T4	PA QL (1pen/30 days) SP HD
SIMPONI 100 MG/ML SYRINGE	T4	PA QL (1 syringe/30 days) SP HD
SIMPONI ARIA	T4	PA SP HD

ANTINEOPLÁSTICOS (Cáncer)

ANP - AGONISTAS DE LOS RECEPTORES X RETINOIDES (RXR) SELECTIVOS

<i>bexarotene</i> (Targretin)	T2	PA SP HD CSL
-------------------------------	----	--------------

ANTINEOPLÁS., INHIBIDORES DE LA HISTONA DEACETILASA (HDAC)

FARYDAK	T4	PA QL (6 caps/fill) CSL
ZOLINZA	T4	PA QL (120 caps/fill) SP HD CSL

AGENTES ANTINEOPLÁSTICOS - ALQUILANTES

ALKERAN (<i>melphalan</i>)	T4	SP CSL
<i>cyclophosphamide 25 mg capsule</i>	T2	SP HD CSL
CYCLOPHOSPHAMIDE 25 MG TABLET	T4	SP HD CSL

T1 – Genéricos preferidos T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca ST – Tratamiento escalonad HD – Puede requerir entrega a domicilio
T2 – Genéricos no preferidos PA – Autorización previa AGE – Requisito de edad PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos
T3 – Marcas preferidas QL – Límite a la cantidad SP – Medicamentos de especialidad CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

Lista de medicamentos con receta

ANTINEOPLÁSTICOS (Cáncer) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGENTES ANTINEOPLÁSTICOS - ALQUILANTES (cont.)		
<i>cyclophosphamide 50 mg capsule</i>	T2	SP HD CSL
CYCLOPHOSPHAMIDE 50 MG TABLET	T4	SP HD CSL
GLEOSTINE	T3	CSL
HYDREA (<i>hydroxyurea</i>)	T4	CSL
<i>hydroxyurea</i> (Hydrea)	T2	CSL
LEUKERAN	T3	CSL
<i>melfalan</i> (Alkeran)	T2	SP CSL
MYLERAN	T3	CSL
TEMODAR (<i>temozolomide</i>)	T4	PA SP HD CSL
<i>temozolomide</i>	T2	PA SP HD CSL
<i>temozolomide</i> (Temodar)	T2	PA SP HD CSL
AGENTES ANTINEOPLÁSTICOS - ANTIANDROGÉNICOS		
<i>abiraterone acetate 250 mg tab</i> (Zytiga)	T2	PA QL(120 tabs/fill) SP HD CSL
<i>abiraterone acetate 500 mg tab</i> (Zytiga)	T2	PA QL(60 tabs/fill) SP HD CSL
<i>bicalutamide</i> (Casodex)	T2	CSL
CASODEX (<i>bicalutamide</i>)	T4	CSL
ERLEADA 240 MG TABLET	T4	PA SP HD QL (30 tabs/30 days) CSL
EULEXIN (<i>flutamide</i>)	T4	CSL
<i>flutamide</i> (Eulexin)	T2	CSL
NILANDRON (<i>nilutamide</i>)	T4	PA CSL
<i>nilutamide</i> (Nilandron)	T2	PA CSL
NUBEQA	T4	PA QL(120 tabs/fill) SP HD CSL
XTANDI 40 MG CAPSULE	T4	PA QL(120 tabs/caps/fill) SP HD CSL
XTANDI 40 MG TABLET	T4	PA QL(120 tabs/caps/fill) SP HD CSL
XTANDI 80 MG TABLET	T4	PA QL(60 tabs/fill) SP HD CSL
ANTINEOPLÁSTICOS - ANTIMETABOLITOS		
<i>capecitabine 150 mg tablet</i> (Xeloda)	T2	PA QL(56 tabs/fill) SP HD CSL
<i>capecitabine 500 mg tablet</i> (Xeloda)	T2	PA QL(140 tabs/fill) SP HD CSL
LONSURF	T4	PA SP HD CSL
<i>mercaptopurine</i>	T2	CSL
<i>methotrexate 2.5 mg tablet</i>	T2	CSL
<i>methotrexate 250 mg/10 ml vial</i>	T2	
<i>methotrexate 50 mg/2 ml vial</i>	T2	
<i>methotrexate sodium/pf</i>	T2	

T1 – Genéricos preferidos T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca ST – Tratamiento escalonado HD – Puede requerir entrega a domicilio
T2 – Genéricos no preferidos PA – Autorización previa AGE – Requisito de edad PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos
T3 – Marcas preferidas QL – Límite a la cantidad SP – Medicamentos de especialidad CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

Lista de medicamentos con receta

ANTINEOPLÁSTICOS (Cáncer) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTINEOPLÁSTICOS - ANTIMETABOLITOS (cont.)		
PURIXAN	T4	SP CSL
TABLOID	T4	CSL
TREXALL	T4	CSL
XELODA 150 MG TABLET (<i>capecitabine</i>)	T4	PA SP HD QL (56 tabs/30 days) CSL
XELODA 500 MG TABLET (<i>capecitabine</i>)	T4	PA SP HD QL (140 tabs/30 days) CSL
ANTINEOPLÁSTICOS - INHIBIDORES DE LA AROMATASA		
<i>anastrozole</i> (Arimidex)	T2	HD PPACA CSL
AROMASIN (<i>exemestane</i>)	T4	HD CSL
<i>exemestane</i> (Aromasin)	T2	HD PPACA CSL
FEMARA (<i>letrozole</i>)	T4	HD CSL
<i>letrozole</i> (Femara)	T2	HD CSL
ANTINEOPLÁSTICOS - INHIBIDORES DE LA QUINASA BRAF		
TAFINLAR 10 MG TABLET FOR SUSP	T4	SP PA HD QL (840ml/30 days) CSL
ZELBORAF	T4	PA QL(240 tabs/fill) SP HD CSL
ANTINEOPLÁSTICOS - INHIBIDORES DE LA VÍA DE HEDGEHOG		
DAURISMO 100 MG TABLET	T4	PA QL(30 tabs/fill) SP HD CSL
DAURISMO 25 MG TABLET	T4	PA QL(60 tabs/fill) SP HD CSL
ERIVEDGE	T4	PA QL(30 caps/fill) SP HD CSL
ODOMZO	T4	PA QL(30 caps/fill) SP HD CSL
ANTINEOPLÁSTICOS - INHIBIDORES DE LA QUINASA DE JANUS (JAK)		
JAKAFI	T4	PA QL(60 tabs/fill) SP HD CSL
ANTINEOPLÁSTICOS - INHIBIDOR DE LA PROTEÍNA KRAS		
LUMAKRAS	T4	PA SP HD CSL
ANTINEOPLÁSTICOS - INHIBIDORES DE LA QUINASA MEKI Y MEK2		
COTELLIC	T4	PA QL(63 tabs/fill) SP HD CSL
KOSELUGO	T4	PA SP CSL
MEKINIST 0.05 MG/ML SOLUTION	T4	PA SP HD QL (108ml/30 days) CSL
MEKINIST 0.5 MG TABLET	T4	PA QL(90 tabs/fill) SP HD CSL
MEKINIST 2 MG TABLET	T4	PA QL(30 tabs/fill) SP HD CSL
ANTINEOPLÁSTICOS - INHIBIDORES DE LA QUINASA MTOR		
<i>everolimus 2 mg tab for susp</i> (Afinitor Disperz)	T2	PA QL(30 tabs/fill) SP CSL
<i>everolimus 2.5 mg tablet</i> (Afinitor)	T2	
<i>everolimus 3 mg tab for susp</i> (Afinitor Disperz)	T2	PA QL(30 tabs/fill) SP CSL
<i>everolimus 5 mg tab for susp</i> (Afinitor Disperz)	T2	PA QL(30 tabs/fill) SP CSL

T1 – Genéricos preferidos T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca ST – Tratamiento escalonado HD – Puede requerir entrega a domicilio
T2 – Genéricos no preferidos PA – Autorización previa AGE – Requisito de edad PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos
T3 – Marcas preferidas QL – Límite a la cantidad SP – Medicamentos de especialidad CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

Lista de medicamentos con receta

ANTINEOPLÁSTICOS (Cáncer) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTINEOPLÁSTICOS - INHIBIDORES DE LA QUINASA MTOR (cont.)		
<i>everolimus 5 mg tablet (Afinitor)</i>	T2	
<i>everolimus 7.5 mg tablet (Afinitor)</i>	T2	
ANTINEOPLÁSTICOS - INHIBIDORES DE LA PROTEÍNA METILTRANSFERASA		
TAZVERIK	T4	PA SP CSL
ANTINEOPLÁSTICOS - INHIBIDORES DE LA TOPOISOMERASA I		
HYCAMTIN	T4	PA SP HD CSL
AGENTES ANTINEOPLÁSTICOS INMUNOMODULADORES		
<i>lenalidomide</i>	T2	PA QL(30 caps/fill) SP HD CSL
POMALYST	T4	PA SP HD CSL
REVLIMID	T4	PA QL(30 caps/fill) SP HD CSL
ANTAGONISTAS DE LHRH (GNRH) ANTINEOPLÁSTICOS, SUPR. HIPOFISARIOS		
ORGOVYX	T4	PA QL(30 tabs/fill) SP CSL
ANTINEOPLÁSTICOS, INHIBIDORES DE ENZIMAS SISTÉMICAS		
ALECENSA	T4	PA QL(240 caps/fill) SP HD CSL
ALUNBRIG 180 MG TABLET	T4	PA QL(30 tabs/fill) SP CSL
ALUNBRIG 30 MG TABLET	T4	PA QL(60 tabs/fill) SP CSL
ALUNBRIG 90 MG TABLET	T4	PA QL(30 tabs/fill) SP CSL
ALUNBRIG 90 MG-180 MG TAB PACK	T4	PA QL(30 tabs/fill) SP CSL
AYVAKIT	T4	PA QL(30 tabs/fill) SP CSL
BALVERSA	T4	PA SP CSL
BOSULIF 50 MG CAPSULE	T4	
BOSULIF 100 MG CAPSULE	T4	PA QL(90 tabs/fill) SP HD CSL
BOSULIF 100 MG TABLET	T4	PA QL(90 tabs/fill) SP HD CSL
BOSULIF 400 MG TABLET	T4	PA QL(30 tabs/fill) SP HD CSL
BOSULIF 500 MG TABLET	T4	PA QL(30 tabs/fill) SP HD CSL
BRUKINSA	T4	PA SP CSL
CABOMETYX	T4	
CALQUENCE	T4	PA QL(60 tabs/caps/fill) SP CSL
CAPRELSA 100 MG TABLET	T4	PA QL(60 tabs/fill) SP CSL
CAPRELSA 300 MG TABLET	T4	PA QL(30 tabs/fill) SP CSL
COMETRIQ 100 MG DAILY-DOSE PK	T4	PA QL(56 caps/fill) SP HD CSL
COMETRIQ 140 MG DAILY-DOSE PK	T4	PA QL(112 caps/fill) SP HD CSL
COMETRIQ 60 MG DAILY-DOSE PACK	T4	PA QL(84 caps/fill) SP HD CSL
COPIKTRA	T4	PA QL(56 caps/fill) SP CSL

T1 – Genéricos preferidos

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

T2 – Genéricos no preferidos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T3 – Marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

Lista de medicamentos con receta

ANTINEOPLÁSICOS (Cáncer) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTINEOPLÁSICOS, INHIBIDORES DE ENZIMAS SISTÉMICAS (cont.)		
<i>erlotinib hcl 100 mg tablet (Tarceva)</i>	T2	PA QL(30 tabs/fill) SP HD CSL
<i>erlotinib hcl 150 mg tablet (Tarceva)</i>	T2	PA QL(30 tabs/fill) SP HD CSL
<i>erlotinib hcl 25 mg tablet (Tarceva)</i>	T2	PA QL(60 tabs/fill) SP HD CSL
EXKIVITY 40 MG CAPSULE	T4	PA QL(120 caps/fill) SP CSL
GAVRETO	T4	PA QL(120 caps/fill) SP HD CSL
GILOTRIF	T4	PA QL(30 tabs/fill) SP HD CSL
ICLUSIG	T4	PA QL(30 tabs/fill) SP CSL
IMBRUVICA 140 MG CAPSULE	T4	PA QL(120 caps/fill) SP CSL
IMBRUVICA 140 MG TABLET	T4	PA QL(30 tabs/fill) SP CSL
IMBRUVICA 280 MG TABLET	T4	PA QL(30 tabs/fill) SP CSL
IMBRUVICA 420 MG TABLET	T4	PA QL(30 tabs/fill) SP CSL
IMBRUVICA 560 MG TABLET	T4	PA SP CSL
IMBRUVICA 70 MG CAPSULE	T4	PA QL(30 caps/fill) SP CSL
IMBRUVICA 70 MG/ML SUSPENSION	T4	PA QL(3 bottles/fill) SP CSL
INLYTA 1 MG TABLET	T4	PA QL(180 tabs/fill) SP HD CSL
INLYTA 5 MG TABLET	T4	PA QL(120 tabs/fill) SP HD CSL
IRESSA (<i>gefitinib</i>)	T4	PA QL(30 tabs/30 days) SP HD CSL
IWILFIN	T4	PA SP CSL
KISQALI	T4	PA SP HD QL (1 pack/1 time) CSL
KISQALI FEMARA CO-PACK	T4	PA SP HD QL (1 pack/28 days) CSL
<i>lapatinib ditosylate (Tykerb)</i>	T2	PA QL(180 tabs/fill) SP HD CSL
LENVIMA 10 MG DAILY DOSE	T4	PA QL(30 caps/fill) SP HD CSL
LENVIMA 12 MG DAILY DOSE	T4	PA QL(90 caps/fill) SP HD CSL
LENVIMA 14 MG DAILY DOSE	T4	PA QL(60 caps/fill) SP HD CSL
LENVIMA 18 MG DAILY DOSE	T4	PA QL(90 caps/fill) SP HD CSL
LENVIMA 20 MG DAILY DOSE	T4	PA QL(60 caps/fill) SP HD CSL
LENVIMA 24 MG DAILY DOSE	T4	PA QL(90 caps/fill) SP HD CSL
LENVIMA 4 MG CAPSULE	T4	PA QL(30 caps/fill) SP HD CSL
LENVIMA 8 MG DAILY DOSE	T4	PA QL(60 caps/fill) SP HD CSL
LORBRENA 100 MG TABLET	T4	PA QL(30 tabs/fill) SP HD CSL
LORBRENA 25 MG TABLET	T4	PA QL(90 tabs/fill) SP HD CSL
LYNPARZA	T4	PA QL(120 tabs/fill) SP HD CSL
LYTGOBI	T4	PA SP CSL
NERLYNX	T4	PA SP HD CSL

T1 – Genéricos preferidos T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca ST – Tratamiento escalonado HD – Puede requerir entrega a domicilio
T2 – Genéricos no preferidos PA – Autorización previa AGE – Requisito de edad PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos
T3 – Marcas preferidas QL – Límite a la cantidad SP – Medicamentos de especialidad CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

Lista de medicamentos con receta

ANTINEOPLÁSICOS (Cáncer) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTINEOPLÁSICOS, INHIBIDORES DE ENZIMAS SISTÉMICAS (cont.)		
NEXAVAR (<i>sorafenib tosylate</i>)	T4	PA QL(120 tabs/fill) SP HD CSL
NINLARO	T4	PA QL(3 caps/fill) SP HD CSL
OGSIVEO	T4	PA SP CSL
<i>pazopanib hcl (Votrient)</i>	T2	PA QL(120 tabs/30 days) SP HD CSL
PEMAZYRE	T4	PA QL(28 tabs/30 days) SP CSL
PIQRAY	T4	PA SP HD CSL
RETEVMO 40 MG CAPSULE	T4	PA QL(180 caps/fill) SP HD CSL
RETEVMO 80 MG CAPSULE	T4	PA QL(120 caps/fill) SP HD CSL
ROZLYTREK 100 MG CAPSULE	T4	PA QL(30 caps/fill) SP HD CSL
ROZLYTREK 200 MG CAPSULE	T4	PA QL(90 caps/fill) SP HD CSL
ROZLYTREK 50 MG PELLETT PACKET	T4	
RUBRACA	T4	PA QL(120 tabs/fill) SP CSL
RYDAPT	T4	PA QL(224 caps/fill) SP HD CSL
SCEMBLIX 20MG TABLET	T4	PA SP HD QL (600 tabs/30 days) CSL
SCEMBLIX 40MG TABLET	T4	PA SP HD QL (300 tabs/30 days) CSL
<i>sorafenib tosylate (Nexavar)</i>	T2	PA QL(120 tabs/fill) SP HD CSL
SPRYCEL 100 MG TABLET	T4	PA QL(30 tabs/fill) SP HD CSL
SPRYCEL 140 MG TABLET	T4	PA QL(30 tabs/fill) SP HD CSL
SPRYCEL 20 MG TABLET	T4	PA QL(90 tabs/fill) SP HD CSL
SPRYCEL 50 MG TABLET	T4	PA QL(30 tabs/fill) SP HD CSL
SPRYCEL 70 MG TABLET	T4	PA QL(60 tabs/fill) SP HD CSL
SPRYCEL 80 MG TABLET	T4	PA QL(30 tabs/fill) SP HD CSL
STIVARGA	T4	PA QL(84 tabs/fill) SP HD CSL
<i>sunitinib malate 12.5 mg cap (Sutent)</i>	T2	PA QL(90 caps/fill) SP HD CSL
<i>sunitinib malate 25 mg capsule (Sutent)</i>	T2	PA QL(30 caps/fill) SP HD CSL
<i>sunitinib malate 37.5 mg cap (Sutent)</i>	T2	PA QL(30 caps/fill) SP HD CSL
<i>sunitinib malate 50 mg capsule (Sutent)</i>	T2	PA QL(30 caps/fill) SP HD CSL
SUTENT 12.5 MG CAPSULE (<i>sunitinib malate</i>)	T4	PA QL(90 caps/fill) SP HD CSL
SUTENT 25 MG CAPSULE (<i>sunitinib malate</i>)	T4	PA QL(30 caps/fill) SP HD CSL
SUTENT 37.5 MG CAPSULE (<i>sunitinib malate</i>)	T4	PA QL(30 caps/fill) SP HD CSL
SUTENT 50 MG CAPSULE (<i>sunitinib malate</i>)	T4	PA QL(30 caps/fill) SP HD CSL
TABRECTA	T4	PA SP HD CSL
TAGRISSO	T4	PA QL(30 tabs/fill) SP HD CSL
TALZENNA	T4	PA QL(30 caps/fill) SP HD CSL

T1 – Genéricos preferidos T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca ST – Tratamiento escalonado HD – Puede requerir entrega a domicilio
T2 – Genéricos no preferidos PA – Autorización previa AGE – Requisito de edad PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos
T3 – Marcas preferidas QL – Límite a la cantidad SP – Medicamentos de especialidad CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

Lista de medicamentos con receta

ANTINEOPLÁSTICOS (Cáncer) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTINEOPLÁSTICOS, INHIBIDORES DE ENZIMAS SISTÉMICAS (cont.)		
TARCEVA 25 MG TABLET (<i>erlotinib hcl</i>)	T4	PA QL(60 tabs/fill) SP HD CSL
TARCEVA 100 MG TABLET (<i>erlotinib hcl</i>)	T4	PA QL(30 tabs/fill) SP HD CSL
TARCEVA 150 MG TABLET (<i>erlotinib hcl</i>)	T4	PA QL(30 tabs/fill) SP HD CSL
TASIGNA 50 MG CAPSULE	T4	PA QL(120 caps/fill) SP HD CSL
TASIGNA 150 MG, 200 MG CAPSULE	T4	PA QL(112 caps/fill) SP HD CSL
TUKYSA 150 MG TABLET	T4	PA QL(120 tabs/fill) SP CSL
TUKYSA 50 MG TABLET	T4	PA QL(300 tabs/fill) SP CSL
TURALIO	T4	PA QL(120 caps/fill) SP CSL
TYKERB (<i>lapatinib ditosylate</i>)	T4	PA QL(180 tabs/fill) SP HD CSL
VERZENIO	T4	PA QL(60 tabs/fill) SP HD CSL
VITRAKVI 20 MG/ML SOLUTION	T4	PA QL(300 mls/fill) SP HD CSL
VITRAKVI 25 MG CAPSULE	T4	PA QL(180 caps/fill) SP HD CSL
VITRAKVI 100 MG CAPSULE	T4	PA QL(60 caps/fill) SP HD CSL
VIZIMPRO	T4	PA QL(30 tabs/fill) SP HD CSL
VONJO	T4	PA QL(120 caps/fill) SP CSL
VOTRIENT (<i>pazopanib hcl</i>)	T4	PA QL(120 tabs/30 days) SP HD CSL
XALKORI 200MG, 250MG CAPSULE	T4	PA QL(60 caps/30 days) SP HD CSL
XALKORI 20MG, 50MG, 150MG PELLETT	T4	PA SP HD CSL
XOSPATA	T4	PA QL(90 tabs/fill) SP CSL
ZEJULA 100MG, 200MG, 300MG TABLET	T3	SP PA
ZYDELIG	T4	PA QL(60 tabs/fill) SP HD CSL
ZYKADIA	T4	PA QL(90 tabs/caps/fill) SP HD CSL
ANTINEOPLÁSTICOS-INHIBIDORES DE LINFOMA DE CÉLULAS B-2 (BCL-2)		
VENCLEXTA 10 MG TAB (10MG X 2)	T4	PA QL(56 tabs/fill) SP CSL
VENCLEXTA 10 MG TABLET	T4	PA QL(56 tabs/fill) SP CSL
VENCLEXTA 100 MG TABLET	T4	PA QL(180 tabs/fill) SP CSL
VENCLEXTA 50 MG TABLET	T4	PA QL(28 tabs/fill) SP CSL
VENCLEXTA STARTING PACK	T4	PA QL(42 tabs/fill) SP CSL
ANTINEOPLÁSTICOS-INHIBIDOR DEL FACTOR INDUCIBLE POR HIPOXIA (HIF)		
WELIREG	T4	PA SP CSL
ANTINEOPLÁSTICOS-INHIBIDORES DE LA ISOCITRATO DESHIDROGENASA		
IDHIFA	T4	PA QL(30 tabs/fill) SP HD CSL
TIBSOVO	T4	PA SP CSL

T1 – Genéricos preferidos T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca ST – Tratamiento escalonado HD – Puede requerir entrega a domicilio
T2 – Genéricos no preferidos PA – Autorización previa AGE – Requisito de edad PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos
T3 – Marcas preferidas QL – Límite a la cantidad SP – Medicamentos de especialidad CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

Lista de medicamentos con receta

ANTINEOPLÁSTICOS (Cáncer) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTINEOPLÁSTICOS, VARIOS		
<i>etoposide</i>	T2	SP HD CSL
LYSODREN	T3	CSL
MATULANE	T4	SP CSL
<i>tretinoin 10 mg capsule</i>	T2	CSL
INMUNOMODULADORES		
ACTIMMUNE	T4	PA SP HD
MODULADORES SELECTIVOS DE RECEPTORES ESTROGÉNICOS (SERM)		
FARESTON (<i>toremifene citrate</i>)	T4	HD CSL
SOLTAMOX	T4	HD PPACA CSL
<i>tamoxifen citrate</i>	T2	HD PPACA CSL
<i>toremifene citrate (Fareston)</i>	T2	HD CSL
ANTINEOPLÁSTICOS ESTEROIDES		
EMCYT	T4	SP HD CSL
<i>megestrol 20 mg tablet</i>	T2	CSL
<i>megestrol 40 mg tablet</i>	T2	CSL
ANTINEOPLÁSTICOS (Condiciones cutáneas)		
ANTINEOPLÁSTICOS TÓPICOS FOTOACT., LESIONES PREMALIGNAS		
LEVULAN	T4	SP
AGENTES ANTINEOPLÁSTICOS TÓPICOS PARA LESIONES PREMALIGNAS		
bexarotene 1% gel (Targretin)	T2	PA SP HD
diclofenac sodium 3% gel	T2	PA QL(100 gms/28 days)
EFUDEX (<i>fluorouracil</i>)	T4	
FLUOROPLEX	T4	
<i>fluorouracil 2% topical soln</i>	T2	
<i>fluorouracil 5% cream (Efudex)</i>	T2	
<i>fluorouracil 5% topical soln</i>	T2	
PANRETIN	T4	PA SP HD
TARGRETIN 1% GEL (<i>bexarotene</i>)	T4	PA SP HD
TOLAK	T4	
VALCHLOR	T4	PA SP HD
MEDICAMENTOS CONTRA LA OBESIDAD (Control del peso)		
ANOREXÍGENOS CONTRA LA OBESIDAD		
ADIPEX-P (<i>phentermine hcl</i>)	T4	PA QL(30 tabs/30 days)

T1 – Genéricos preferidos T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca ST – Tratamiento escalonad HD – Puede requerir entrega a domicilio
T2 – Genéricos no preferidos PA – Autorización previa AGE – Requisito de edad PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos
T3 – Marcas preferidas QL – Límite a la cantidad SP – Medicamentos de especialidad CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

Lista de medicamentos con receta

MEDICAMENTOS CONTRA LA OBESIDAD (Control del peso) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANOREXÍGENOS CONTRA LA OBESIDAD (cont.)		
<i>benzphetamine hcl</i>	T2	PA QL(90 tabs/fill)
<i>diethylpropion hcl</i>	T2	PA QL(90 tabs/fill)
<i>diethylpropion hcl</i>	T2	PA QL(30 tabs/fill)
LOMAIRA	T4	PA QL(90 tabs/fill)
<i>phendimetrazine tartrate</i>	T2	PA QL(30 caps/fill)
<i>phendimetrazine tartrate</i>	T2	PA QL(180 tabs/fill)
<i>phentermine 15 mg, 30 mg capsule</i>	T2	PA QL(30 caps/fill)
<i>phentermine 37.5 mg capsule</i>	T2	PA QL(30 caps/30 days)
<i>phentermine 37.5 mg tablet (Adipex-P)</i>	T2	PA QL(30 tabs/fill)
QSYMIA	T4	PA QL(30 caps/fill)
COMBINACIÓN DE MIMÉTICOS DE INCRETINA CONTRA LA OBESIDAD		
ZEPBOUND	T3	
AGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE LA MELANOCORTINA 4 CONTRA LA OBESIDAD		
IMCIVREE	T4	PA QL(6 mls/30 days) SP
AGONISTAS DE LOS RECEPTORES DEL PÉPTIDO SIMILAR AL GLUCAGÓN TIPO I CONTRA LA OBESIDAD		
SAXENDA	T4	PA QL(5 pens/fill)
WEGOVY 0.25 MG/0.5 ML PEN	T3	PA QL(8 pens/year)
WEGOVY 0.5 MG/0.5 ML PEN	T3	PA QL(8 pens/year)
WEGOVY 1 MG/0.5 ML PEN	T3	PA QL(8 pens/year)
WEGOVY 1.7 MG/0.75 ML PEN	T3	PA QL(8 pens/year)
WEGOVY 2.4 MG/0.75 ML PEN	T3	PA QL(4 pens/28 days)
AGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE LA SEROTONINA 2C CONTRA LA OBESIDAD		
BELVIQ	T4	PA
BELVIQ XR	T4	PA
ANTAG. OPIOIDES-INHIB. DE LA RECAPT. DE NOREPINEFRINA Y DOPAMINA CONTRA LA OBESIDAD		
CONTRAVE	T4	PA QL(120 tabs/fill)
AGENTES QUE REDUCEN LA ABSORCIÓN DE GRASAS		
ORLISTAT	T4	PA QL(90 caps/fill)
XENICAL	T4	PA QL(90 caps/fill)
ANTIPARASITARIOS (Condiciones oculares)		
ANTIPARASITARIOS OFTÁLMICOS (DE LOS OJOS)		
XDEMYV	T4	QL(10 mgs/30 days) SP

T1 – Genéricos preferidos T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca ST – Tratamiento escalonado HD – Puede requerir entrega a domicilio
T2 – Genéricos no preferidos PA – Autorización previa AGE – Requisito de edad PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos
T3 – Marcas preferidas QL – Límite a la cantidad SP – Medicamentos de especialidad CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

Lista de medicamentos con receta

ANTIPARASITARIOS (Infecciones)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIPARASITARIOS		
ALINIA 100 MG/5 ML SUSPENSION	T3	QL(180ml/30 days)
<i>nitazoxanide</i> (Alinia)	T2	QL(12 tabs/30 days)
ANTIPARASITARIOS TÓPICOS		
<i>crotamiton</i>	T2	
ELIMITE (<i>permethrin</i>)	T4	
EURAX	T4	
<i>ivermectin 0.5% lotion</i> (Sklice)	T2	
<i>permethrin</i> (Elimite)	T2	
SKLICE (<i>ivermectin</i>)	T4	
<i>spinosad</i> (Natroba)	T2	
ULESFIA	T4	
MEDICAMENTOS ANTIPARKINSONIANOS (Enfermedad de Parkinson)		
MEDICAMENTOS ANTIPARKINSONIANOS, ANTICOLINÉRGICOS		
<i>benztropine mesylate</i>	T1	HD
<i>trihexyphenidyl hcl</i>	T2	HD
MEDICAMENTOS ANTIPARKINSONIANOS, OTROS		
<i>amantadine hcl</i>	T2	HD
<i>apomorphine hcl</i>	T2	PA QL(30 mls/30 days) SP
AZILECT (<i>rasagiline mesylate</i>)	T4	ST HD
<i>bromocriptine mesylate</i> (Parlodel)	T2	HD
<i>carbidopa/levodopa</i>	T2	HD
<i>carbidopa/levodopa</i> (Sinemet 10-100)	T2	HD
<i>carbidopa/levodopa</i> (Sinemet 25-100)	T2	HD
<i>carbidopa/levodopa/entacapone</i> (Stalevo 100)	T2	HD
<i>carbidopa/levodopa/entacapone</i> (Stalevo 125)	T2	HD
<i>carbidopa/levodopa/entacapone</i> (Stalevo 150)	T2	HD
<i>carbidopa/levodopa/entacapone</i> (Stalevo 200)	T2	HD
<i>carbidopa/levodopa/entacapone</i> (Stalevo 50)	T2	HD
<i>carbidopa/levodopa/entacapone</i> (Stalevo 75)	T2	HD
COMTAN (<i>entacapone</i>)	T4	HD
DUOPA	T4	PA SP HD
<i>entacapone</i> (Comtan)	T2	HD
INBRIJA	T4	PA QL(300 caps/fill) SP HD
KYNMOBI	T3	PA QL(150 films/30 days) HD

T1 – Genéricos preferidos

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca

ST – Tratamiento escalonad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

T2 – Genéricos no preferidos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T3 – Marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

Lista de medicamentos con receta

MEDICAMENTOS ANTIPARKINSONIANOS (Enfermedad de Parkinson) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
MEDICAMENTOS ANTIPARKINSONIANOS, OTROS (cont.)		
MIRAPEX ER (<i>pramipexole di-hcl</i>)	T4	HD
NEUPRO	T4	HD
NOURIANZ	T4	PA QL(30 tabs/fil) SP HD
PARLODEL (<i>bromocriptine mesylate</i>)	T4	HD
<i>pramipexole di-hcl</i>	T2	HD
<i>pramipexole di-hcl</i> (Mirapex Er)	T2	HD
<i>rasagiline mesylate</i> (Azilect)	T2	HD
<i>ropinirole hcl</i>	T2	HD
RYTARY	T4	HD
<i>selegiline hcl</i>	T2	HD
SINEMET 10-100 (<i>carbidopa/levodopa</i>)	T4	HD
SINEMET 25-100 (<i>carbidopa/levodopa</i>)	T4	HD
STALEVO 100 (<i>carbidopa/levodopa/entacapone</i>)	T4	HD
STALEVO 125 (<i>carbidopa/levodopa/entacapone</i>)	T4	HD
STALEVO 150 (<i>carbidopa/levodopa/entacapone</i>)	T4	HD
STALEVO 200 (<i>carbidopa/levodopa/entacapone</i>)	T4	HD
STALEVO 50 (<i>carbidopa/levodopa/entacapone</i>)	T4	HD
STALEVO 75 (<i>carbidopa/levodopa/entacapone</i>)	T4	HD
TASMAR (<i>tolcapone</i>)	T4	PA HD
<i>tolcapone</i> (Tasmar)	T2	PA HD
INHIBIDORES DE LA DESCARBOXILASA		
<i>carbidopa</i> (Lodosyn)	T2	PA
LODOSYN (<i>carbidopa</i>)	T4	PA
MEDICAMENTOS ANTIPLAQUETARIOS (Diluyentes de la sangre/anticoagulantes)		
INHIBIDORES DE LA AGRUPACIÓN PLAQUETARIA		
<i>aspirin/dipyridamole</i>	T2	HD
BRILINTA	T3	HD
<i>cilostazol</i>	T2	HD
<i>clopidogrel bisulfate</i>	T1	HD
<i>clopidogrel bisulfate</i> (Plavix)	T1	HD
<i>dipyridamole</i>	T2	HD
EFFIENT (<i>prasugrel hcl</i>)	T4	HD
<i>prasugrel hcl</i> (Effient)	T2	HD
ZONTIVITY	T4	PA HD

T1 – Genéricos preferidos

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca

ST – Tratamiento escalonad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

T2 – Genéricos no preferidos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T3 – Marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

Lista de medicamentos con receta

MEDICAMENTOS ANTIPLAQUETARIOS (Diluyentes de la sangre/anticoagulantes) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGENTES REDUCTORES DE PLAQUETAS		
AGRYLIN (<i>anagrelide hcl</i>)	T4	
<i>anagrelide hcl</i>	T2	
<i>anagrelide hcl</i> (Agylin)	T2	
ANTIVÍRICOS (SIDA/VIH)		
ANTIRRETROVIRALES - INHIBIDORES DE LA CÁPSIDE		
SUNLENCA	T4	PA SP
ANTIRRETROVIRALES-COMB. DE INHIBIDORES DE LA INTEGRASA Y NNRTI		
JULUCA	T4	SP
DOVATO	T4	SP
TRIUMEQ	T4	SP
TRIUMEQ PD	T4	SP
ANTIRRETROVIRALES-NUCLEÓSIDOS, NUCLEÓTIDOS, INHIB. DE LA PROTEASA		
SYM TUZA	T4	SP
ANTIVÍRICOS, ESPEC. PARA VIH, INHIB. DE LA PROTEASA NO PEPTÍDICOS		
APTIVUS	T4	SP
<i>darunavir</i> (Prezista)	T2	SP
PREZISTA 600MG, 800MG TABLET (<i>darunavir</i>)	T4	SP
ANTIVÍRICOS, ESPEC. PARA VIH, ANÁLOGOS DE NUCLEÓSIDOS-NUCLEÓTIDOS		
CIMDUO	T4	SP
DESCOVY	T4	SP
<i>emtricitabine-tenofv 100-150mg</i> (Truvada)	T2	SP
<i>emtricitabine-tenofv 133-200mg</i> (Truvada)	T2	SP
<i>emtricitabine-tenofv 167-250mg</i> (Truvada)	T2	SP
<i>emtricitabine-tenofv 200-300mg</i> (Truvada)	T2	SP PPACA
TEMIXYS	T4	SP
ANTIVÍRICOS, ESPEC. PARA VIH, COMB. ANÁLOGOS DE NUCLEÓSIDOS, RTI		
<i>abacavir sulfate/lamivudine</i> (Epzicom)	T2	SP
<i>abacavir/lamivudine/zidovudine</i> (Trizivir)	T2	SP
COMBIVIR (<i>lamivudine/zidovudine</i>)	T4	SP
EPZICOM (<i>abacavir sulfate/lamivudine</i>)	T4	SP
<i>lamivudine/zidovudine</i> (Combivir)	T2	SP
TRIZIVIR (<i>abacavir/lamivudine/zidovudine</i>)	T4	SP
ANTIVÍRICOS, ESPECÍFICOS PARA VIH, ANTAG. DEL CO-RECEPTOR CCR5		
<i>maraviroc</i> (Selzentry)	T2	SP

T1 – Genéricos preferidos T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca ST – Tratamiento escalonad HD – Puede requerir entrega a domicilio
T2 – Genéricos no preferidos PA – Autorización previa AGE – Requisito de edad PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos
T3 – Marcas preferidas QL – Límite a la cantidad SP – Medicamentos de especialidad CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

Lista de medicamentos con receta

ANTIVÍRICOS (SIDA/VIH) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIVÍRICOS, ESPECÍFICOS PARA VIH, ANTAG. DEL CO-RECEPTOR CCR5 (cont.)		
SELZENTRY 20 MG/ML ORAL SOLN	T4	SP
SELZENTRY 25 MG TABLET	T4	SP
SELZENTRY 75 MG TABLET	T4	SP
SELZENTRY 150 MG TABLET (<i>maraviroc</i>)	T4	SP
SELZENTRY 300 MG TABLET (<i>maraviroc</i>)	T4	SP
ANTIVÍRICOS, ESPECÍFICOS PARA VIH, INHIBIDORES DE LA FUSIÓN		
FUZEON	T4	SP QL (60 vials/30 days)
ANTIVÍRICOS, ESPECÍFICOS PARA VIH, NO NUCLEÓSIDOS, RTI		
EDURANT	T4	SP
<i>efavirenz</i> (Sustiva)	T2	SP
<i>etravirine</i> (Intelence)	T2	SP
INTELENCE 100 MG TABLET (<i>etravirine</i>)	T4	SP
INTELENCE 200 MG TABLET (<i>etravirine</i>)	T4	SP
INTELENCE 25 MG TABLET	T4	SP
<i>nevirapine</i>	T2	SP
<i>nevirapine</i> (Viramune Xr)	T2	SP
SUSTIVA (<i>efavirenz</i>)	T4	SP
VIRAMUNE XR (<i>nevirapine</i>)	T4	SP
ANTIVÍRICOS, ESPECÍFICOS PARA VIH, ANÁLOGOS DE NUCLEÓSIDOS, RTI		
<i>abacavir sulfate</i> (Ziagen)	T2	SP
<i>didanosine</i>	T2	SP
<i>emtricitabine</i> (Emtriva)	T2	SP
EMTRIVA 10 MG/ML SOLUTION	T4	SP
EMTRIVA 200 MG CAPSULE (<i>emtricitabine</i>)	T4	SP
EPIVIR (<i>lamivudine</i>)	T4	SP
<i>lamivudine</i> (EpiVir)	T2	SP
RETROVIR (<i>zidovudine</i>)	T4	SP
<i>stavudine</i>	T2	SP
ZIAGEN (<i>abacavir sulfate</i>)	T4	SP
<i>zidovudine</i>	T2	SP
<i>zidovudine</i> (Retrovir)	T2	SP
ANTIVÍRICOS, ESPECÍFICOS PARA VIH, ANÁLOGOS DE NUCLEÓTIDOS, RTI		
<i>tenofovir disoproxil fumarate</i> (Viread)	T2	SP
VIREAD 150 MG TABLET	T4	SP

T1 – Genéricos preferidos T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca ST – Tratamiento escalonado HD – Puede requerir entrega a domicilio
T2 – Genéricos no preferidos PA – Autorización previa AGE – Requisito de edad PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos
T3 – Marcas preferidas QL – Límite a la cantidad SP – Medicamentos de especialidad CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

Lista de medicamentos con receta

ANTIVÍRICOS (SIDA/VIH) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIVÍRICOS, ESPECÍFICOS PARA VIH, ANÁLOGOS DE NUCLEÓTIDOS, RTI (cont.)		
VIREAD 200 MG TABLET	T4	SP
VIREAD 250 MG TABLET	T4	SP
VIREAD 300 MG TABLET (<i>tenofovir disoproxil fumarate</i>)	T4	SP
VIREAD POWDER	T4	SP
ANTIVÍRICOS, ESPECÍFICOS PARA VIH, COMB. DE INHIBIDORES DE LA PROTEASA		
KALETRA (<i>lopinavir/ritonavir</i>)	T4	SP
<i>lopinavir/ritonavir</i> (Kaletra)	T2	SP
ANTIVÍRICOS, ESPECÍFICOS PARA VIH, INHIBIDORES DE LA PROTEASA		
<i>atazanavir sulfate</i> (Reyataz)	T2	SP
EVOTAZ	T4	SP
<i>fosamprenavir calcium</i> (Lexiva)	T2	SP
INVIRASE	T4	SP
LEXIVA 50 MG/ML SUSPENSION	T4	SP
LEXIVA 700 MG TABLET (<i>fosamprenavir calcium</i>)	T4	SP
NORVIR 100 MG POWDER PACKET	T4	SP
NORVIR 100 MG TABLET (<i>ritonavir</i>)	T4	SP
REYATAZ 150 MG CAPSULE (<i>atazanavir sulfate</i>)	T4	SP
REYATAZ 200 MG CAPSULE (<i>atazanavir sulfate</i>)	T4	SP
REYATAZ 300 MG CAPSULE (<i>atazanavir sulfate</i>)	T4	SP
REYATAZ 50 MG POWDER PACKET	T4	SP
<i>ritonavir</i> (Norvir)	T2	SP
VIRACEPT	T4	SP
ANTIVÍRICOS, INHIBIDORES DE LA TRANSFERENCIA DE CADENA DE LA INTEGRASA DEL VIH-I		
APRETUDE	T4	PA SP PPACA
ISENTRESS	T4	SP
ISENTRESS HD	T4	SP
TIVICAY	T4	SP
TIVICAY PD	T4	SP
ANTIRRETROV., COMB. DE NUCLEÓSIDOS, NUCLEÓTIDOS Y RTI NO NUCLEÓSIDOS		
<i>efavirenz/emtricit/tenofovir df</i> (Atripla)	T2	SP
<i>efavirenz/lamivu/tenofovir disop</i> (Symfi Lo)	T2	SP
<i>efavirenz/lamivu/tenofovir disop</i> (Symfi)	T2	SP
ODEFSEY	T4	SP

T1 – Genéricos preferidos T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca ST – Tratamiento escalonado HD – Puede requerir entrega a domicilio
T2 – Genéricos no preferidos PA – Autorización previa AGE – Requisito de edad PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos
T3 – Marcas preferidas QL – Límite a la cantidad SP – Medicamentos de especialidad CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

Lista de medicamentos con receta

ANTIVÍRICOS (SIDA/VIH) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIRRETROV., COMB. DE NUCLEÓSIDOS, NUCLEÓTIDOS Y RTI NO NUCLEÓSIDOS (cont.)		
SYMFI (efavirenz/lamivu/tenofof disop)	T4	SP
SYMFI LO (efavirenz/lamivu/tenofof disop)	T4	SP
ANTIRRETROV.-NUCLEÓSIDOS, RTI NUCLEÓTIDOS, INHIBIDORES DE LA INTEGRASA		
BIKTARVY	T4	SP
GENVOYA	T4	SP
ANTIVÍRICOS (Condiciones oculares)		
ANTIVÍRICOS PARA LOS OJOS		
trifluridine	T2	
ZIRGAN	T4	
ANTIVÍRICOS (Infecciones)		
ANTIVÍRICOS, GENERALES		
acyclovir 200 mg capsule	T2	
acyclovir 200 mg/5 ml susp (Zovirax)	T2	
acyclovir 400 mg tablet	T2	
acyclovir 800 mg tablet	T2	
famciclovir 125 mg tablet	T2	QL(21 tabs/fill)
famciclovir 250 mg tablet	T2	QL(60 tabs/fill)
famciclovir 500 mg tablet	T2	QL(21 tabs/fill)
FLUMADINE (rimantadine hcl)	T4	
LIVTENCITY	T4	PA QL(112 tabs/28 days) SP
oseltamivir 6 mg/ml suspension (Tamiflu)	T2	QL(180 mls/30 days)
oseltamivir phos 30 mg RINVOQ capsule (Tamiflu)	T2	QL(20 caps/30 days)
oseltamivir phos 45 mg capsule (Tamiflu)	T2	QL(10 caps/30 days)
oseltamivir phos 75 mg capsule (Tamiflu)	T2	QL(10 caps/30 days)
PREVYMIS	T4	QL(30 tabs/fill) SP HD
RELENZA	T4	QL(20 blisters/10 days)
rimantadine hcl (Flumadine)	T2	
TAMIFLU 30 MG CAPSULE (oseltamivir phosphate)	T4	QL(20 caps/fill)
TAMIFLU 45 MG CAPSULE (oseltamivir phosphate)	T4	QL(10 caps/fill)
TAMIFLU 6 MG/ML SUSPENSION (oseltamivir phosphate)	T4	QL(180 mls/fill)
TAMIFLU 75 MG CAPSULE (oseltamivir phosphate)	T4	QL(10 caps/fill)
valacyclovir hcl (Valtrex)	T2	QL(30 tabs/fill)
VALCYTE (valganciclovir hcl)	T4	

T1 – Genéricos preferidos T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca ST – Tratamiento escalonad HD – Puede requerir entrega a domicilio
T2 – Genéricos no preferidos PA – Autorización previa AGE – Requisito de edad PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos
T3 – Marcas preferidas QL – Límite a la cantidad SP – Medicamentos de especialidad CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

Lista de medicamentos con receta

ANTIVÍRICOS (Infecciones) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIVÍRICOS, GENERALES (cont.)		
<i>valganciclovir hcl (Valcyte)</i>	T2	
XOFLUZA	T4	QL(1 tab/fill)
ZOVIRAX 200 MG/5 ML SUSP (<i>acyclovir</i>)	T4	
HEP. C - COMBO DE INHIB. DE NS5A, NS3/4A, NS5B NUCLEÓTIDOS		
VOSEVI	T4	PA QL(28 tabs/fill) SP HD
VIRUS DE LA HEP. C - COMBO DE INHIB. DE LA POLIMERASA NS5B Y NS5A		
EPCLUSA 150-37.5 MG PELLETT PKT	T4	PA QL(28 packs/fill) SP HD
EPCLUSA 200 MG-50 MG TABLET	T4	PA QL(28 tabs/fill) SP HD
EPCLUSA 200-50 MG PELLETT PACK	T4	PA SP HD QL (28 pkts/28 days)
EPCLUSA 400 MG-100 MG TABLET	T4	PA QL(28 tabs/fill) SP HD
HARVONI 33.75-150 MG PELLETT PK	T4	PA QL(28 packs/fill) SP HD
HARVONI 45-200 MG PELLETT PACKT	T4	PA QL(56 packs/fill) SP HD
HARVONI 45-200 MG TABLET	T4	PA QL(56 tabs/fill) SP HD
HARVONI 90-400 MG TABLET	T4	PA QL(>= 18 yo 28 tabs/fill) SP HD
AGENTES PARA EL TRATAMIENTO DE LA HEPATITIS B		
<i>adefovir dipivoxil</i>	T2	SP HD
BARACLUDE 0.05 MG/ML SOLUTION	T4	SP HD
<i>entecavir (Baraclude)</i>	T2	SP HD
EPIVIR HBV 100 MG TABLET (<i>lamivudine</i>)	T4	SP
EPIVIR HBV 25 MG/5 ML SOLN	T4	SP
<i>lamivudine (Epiriv Hbv)</i>	T2	SP
VEMLIDY	T4	SP HD
PEGASYS 180 MCG/0.5 ML SYRINGE KIT	T4	SP HD
PEGASYS PROCLICK 180MCG/0.5ML	T4	SP HD
<i>ribasphere 200 mg capsule</i>	T2	ST SP HD
<i>ribasphere 600 mg tablet</i>	T2	ST SP
AGENTES PARA EL TRATAMIENTO DE LA HEPATITIS C		
<i>ribavirin</i>	T2	ST SP HD
VIRUS DE LA HEPATITIS C - COMB. DE INHIB. DE NS5A Y NS3/4A		
ZEPATIER	T4	PA QL(28 tabs/fill) SP HD
ANTIVÍRICOS (Condiciones cutáneas)		
ANTIVÍRICOS TÓPICOS		
<i>acyclovir 5% cream (Zovirax)</i>	T2	PA QL(5 gms/fill)
<i>acyclovir 5% ointment (Zovirax)</i>	T2	PA QL(30 gms/fill)

T1 – Genéricos preferidos T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca ST – Tratamiento escalonad HD – Puede requerir entrega a domicilio
T2 – Genéricos no preferidos PA – Autorización previa AGE – Requisito de edad PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos
T3 – Marcas preferidas QL – Límite a la cantidad SP – Medicamentos de especialidad CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

Lista de medicamentos con receta

ANTIVÍRICOS (Condiciones cutáneas) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIVÍRICOS TÓPICOS (cont.)		
DENAVIR	T4	
<i>penciclovir</i>	T2	
ZOVIRAX 5% CREAM (<i>acyclovir</i>)	T4	PA QL(5 gms/fill)

MEDICAMENTOS PARA EL SISTEMA NERVIOSO AUTÓNOMO (Alergia/rociadores nasales)

AGENTES PARA EL TRATAMIENTO DE LA ANAFILAXIA

AUVI-Q	T3	QL(2 auto-injs/30 days)
<i>epinephrine 0.15 mg auto-inject</i> (EpiPen Jr 2-Pak)	T2	QL(2 auto-injs/fill)
<i>epinephrine 0.15 mg auto-inject</i> (EpiPen Jr)	T2	QL(2 auto-injs/fill)
<i>epinephrine 0.3 mg auto-inject</i> (EpiPen 2-Pak)	T2	QL(2 auto-injs/fill)
<i>epinephrine 0.3 mg auto-inject</i> (EpiPen)	T2	QL(2 auto-injs/fill)
EPIPEN (<i>epinephrine</i>)	T3	PA QL(2 auto-injs/fill)
EPIPEN 2-PAK (<i>epinephrine</i>)	T3	PA QL(2 auto-injs/fill)
EPIPEN JR (<i>epinephrine</i>)	T3	PA QL(2 auto-injs/fill)
EPIPEN JR 2-PAK (<i>epinephrine</i>)	T3	PA QL(2 auto-injs/fill)
SYMJEPI	T3	QL(2 syringes/fill)

MEDICAMENTOS PARA EL SISTEMA NERVIOSO AUTÓNOMO (Enfermedad de Alzheimer)

INHIBIDORES DE LA COLINESTERASA

ADLARITY	T4	ST HD
ARICEPT (<i>donepezil hcl</i>)	T4	ST HD
<i>donepezil hcl</i>	T1	HD
<i>donepezil hcl 5mg, 10mg tablet</i> (Aricept)	T1	HD
<i>donepezil hcl 23 mg tablet</i> (Aricept)	T1	ST HD
EXELON (<i>rivastigmine</i>)	T4	ST HD
<i>galantamine hbr</i>	T2	HD
<i>galantamine hbr</i> (Razadyne Er)	T2	HD
<i>pyridostigmine 60 mg/5 ml soln</i> (Mestinon)	T2	HD
PYRIDOSTIGMINE BR 30 MG TABLET	T4	HD
<i>pyridostigmine br 60 mg tablet</i> (Mestinon)	T2	HD
<i>pyridostigmine bromide</i> (Mestinon)	T2	HD
RAZADYNE ER (<i>galantamine hbr</i>)	T4	ST HD
<i>rivastigmine</i> (Exelon)	T2	HD
<i>rivastigmine tartrate</i>	T2	HD

T1 – Genéricos preferidos

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

T2 – Genéricos no preferidos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T3 – Marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

Lista de medicamentos con receta

MEDICAMENTOS PARA EL SISTEMA NERVIOSO AUTÓNOMO (Trastorno de déficit de atención e hiperactividad)⁸

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ADRENÉRGICOS, AROMÁTICOS, SIN CATECOLAMINAS		
ADZENYS XR-ODT	T4	ST
<i>amphetamine sulfate</i> (Evekeo)	T2	
DESOXYN (<i>methamphetamine hcl</i>)	T4	
DEXEDRINE (<i>dextroamphetamine sulfate</i>)	T4	ST
<i>dextroamphetamine sulfate</i>	T2	
<i>dextroamphetamine sulfate</i> (Dexedrine)	T2	
<i>dextroamphetamine sulfate</i> (Zenzedi)	T2	
<i>dextroamphetamine/amphetamine</i> (Adderall Xr)	T2	
<i>dextroamphetamine/amphetamine</i> (Adderall)	T2	
<i>dextroamphetamine/amphetamine</i> (Mydayis)	T2	
EVEKEO ODT	T4	
<i>methamphetamine hcl</i> (Desoxyn)	T2	
MYDAYIS (<i>dextroamphetamine/amphetamine</i>)	T4	ST
<i>zenzedi 10 mg tablet</i>	T2	
ZENZEDI 15 MG TABLET (<i>dextroamphetamine sulfate</i>)	T4	
ZENZEDI 2.5 MG TABLET	T4	
ZENZEDI 20 MG TABLET (<i>dextroamphetamine sulfate</i>)	T4	
ZENZEDI 30 MG TABLET (<i>dextroamphetamine sulfate</i>)	T4	
<i>zenzedi 5 mg tablet</i>	T2	
ZENZEDI 7.5 MG TABLET	T4	

MEDICAMENTOS PARA EL SISTEMA NERVIOSO AUTÓNOMO (Medicamentos para la presión arterial/para el corazón)

AGENTES VASOCONSTRICTORES ADRENÉRGICOS

<i>droxidopa</i> (Northera)	T2	PA SP HD
<i>midodrine hcl</i>	T2	
DIBENZYLIN (<i>phenoxybenzamine hcl</i>)	T4	PA HD
<i>phenoxybenzamine hcl</i> (Dibenzylin)	T2	PA HD

MEDICAMENTOS PARA EL SISTEMA NERVIOSO AUTÓNOMO (Condiciones urinarias)

AGENTES PARASIMPATICOMIMÉTICOS

<i>bethanechol chloride</i>	T2	HD
<i>bethanechol chloride</i> (Urecholine)	T2	HD
<i>cevimeline hcl</i> (Evoxac)	T2	HD
EVOXAC (<i>cevimeline hcl</i>)	T4	HD
<i>pilocarpine hcl</i> (Salagen)	T2	HD

T1 – Genéricos preferidos

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

T2 – Genéricos no preferidos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T3 – Marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

Lista de medicamentos con receta

MEDICAMENTOS PARA EL SISTEMA NERVIOSO AUTÓNOMO (Condiciones urinarias) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGENTES PARASIMPATICOMIMÉTICOS (cont.)		
SALAGEN (<i>pilocarpine hcl</i>)	T4	HD
URECHOLINE (<i>bethanechol chloride</i>)	T4	HD
PRODUCTOS BIOLÓGICOS (Alergia/rociadores nasales)		
EXTRACTOS ALERGÉNICOS, TERAPÉUTICOS		
GRASTEK	T3	PA
ODACTRA	T3	PA
ORALAIR	T3	PA
RAGWITEK	T3	PA
PRODUCTOS BIOLÓGICOS (Medicamentos para la presión arterial/para el corazón)		
INHIBIDORES DE CALICREÍNA PLASMÁTICA		
TAKHZYRO	T4	PA SP HD
PRODUCTOS BIOLÓGICOS (Varios)		
AGENTES PARA EL TRATAMIENTO DE LA FENILCETONURIA - FENILALANINA AMONIO LIASA		
PALYNZIQ 10 MG/0.5 ML SYRINGE	T4	PA QL(30 syringes/fill) SP HD
PALYNZIQ 2.5 MG/0.5 ML SYRINGE	T4	PA QL(8 syringes/fill) SP HD
PALYNZIQ 20 MG/ML SYRINGE	T4	PA QL(60 syringes/fill) SP HD
PRODUCTOS BIOLÓGICOS (Vacunas)		
VACUNAS CONTRA EL COVID-19		
COMIRNATY	T3	PPACA
JANSSEN COVID-19 VACCINE (EUA)	T3	PPACA
MODERNA COVID VAC(EUA)	T3	PPACA
MODERNA COVID-19 BOOSTER (EUA)	T3	PPACA
NOVAVAX COVID-19 VACC,ADJ(EUA)	T3	PPACA
PFIZER COVID-19 VACCINE (EUA)	T3	PPACA
SPIKEVAX COVID (18Y UP) VACC	T3	PPACA
VACUNAS CONTRA VIRUS ENTÉRICOS		
IPOL	T3	PPACA
ROTARIX	T3	HD PPACA
ROTATEQ	T3	PPACA
VACUNAS CONTRA COCOS GRAMNEGATIVOS		
BEXSERO	T3	PPACA
MENACTRA	T3	PPACA

T1 – Genéricos preferidos T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca ST – Tratamiento escalonado HD – Puede requerir entrega a domicilio
T2 – Genéricos no preferidos PA – Autorización previa AGE – Requisito de edad PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos
T3 – Marcas preferidas QL – Límite a la cantidad SP – Medicamentos de especialidad CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

Lista de medicamentos con receta

PRODUCTOS BIOLÓGICOS (Vacunas) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
VACUNAS CONTRA COCOS GRAMNEGATIVOS		
MENQUADFI	T3	PPACA
MENVEO A-C-Y-W-135-DIP	T3	PPACA
PENBRAYA	T3	PPACA
TRUMENBA	T3	PPACA
VACUNAS CONTRA COCOS GRAMPOSITIVOS		
PNEUMOVAX 23	T3	PPACA
PREVNAR 13	T3	PPACA
PREVNAR 20	T3	PPACA
VAXNEUVANCE	T3	PPACA
VACUNAS CONTRA EL VIRUS DE LA INFLUENZA		
AFLURIA QUAD	T3	PPACA
FLUAD	T3	PPACA
FLUAD QUAD	T3	PPACA
FLUARIX QUAD	T3	PPACA
FLUBLOK QUAD	T3	PPACA
FLUCELVAX QUAD	T3	PPACA
FLULAVAL QUAD	T3	PPACA
FLUMIST QUAD	T3	PPACA
FLUZONE HIGH-DOSE	T3	PPACA
FLUZONE HIGH-DOSE QUAD	T3	PPACA
FLUZONE QUAD	T3	PPACA
FLUZONE QUAD PEDI	T3	PPACA
VACUNAS CONTRA VIRUS NEUROTÓXICOS		
DENGVAXIA	T3	PPACA
PREPARACIONES, COMBINACIONES DE VACUNAS/TOXOIDES		
ACTHIB	T3	PPACA
ADACEL TDAP	T3	PPACA
BOOSTRIX TDAP	T3	PPACA
DAPTACEL DTAP	T3	PPACA
DIPHTHERIA-TETANUS TOXOIDS-PED	T3	PPACA
HIBERIX	T3	PPACA
INFANRIX DTAP	T3	PPACA
KINRIX	T3	PPACA
M-M-R II VACCINE	T3	PPACA

T1 – Genéricos preferidos

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

T2 – Genéricos no preferidos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T3 – Marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

Lista de medicamentos con receta

PRODUCTOS BIOLÓGICOS (Vacunas) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
PREPARACIONES, COMBINACIONES DE VACUNAS/TOXOIDES (cont.)		
PEDVAXHIB	T3	PPACA
PENTACEL	T3	PPACA
PENTACEL ACTHIB COMPONENT	T3	PPACA
PRIORIX	T3	PPACA
PROQUAD	T3	PPACA
QUADRACEL DTAP-IPV	T3	PPACA
TDVAX	T3	PPACA
TENIVAC	T3	PPACA
VAXELIS	T3	PPACA
VACUNAS ANTIVIRALES/DE CÉLULAS TUMORÍGENAS		
ACAM2000	T3	
AREXVY VIAL KIT	T3	PPACA
ENGERIX-B ADULT	T3	PPACA
ENGERIX-B PEDIATRIC-ADOLESCENT	T3	PPACA
GARDASIL 9	T3	PPACA
HEPLISAV-B	T3	PPACA
JYNNEOS	T3	
PEDIARIX	T3	PPACA
PREHEVBRIO	T3	PPACA
RECOMBIVAX HB	T3	PPACA
SHINGRIX	T3	PPACA
TWINRIX	T3	PPACA
VARIVAX VACCINE	T3	PPACA
SANGRE (Modificadores de la sangre/trastornos hemorrágicos)		
AGENTES ANTIFIBRINOLÍTICOS		
AMICAR (<i>aminocaproic acid</i>)	T4	SP HD
<i>aminocaproic acid</i> (Amicar)	T2	SP HD
LYSTEDA (<i>tranexamic acid</i>)	T4	SP
<i>tranexamic acid</i> (Lysteda)	T2	SP
INHIBIDORES DEL COMPLEMENTO		
EMPAVELI	T4	PA SP
FABHALTA	T4	PA SP
AGENTES PARA EL TRATAMIENTO DE LA HEMOFILIA, SIN REEMPLAZO DE FACTOR		
HEMLIBRA	T4	PA SP HD

T1 – Genéricos preferidos

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca

ST – Tratamiento escalonad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

T2 – Genéricos no preferidos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T3 – Marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

Lista de medicamentos con receta

SANGRE (Modificadores de la sangre/trastornos hemorrágicos) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ACTIVADORES DE LA PIRUVATO QUINASA		
PYRUKYND 20 MG TABLET	T4	PA QL(56 tabs/28 days) SP
PYRUKYND 20-5 MG TAPER PACK	T4	PA QL(14 tabs/365 days) SP
PYRUKYND 5 MG TABLET	T4	PA QL(56 tabs/28 days) SP
PYRUKYND 5 MG TAPER PACK	T4	PA QL(7 tabs/365 days) SP
PYRUKYND 50 MG TABLET	T4	PA QL(56 tabs/28 days) SP
PYRUKYND 50-20 MG TAPER PACK	T4	PA QL(14 tabs/365 days) SP
AGENTES PARA LA ANEMIA DREPANOCÍTICA		
DROXIA	T3	
ENDARI	T4	PA
HEMOSTÁTICOS TÓPICOS		
ASTRINGYN	T4	
AVITENE	T4	
ENDO-AVITENE	T4	
EVICEL	T4	
GEL-FLOW	T4	
GEL-FLOW NT	T4	
GELFOAM	T4	
GELFOAM (<i>gelatin sponge, absorb/porcine</i>)	T4	
GELFOAM COMPRESSED	T4	
GELFOAM JMI	T4	
MONSEL'S	T3	
RECOTHROM	T4	
SURGICEL	T4	
SURGIFOAM SPONGE SIZE 100	T4	
SURGIFOAM SPONGE SIZE 100C	T4	
<i>surgifoam sponge size 12-7 (Gelfoam)</i>	T2	
SYRINGE AVITENE	T4	
TACHOSIL	T4	
THROMBI-GEL (<i>thrombin/cal/cmc/gel/dress,hem</i>)	T4	
THROMBIN-JMI	T4	
THROMBI-PAD	T4	
ULTRAFOAM	T4	

T1 – Genéricos preferidos

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca

ST – Tratamiento escalonad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

T2 – Genéricos no preferidos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T3 – Marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

Lista de medicamentos con receta

SANGRE (Diluyentes de la sangre/anticoagulantes)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGENTES HEMORREOLÓGICOS		
<i>pentoxifylline</i>	T2	HD
MEDICAMENTOS PARA ENFERMEDADES CARDÍACAS (Medicamentos para la presión arterial/para el corazón)		
AGENTES ANTIANGINOSOS Y ANTIISQUÉMICOS, NO HEMODINÁMICOS		
<i>ranolazine (Ranexa)</i>	T2	HD
ANTIARRÍTMICOS		
<i>amiodarone hcl</i>	T2	HD
<i>disopyramide phosphate (Norpace)</i>	T2	HD
<i>dofetilide (Tikosyn)</i>	T2	HD
<i>flecainide acetate</i>	T2	HD
<i>mexiletine hcl</i>	T2	HD
MULTAQ	T4	HD
<i>propafenone hcl</i>	T2	HD
<i>propafenone hcl (Rythmol Sr)</i>	T2	HD
<i>quinidine gluconate</i>	T2	HD
<i>quinidine sulfate</i>	T2	HD
RYTHMOL SR (<i>propafenone hcl</i>)	T4	HD
BLOQUEADORES DE LOS CANALES DE CALCIO Y ANTIINFLAMATORIOS NO ESTEROIDEOS, INHIBIDORES DE LA COX-2		
CONSENSI	T4	
AGENTES BLOQUEADORES DE LOS CANALES DE CALCIO		
<i>amlodipine besylate (Norvasc)</i>	T1	HD
CALAN SR (<i>verapamil hcl</i>)	T4	ST HD
CARDIZEM (<i>diltiazem hcl</i>)	T4	HD
CARDIZEM CD (<i>diltiazem hcl</i>)	T4	HD
CARDIZEM LA	T4	HD
CARDIZEM LA (<i>diltiazem hcl</i>)	T4	HD
<i>diltiazem hcl</i>	T2	HD
<i>diltiazem hcl</i>	T1	HD
<i>diltiazem hcl (Cardizem Cd)</i>	T1	HD
<i>diltiazem hcl (Cardizem La)</i>	T2	HD
<i>diltiazem hcl (Cardizem)</i>	T1	HD
<i>diltiazem hcl (Tiazac)</i>	T1	HD
<i>felodipine</i>	T2	HD
<i>isradipine</i>	T2	HD
<i>nicardipine hcl</i>	T2	HD

T1 – Genéricos preferidos T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca ST – Tratamiento escalonad HD – Puede requerir entrega a domicilio
T2 – Genéricos no preferidos PA – Autorización previa AGE – Requisito de edad PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos
T3 – Marcas preferidas QL – Límite a la cantidad SP – Medicamentos de especialidad CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

Lista de medicamentos con receta

MEDICAMENTOS PARA ENFERMEDADES CARDÍACAS (Medicamentos para la presión arterial/para el corazón) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGENTES BLOQUEADORES DE LOS CANALES DE CALCIO (cont.)		
<i>nifedipine</i>	T2	HD
<i>nifedipine</i> (Procardia XL)	T2	HD
<i>nifedipine</i> (Procardia)	T2	HD
<i>nimodipine</i>	T2	HD
<i>nisoldipine</i>	T2	HD
<i>nisoldipine</i> (Sular)	T2	HD
NYMALIZE	T4	HD
PROCARDIA (<i>nifedipine</i>)	T4	ST HD
PROCARDIA XL (<i>nifedipine</i>)	T4	ST HD
SULAR (<i>nisoldipine</i>)	T4	ST HD
TIAZAC (<i>diltiazem hcl</i>)	T4	HD
<i>verapamil hcl</i>	T1	HD
<i>verapamil hcl</i> (Calan Sr)	T1	HD
<i>verapamil hcl</i> (Verelan Pm)	T2	HD
<i>verapamil hcl</i> (Verelan)	T2	HD
VERELAN (<i>verapamil hcl</i>)	T4	ST HD
VERELAN PM (<i>verapamil hcl</i>)	T4	ST HD
INHIBIDOR DE LA MIOSINA CARDÍACA		
CAMZYOS	T4	PA QL(30 caps/fill) SP HD
GLUCÓSIDOS DIGITÁLICOS		
<i>digoxin</i>	T2	HD
<i>digoxin</i> (Lanoxin)	T2	HD
LANOXIN	T4	HD
LANOXIN (<i>digoxin</i>)	T4	HD
ESTIMULADOR DE LA GUANILATO CICLASA SOLUBLE (SGC)		
VERQUVO	T3	QL(30 tabs/fill)
VASODILADORES, CORONARIOS		
GONITRO	T4	HD
ISORDIL (<i>isosorbide dinitrate</i>)	T4	HD
ISORDIL TITRADOSE (<i>isosorbide dinitrate</i>)	T4	HD
<i>isosorbide dinitrate</i>	T2	HD
<i>isosorbide dinitrate</i> (Isordil Titradose)	T2	HD
<i>isosorbide dinitrate</i> (Isordil)	T2	HD
<i>isosorbide mononitrate</i>	T1	HD

T1 – Genéricos preferidos

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca

ST – Tratamiento escalonad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

T2 – Genéricos no preferidos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T3 – Marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

Lista de medicamentos con receta

MEDICAMENTOS PARA ENFERMEDADES CARDÍACAS (Medicamentos para la presión arterial/para el corazón) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
VASODILADORES, CORONARIOS (cont.)		
MINITRAN	T4	HD
NITRO-DUR	T4	HD
<i>nitroglycerin</i>	T2	HD
<i>nitroglycerin 0.3 mg tablet sl (Nitrostat)</i>	T2	HD
<i>nitroglycerin 0.4 mg tablet sl (Nitrostat)</i>	T2	HD
<i>nitroglycerin 0.6 mg tablet sl (Nitrostat)</i>	T2	HD
<i>nitroglycerin 400 mcg spray (Nitrolingual)</i>	T2	HD
NITROLINGUAL (<i>nitroglycerin</i>)	T4	HD
NITROMIST (<i>nitroglycerin</i>)	T4	HD
NITROSTAT (<i>nitroglycerin</i>)	T4	HD
CARDIOVASCULARES (Asma/EPOC/condiciones respiratorias)		
ANTIHIP. PULM., ESTIMULADOR DE LA GUANILATO CICLASA SOLUBLE		
ADEMPAS	T4	PA QL(90 tabs/fill) SP HD
ANTIHIP. PULM., INHIB. SEL. DE LA FOSFODIESTERASA T5 DE C-GMP		
REVIATIO 10 MG/ML ORAL SUSP (<i>sildenafil citrate</i>)	T4	PA QL(112 mls/fill) SP HD
REVIATIO 20 MG TABLET (<i>sildenafil citrate</i>)	T4	PA QL(90 tabs/fill) SP HD
<i>sildenafil 20 mg tablet (Revatio)</i>	T2	PA QL(90 tabs/fill) SP HD
<i>tadalafil (Adcirca)</i>	T2	
<i>tadalafil 20 mg tablet (Adcirca)</i>	T2	PA QL(60 tabs/fill) SP HD
ANTIHIP. PULMONAR, ANTAGONISTA DE LOS RECEPTORES DE ENDOTELINA		
<i>ambrisentan (Letairis)</i>	T2	PA QL(30 tabs/fill) SP HD
<i>bosentan (Tracleer)</i>	T2	PA QL(60 tabs/fill) SP HD
OPSUMIT	T4	PA QL(30 tabs/fill) SP HD
TRACLEER 125 MG TABLET (<i>bosentan</i>)	T4	PA QL(60 tabs/fill) SP HD
TRACLEER 32 MG TABLET FOR SUSP	T4	PA QL(120 tabs/fill) SP HD
TRACLEER 62.5 MG TABLET (<i>bosentan</i>)	T4	PA QL(60 tabs/fill) SP HD
ANTIHIPERTENSIVOS PULMONARES, TIPO PROSTACICLINAS		
ORENITRAM ER	T4	PA QL(90 tabs/fill) SP HD
ORENITRAM TITRATION KT MONTH 1	T4	PA SP QL (168 tabs/28 days)
ORENITRAM TITRATION KT MONTH 2	T4	PA SP QL (336 tabs/28 days)
ORENITRAM TITRATION KT MONTH 3	T4	PA SP QL (252 tabs/28 days)
TYVASO	T4	PA SP HD
TYVASO DPI	T4	PA SP HD

T1 – Genéricos preferidos T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca ST – Tratamiento escalonado HD – Puede requerir entrega a domicilio
T2 – Genéricos no preferidos PA – Autorización previa AGE – Requisito de edad PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos
T3 – Marcas preferidas QL – Límite a la cantidad SP – Medicamentos de especialidad CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

Lista de medicamentos con receta

CARDIOVASCULARES (Asma/EPOC/condiciones respiratorias) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIHIPERTENSIVOS PULMONARES, TIPO PROSTACICLINAS (cont.)		
TYVASO INSTITUTIONAL START KIT	T4	PA SP HD
TYVASO REFILL KIT	T4	PA SP HD
TYVASO STARTER KIT	T4	PA SP HD
UPTRAVI 200 MCG TABLET	T4	PA QL(60 tabs/fill) SP HD
UPTRAVI 400 MCG TABLET	T4	PA QL(60 tabs/fill) SP HD
UPTRAVI 600 MCG TABLET	T4	PA QL(60 tabs/fill) SP HD
UPTRAVI 800 MCG TABLET	T4	PA QL(60 tabs/fill) SP HD
UPTRAVI 1,000 MCG TABLET	T4	PA QL(60 tabs/fill) SP HD
UPTRAVI 1,200 MCG TABLET	T4	PA QL(60 tabs/fill) SP HD
UPTRAVI 1,400 MCG TABLET	T4	PA QL(60 tabs/fill) SP HD
UPTRAVI 1,600 MCG TABLET	T4	PA QL(60 tabs/fill) SP HD
UPTRAVI 200-800 TITRATION PACK	T4	PA QL(1 dose pk/fill) SP HD
VENTAVIS	T4	PA SP HD
CARDIOVASCULARES (Medicamentos para la presión arterial/para el corazón)		
COMBINACIÓN DE INHIBIDORES DE LA ECA-BLOQUEADORES DE LOS CANALES DE CALCIO		
<i>amlodipine besylate/benazepril</i>	T1	HD
<i>amlodipine besylate/benazepril (Lotrel)</i>	T1	HD
PRESTALIA	T4	ST HD
<i>trandolapril/verapamil hcl</i>	T2	HD
INHIBIDOR DE LA ECA-TIAZIDA O DIURÉTICO TIAZÍDICO		
<i>ACCURETIC (quinapril/hydrochlorothiazide)</i>	T4	HD
<i>benazepril/hydrochlorothiazide</i>	T2	HD
<i>benazepril/hydrochlorothiazide (Lotensin Hct)</i>	T2	HD
<i>captopril/hydrochlorothiazide</i>	T2	HD
<i>enalapril/hydrochlorothiazide</i>	T1	HD
<i>enalapril/hydrochlorothiazide (Vaseretic)</i>	T1	HD
<i>fosinopril/hydrochlorothiazide</i>	T2	HD
<i>lisinopril/hydrochlorothiazide (Zestoretic)</i>	T1	HD
<i>LOTENSIN HCT (benazepril/hydrochlorothiazide)</i>	T4	HD
<i>quinapril/hydrochlorothiazide (Accuretic)</i>	T1	HD
<i>VASERETIC (enalapril/hydrochlorothiazide)</i>	T4	HD
<i>ZESTORETIC (lisinopril/hydrochlorothiazide)</i>	T4	HD

T1 – Genéricos preferidos

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

T2 – Genéricos no preferidos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T3 – Marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

Lista de medicamentos con receta

CARDIOVASCULARES (Medicamentos para la presión arterial/para el corazón) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGENTES BLOQUEADORES ADRENÉRGICOS ALFA/BETA		
<i>carvedilol</i> (Coreg)	T1	HD
<i>carvedilol phosphate</i> (Coreg Cr)	T2	HD
COREG CR (<i>carvedilol phosphate</i>)	T4	ST HD
<i>labetalol hcl</i>	T2	HD
AGENTES BLOQUEADORES ADRENÉRGICOS ALFA		
CARDURA 1 MG TABLET (<i>doxazosin mesylate</i>)	T4	ST QL(30 tabs/fill) HD
CARDURA 2 MG TABLET (<i>doxazosin mesylate</i>)	T4	ST QL(30 tabs/fill) HD
CARDURA 4 MG TABLET (<i>doxazosin mesylate</i>)	T4	ST QL(30 tabs/fill) HD
CARDURA 8 MG TABLET (<i>doxazosin mesylate</i>)	T4	ST QL(60 tabs/fill) HD
CARDURA XL	T4	ST QL(30 tabs/fill) HD
<i>doxazosin mesylate 1 mg tab</i> (Cardura)	T1	QL(30 tabs/fill) HD
<i>doxazosin mesylate 2 mg tab</i> (Cardura)	T1	QL(30 tabs/fill) HD
<i>doxazosin mesylate 4 mg tab</i> (Cardura)	T1	QL(30 tabs/fill) HD
<i>doxazosin mesylate 8 mg tab</i> (Cardura)	T1	QL(60 tabs/fill) HD
MINIPRESS (<i>prazosin hcl</i>)	T4	HD
<i>prazosin hcl</i> (Minipress)	T2	HD
<i>terazosin 1 mg capsule</i>	T1	QL(30 caps/fill) HD
<i>terazosin 2 mg capsule</i>	T1	QL(30 caps/fill) HD
<i>terazosin 5 mg capsule</i>	T1	QL(30 caps/fill) HD
<i>terazosin 10 mg capsule</i>	T1	QL(60 caps/fill) HD
ANTAG. DE RECEPT. DE ANGIOTENSINA-BLOQ. DE LOS CANALES DE CALCIO-TIAZIDAS		
<i>amlodipine/valsartan/hcthiiazid</i> (Exforge Hct)	T2	HD
<i>olmesartan/amlodipin/hcthiiazid</i> (Tribenzor)	T2	HD
COMB. INHIBIDOR DEL RECEPT. DE ANGIOTENSINA-DE LA NEPRILISINA (ARNI)		
ENTRESTO	T3	QL(60 tabs/fill) HD
COMB. DE ANTAG. DE RECEPT. DE ANGIOTENSINA-DIURÉTICOS TIAZÍDICOS		
<i>candesartan/hydrochlorothiazid</i> (Atacand Hct)	T2	HD
<i>irbesartan/hydrochlorothiazide</i> (Avalide)	T1	HD
<i>losartan/hydrochlorothiazide</i> (Hyzaar)	T1	HD
<i>olmesartan/hydrochlorothiazide</i> (Benicar Hct)	T1	HD
<i>telmisartan/hydrochlorothiazid</i> (Micardis Hct)	T2	HD
<i>valsartan/hydrochlorothiazide</i> (Diovan Hct)	T2	HD
BLOQ. DE RECEPTORES DE ANGIOTENSINA-BLOQ. DE LOS CANALES DE CALCIO		
<i>amlodipine bes/olmesartan med</i> (Azor)	T2	HD

T1 – Genéricos preferidos

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca

ST – Tratamiento escalonad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

T2 – Genéricos no preferidos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T3 – Marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

Lista de medicamentos con receta

CARDIOVASCULARES (Medicamentos para la presión arterial/para el corazón) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
BLOQ. DE RECEPTORES DE ANGIOTENSINA-BLOQ. DE LOS CANALES DE CALCIO (cont.)		
<i>amlodipine besylate/valsartan (Exforge)</i>	T2	HD
<i>telmisartan/amlodipine</i>	T2	HD
ANTIHIPERTENSIVOS, INHIBIDORES DE LA ECA		
<i>ACCUPRIL (quinapril hcl)</i>	T4	HD
<i>ALTACE (ramipril)</i>	T4	HD
<i>benazepril hcl</i>	T1	HD
<i>benazepril hcl (Lotensin)</i>	T1	HD
<i>captopril</i>	T2	HD
<i>enalapril maleate (Epaned)</i>	T2	HD
<i>enalapril maleate (Vasotec)</i>	T1	HD
<i>fosinopril sodium</i>	T1	HD
<i>lisinopril (Zestril)</i>	T1	HD
<i>LOTENSIN (benazepril hcl)</i>	T4	HD
<i>moexipril hcl</i>	T2	HD
<i>perindopril erbumine</i>	T1	HD
<i>quinapril hcl (Accupril)</i>	T1	HD
<i>ramipril (Altace)</i>	T1	HD
<i>trandolapril</i>	T1	HD
<i>VASOTEC (enalapril maleate)</i>	T4	HD
<i>ZESTRIL (lisinopril)</i>	T4	HD
ANTIHIPERTENSIVOS, ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE ANGIOTENSINA		
<i>candesartan cilexetil (Atacand)</i>	T2	HD
<i>eprosartan mesylate</i>	T2	HD
<i>irbesartan (Avapro)</i>	T1	HD
<i>losartan potassium (Cozaar)</i>	T1	HD
<i>olmesartan medoxomil (Benicar)</i>	T1	HD
<i>telmisartan (Micardis)</i>	T2	HD
<i>valsartan 40 mg tablet (Diovan)</i>	T1	HD
<i>valsartan 80 mg tablet (Diovan)</i>	T1	HD
<i>valsartan 160 mg tablet (Diovan)</i>	T1	HD
<i>valsartan 320 mg tablet (Diovan)</i>	T1	HD
ANTIHIPERTENSIVOS, BLOQUEADORES GANGLIONARES		
<i>VECAMYL</i>	T4	PA

T1 – Genéricos preferidos

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

T2 – Genéricos no preferidos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T3 – Marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

Lista de medicamentos con receta

CARDIOVASCULARES (Medicamentos para la presión arterial/para el corazón) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIHIPERTENSIVOS, VARIOS		
DEMSEER (<i>metyrosine</i>)	T4	PA HD
<i>metyrosine</i> (Demser)	T2	PA HD
ANTIHIPERTENSIVOS, SIMPATOLÍTICOS		
CATAPRES (<i>clonidine hcl</i>)	T4	HD
CATAPRES-TTS 1 (<i>clonidine</i>)	T4	QL(4 patches/28 days) HD
CATAPRES-TTS 2 (<i>clonidine</i>)	T4	QL(4 patches/28 days) HD
CATAPRES-TTS 3 (<i>clonidine</i>)	T4	QL(4 patches/28 days) HD
<i>clonidine</i> (Catapres-Tts 1)	T2	QL(4 patches/28 days) HD
<i>clonidine</i> (Catapres-Tts 2)	T2	QL(4 patches/28 days) HD
<i>clonidine</i> (Catapres-Tts 3)	T2	QL(4 patches/28 days) HD
<i>clonidine hcl</i> (Catapres)	T1	HD
<i>guanfacine hcl</i>	T2	HD
<i>methyl dopa</i>	T2	HD
<i>methyl dopa/hydrochlorothiazide</i>	T2	HD
ANTIHIPERTENSIVOS, VASODILATADORES		
<i>hydralazine hcl</i>	T2	HD
<i>minoxidil</i>	T2	HD
AGENTES BLOQUEADORES ADRENÉRGICOS BETA		
<i>acebutolol hcl</i>	T2	HD
<i>atenolol</i> (Tenormin)	T1	HD
BETAPACE (<i>sotalol hcl</i>)	T4	ST HD
BETAPACE AF (<i>sotalol hcl</i>)	T4	ST HD
<i>betaxolol hcl</i>	T2	HD
<i>bisoprolol fumarate</i>	T2	HD
CORGARD (<i>nadolol</i>)	T4	ST HD
LOPRESSOR (<i>metoprolol tartrate</i>)	T4	ST HD
<i>metoprolol succinate</i> (Toprol XL)	T1	HD
<i>metoprolol tartrate</i>	T1	HD
<i>metoprolol tartrate</i> (Lopressor)	T1	HD
<i>nadolol</i> (Corgard)	T2	HD
<i>nebivolol hcl</i> (Bystolic)	T2	HD
<i>pindolol</i>	T2	HD
<i>propranolol hcl</i>	T1	HD
<i>propranolol hcl</i> (Inderal La)	T1	HD

T1 – Genéricos preferidos T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca ST – Tratamiento escalonado HD – Puede requerir entrega a domicilio
T2 – Genéricos no preferidos PA – Autorización previa AGE – Requisito de edad PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos
T3 – Marcas preferidas QL – Límite a la cantidad SP – Medicamentos de especialidad CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

Lista de medicamentos con receta

CARDIOVASCULARES (Medicamentos para la presión arterial/para el corazón) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGENTES BLOQUEADORES ADRENÉRGICOS BETA (cont.)		
<i>sotalol hcl</i> (Betapace Af)	T2	HD
<i>sotalol hcl</i> (Betapace)	T2	HD
SOTYLIZE	T3	HD
TENORMIN (<i>atenolol</i>)	T4	ST HD
<i>timolol maleate</i>	T2	HD
BETABLOQUEANTES Y TIAZIDAS, DIURÉTICOS TIAZÍDICOS		
<i>atenolol/chlorthalidone</i> (Tenoretic 50)	T2	HD
<i>atenolol/chlorthalidone</i> (Tenoretic 100)	T2	HD
<i>bisoprolol/hydrochlorothiazide</i> (Ziac)	T1	HD
METOPROLOL SUCCINATE ER-HCTZ	T4	ST HD
<i>metoprolol/hydrochlorothiazide</i>	T2	HD
<i>propranolol/hydrochlorothiazid</i>	T2	HD
TENORETIC 50 (<i>atenolol/chlorthalidone</i>)	T4	ST HD
TENORETIC 100 (<i>atenolol/chlorthalidone</i>)	T4	ST HD
ZIAC (<i>bisoprolol/hydrochlorothiazide</i>)	T4	ST HD
INHIBIDOR DE LA RENINA, DIRECTO		
<i>aliskiren hemifumarate</i> (Tekturna)	T2	HD
COMB. DE INHIBIDORES DIRECTOS DE LA RENINA Y DIURÉTICOS TIAZÍDICOS		
TEKTRUNA HCT	T3	HD
COMBINACIÓN DE VASODILADORES		
<i>isosorbide dinit/hydralazine</i> (Bidil)	T2	
VASODILADORES, PERIFÉRICOS		
<i>ergoloid mesylates</i>	T2	
<i>isoxsuprine hcl</i>	T2	
CARDIOVASCULARES (Medicamentos para el colesterol)		
ANTIHIPERLIP. - INHIB. DE HMG-COA REDUCT.-INHIB. DE AB. DE COLEST.		
<i>ezetimibe/simvastatin</i> (Vytorin)	T2	QL(30 tabs/fill) HD
ROSZET	T4	ST QL(30 tabs/fill) HD
ANTIHIPERLIP. - INHIB. DE HMG-COA REDUCT.-BLOQUEADORES DE LOS CANALES DE CALCIO		
<i>amlodipine/atorvastatin</i>	T2	QL(30 tabs/fill) HD
<i>amlodipine/atorvastatin</i> (Caduet)	T2	QL(30 tabs/fill) HD
CADUET (<i>amlodipine/atorvastatin</i>)	T4	ST QL(30 tabs/fill) HD

T1 – Genéricos preferidos

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca

ST – Tratamiento escalonad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

T2 – Genéricos no preferidos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T3 – Marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

Lista de medicamentos con receta

CARDIOVASCULARES (Medicamentos para el colesterol) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIHIPERLIPIDÉMICOS - INHIBIDOR DE ATP-CITRATO LIASA		
NEXLETOL	T3	PA
ANTIHIPERLIPIDÉMICOS - INHIBIDORES DE MTP		
JUXTAPID	T4	PA SP HD
ANTIHIPERLIPIDÉMICOS - INHIBIDORES DE PCSK9		
REPATHA PUSHTRONEX	T3	PA
REPATHA SURECLICK	T3	PA
REPATHA SYRINGE	T3	PA
ANTIHIPERLIPIDÉMICOS - INHIBIDOR DE LA ABSORCIÓN DE ACLY Y COLEST.		
NEXLIZET	T3	PA
ANTIHIPERLIPIDÉMICOS-INHIB. DE LA HMG-COA REDUCTASA (ESTATINAS)		
<i>atorvastatin 10 mg tablet (Lipitor)</i>	T1	
<i>atorvastatin 20 mg tablet (Lipitor)</i>	T1	
<i>atorvastatin 40 mg tablet (Lipitor)</i>	T1	
<i>atorvastatin 80 mg tablet (Lipitor)</i>	T1	
ezetimibe-atorvastatin tabs	T2	ST HD QL (30 tabs/30 days)
FLOLIPID	T4	ST QL(150 mls/fill) HD
<i>fluvastatin sodium (Lescol XL)</i>	T2	QL(30 tabs/fill) HD PPACA
<i>fluvastatin sodium 20 mg cap</i>	T2	QL(30 caps/fill) HD PPACA
<i>fluvastatin sodium 40 mg cap</i>	T2	QL(60 caps/fill) HD PPACA
LESCOL XL (<i>fluvastatin sodium</i>)	T4	ST QL(30 tabs/fill) HD
LIVALO (<i>pitavastatin calcium</i>)	T4	ST QL(30 tabs/30 days) HD
<i>lovastatin 10 mg tablet</i>	T2	QL(30 tabs/fill) HD PPACA
<i>lovastatin 20 mg tablet</i>	T2	QL(60 tabs/fill) HD PPACA
<i>lovastatin 40 mg tablet</i>	T2	QL(60 tabs/fill) HD PPACA
<i>pitavastatin (Livalo)</i>	T2	QL(30 tabs/30 days) HD PPACA
<i>pravastatin sodium</i>	T2	QL(30 tabs/fill) HD PPACA
<i>simvastatin 10 mg tablet (Zocor)</i>	T1	QL(30 tabs/fill) HD PPACA
<i>simvastatin 20 mg tablet (Zocor)</i>	T1	QL(30 tabs/fill) HD PPACA
SIMVASTATIN 20 MG/5 ML SUSP	T4	ST QL(150 mls/fill) HD
<i>simvastatin 40 mg tablet (Zocor)</i>	T1	QL(30 tabs/fill) HD PPACA
<i>simvastatin 5 mg tablet</i>	T1	QL(30 tabs/fill) HD PPACA
<i>simvastatin 80 mg tablet (Zocor)</i>	T1	QL(30 tabs/fill) HD
ZYPITAMAG	T4	ST QL(30 tabs/fill) HD

T1 – Genéricos preferidos T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca ST – Tratamiento escalonado HD – Puede requerir entrega a domicilio
T2 – Genéricos no preferidos PA – Autorización previa AGE – Requisito de edad PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos
T3 – Marcas preferidas QL – Límite a la cantidad SP – Medicamentos de especialidad CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

Lista de medicamentos con receta

CARDIOVASCULARES (Medicamentos para el colesterol) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
SECUESTRADORES DE SALES BILIARES		
<i>cholestyramine (with sugar)</i> (Questran)	T2	HD
<i>cholestyramine/aspartame</i>	T2	HD
<i>cholestyramine/aspartame</i> (Questran Light)	T2	HD
<i>colesevelam hcl</i> (Welchol)	T2	HD
COLESTID	T4	ST HD
COLESTID (<i>colestipol hcl</i>)	T4	ST HD
<i>colestipol hcl</i> (Colestid)	T2	HD
QUESTRAN (<i>cholestyramine (with sugar)</i>)	T4	ST HD
QUESTRAN LIGHT (<i>cholestyramine/aspartame</i>)	T4	ST HD
LIPOTRÓPICOS		
<i>ezetimibe</i> (Zetia)	T2	HD
<i>fenofibrate 120 mg tablet</i> (Fenoglide)	T2	ST HD
<i>fenofibrate 130 mg capsule</i>	T2	HD
<i>fenofibrate 134 mg capsule</i>	T2	HD
<i>fenofibrate 145 mg tablet</i> (Tricor)	T2	HD
<i>fenofibrate 160 mg tablet</i>	T2	HD
<i>fenofibrate 200 mg capsule</i>	T2	HD
<i>fenofibrate 40 mg tablet</i> (Fenoglide)	T2	ST HD
<i>fenofibrate 43 mg capsule</i>	T2	HD
<i>fenofibrate 48 mg tablet</i> (Tricor)	T2	HD
<i>fenofibrate 54 mg tablet</i>	T2	HD
<i>fenofibrate 67 mg capsule</i>	T2	HD
<i>fenofibric acid (choline)</i> (Trilipix)	T2	HD
<i>fenofibric acid</i> (Fibricor)	T2	HD
FENOGLIDE (<i>fenofibrate</i>)	T4	ST HD
FIBRICOR (<i>fenofibric acid</i>)	T4	ST HD
<i>gemfibrozil</i> (Lopid)	T1	HD
LOPID (<i>gemfibrozil</i>)	T4	HD
<i>niacin</i>	T2	HD
<i>niacin 500 mg tablet</i>	T2	HD
NIACOR	T4	HD
TRILIPIX (<i>fenofibric acid (choline)</i>)	T4	ST HD

T1 – Genéricos preferidos T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca ST – Tratamiento escalonado HD – Puede requerir entrega a domicilio
T2 – Genéricos no preferidos PA – Autorización previa AGE – Requisito de edad PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos
T3 – Marcas preferidas QL – Límite a la cantidad SP – Medicamentos de especialidad CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

Lista de medicamentos con receta

MEDICAMENTOS PARA EL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL (Enfermedad de Alzheimer)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
TRATAMIENTO DEL ALZHEIMER, ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES NMDA		
MEMANTINE 5-10 MG TITRATION PK	T4	HD
<i>memantine hcl</i> (Namenda Xr)	T2	HD
<i>memantine hcl 10 mg tablet</i> (Namenda)	T2	HD
<i>memantine hcl 2 mg/ml solution</i>	T2	HD
<i>memantine hcl 5 mg tablet</i> (Namenda)	T2	HD
NAMENDA 10 MG TABLET (<i>memantine hcl</i>)	T4	ST HD
NAMENDA 5 MG TABLET (<i>memantine hcl</i>)	T4	ST HD
NAMENDA 5-10 MG TITRATION PK	T4	HD
NAMENDA XR TITRATION PACK	T4	HD
NAMZARIC	T3	ST HD
MEDICAMENTOS PARA EL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL (Varios)		
AGENTES PARA LA ESCLEROSIS LATERAL AMIOTRÓFICA		
EXSERVAN	T4	PA SP
RADICAVA ORS	T4	PA SP HD
RILUTEK (<i>riluzole</i>)	T4	PA SP HD
<i>riluzole</i> (Rilutek)	T2	PA SP HD
TEGLUTIK	T4	PA SP
TIGLUTIK	T4	PA SP
MEDICAMENTOS PARA TRATAR TRASTORNOS DEL MOVIMIENTO		
AUSTEDO 6 MG TABLET	T4	PA QL(60 tabs/fill) SP HD
AUSTEDO 9 MG , 12 MG TABLET	T4	PA QL(120 tabs/fill) SP HD
AUSTEDO XR 6 MG TABLET	T4	PA SP HD QL (210 tabs/30 days)
AUSTEDO XR 12 MG TABLET	T4	PA SP HD QL (90 tabs/30 days)
AUSTEDO XR 24MG TABLET	T4	PA SP HD QL (60 tabs/30 days)
AUSTEDO XR TITRATION KT(WK1-4)	T4	PA QL(42 tabs/30 days) SP HD
HORIZANT	T4	ST
INGREZZA	T4	PA QL(30 caps/fill) SP
INGREZZA INITIATION PACK	T4	PA QL(28 caps/fill) SP
<i>tetrabenazine 12.5 mg tablet</i> (Xenazine)	T2	PA QL(120 tabs/fill) SP HD
<i>tetrabenazine 25 mg tablet</i> (Xenazine)	T2	PA QL(60 tabs/fill) SP HD
AGENTES PARA EL AFECTO PSEUDOBULBAR (PBA), ANTAGONISTAS DE NMDA		
NUEDEXTA	T3	PA
XANTINAS		
<i>caffeine citrate</i>	T2	HD

T1 – Genéricos preferidos T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca ST – Tratamiento escalonado HD – Puede requerir entrega a domicilio
T2 – Genéricos no preferidos PA – Autorización previa AGE – Requisito de edad PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos
T3 – Marcas preferidas QL – Límite a la cantidad SP – Medicamentos de especialidad CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

Lista de medicamentos con receta

MEDICAMENTOS PARA EL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL (Esclerosis múltiple)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGENTES PARA TRATAR LA ESCLEROSIS MÚLTIPLE		
AVONEX	T4	PA QL(1 KIT/28 DAYS) SP HD
AVONEX PEN	T4	PA QL(4 pens/28 days) SP HD
BAFIERTAM	T4	PA QL(120 caps/fill) SP HD
BETASERON	T4	PA QL(14 kits/30 days) SP HD
COPAXONE 20 MG/ML SYRINGE (<i>glatiramer acetate</i>)	T4	PA QL(30 syringes/30 days) SP HD
COPAXONE 40 MG/ML SYRINGE (<i>glatiramer acetate</i>)	T4	PA QL(12 syringes/30 days) SP HD
<i>dimethyl fumarate</i> (Tecfidera)	T2	PA QL(60 caps/fill) SP HD
<i>fingolimod hcl</i> (Gilenya)	T2	
<i>glatiramer 20 mg/ml syringe</i> (Copaxone)	T2	PA QL(30 syringes/30 days) SP HD
<i>glatiramer 40 mg/ml syringe</i> (Copaxone)	T2	PA QL(12 syringes/30 days) SP HD
<i>glatopa 20 mg/ml syringe</i> (Copaxone)	T2	PA QL(30 syringes/30 days) SP HD
<i>glatopa 40 mg/ml syringe</i> (Copaxone)	T2	PA QL(12 syringes/30 days) SP HD
KESIMPTA PEN	T4	PA QL(1 pen/28 days) SP HD
MAVENCLAD 10 MG X 10 TABLET PK	T4	PA QL(10 tabs/fill) SP HD
MAVENCLAD 10 MG X 4 TABLET PK	T4	PA QL(4 tabs/fill) SP HD
MAVENCLAD 10 MG X 5 TABLET PK	T4	PA QL(5 tabs/fill) SP HD
MAVENCLAD 10 MG X 6 TABLET PK	T4	PA QL(6 tabs/fill) SP HD
MAVENCLAD 10 MG X 7 TABLET PK	T4	PA QL(7 tabs/fill) SP HD
MAVENCLAD 10 MG X 8 TABLET PK	T4	PA QL(8 tabs/fill) SP HD
MAVENCLAD 10 MG X 9 TABLET PK	T4	PA QL(9 tabs/fill) SP HD
MAYZENT 0.25 MG TABLET	T4	PA QL(30 tabs/fill) SP HD
MAYZENT 0.25MG START-1MG MAINT	T4	PA QL(7 tabs/fill) SP HD
MAYZENT 0.25MG START-2MG MAINT	T4	PA QL(12 tabs/fill) SP HD
MAYZENT 1 MG TABLET	T4	PA QL(30 tabs/fill) SP HD
MAYZENT 2 MG TABLET	T4	PA QL(30 tabs/fill) SP HD
PLEGRIDY 125 MCG/0.5 ML PEN	T4	PA QL(1 ml/28 days) SP HD
PLEGRIDY 125 MCG/0.5 ML SYRINGE	T4	PA QL(1 ml/28 days) SP HD
PLEGRIDY PEN INJ STARTER PACK	T4	PA QL(1 ml/365 days) SP HD
PLEGRIDY SYRINGE STARTER PACK	T4	PA QL(1 ml/365 days) SP HD
PONVORY 14-DAY STARTER PACK	T4	PA QL(14 tabs/365 days) SP HD
PONVORY 20 MG TABLET	T4	PA QL(30 tabs/30 days) SP HD
REBIF 22 MCG/0.5 ML SYRINGE	T4	PA QL(6 mls/28 days) SP HD
REBIF 44 MCG/0.5 ML SYRINGE	T4	PA QL(6 mls/28 days) SP HD
REBIF REBIDOSE 22 MCG/0.5 ML	T4	PA QL(6 mls/28 days) SP HD

T1 – Genéricos preferidos T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca ST – Tratamiento escalonado HD – Puede requerir entrega a domicilio
T2 – Genéricos no preferidos PA – Autorización previa AGE – Requisito de edad PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos
T3 – Marcas preferidas QL – Límite a la cantidad SP – Medicamentos de especialidad CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

Lista de medicamentos con receta

MEDICAMENTOS PARA EL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL (Esclerosis múltiple) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGENTES PARA TRATAR LA ESCLEROSIS MÚLTIPLE (cont.)		
REBIF REBIDOSE 44 MCG/0.5 ML	T4	PA QL(6 mls/28 days) SP HD
REBIF REBIDOSE TITRATION PACK	T4	PA QL(4.2 mls/28 days) SP HD
REBIF TITRATION PACK	T4	PA QL(4.2 mls/28 days) SP HD
VUMERITY	T4	PA QL(120 caps/fill) SP HD
AGENTES PARA EL TRAT. DE TRAST. DE LA TRANSMISIÓN NEUROMUSC., BLOQ. DE LOS CAN. DE POT.		
<i>dalfampridine (Ampyra)</i>	T2	PA QL(60 tabs/fill) SP HD
FIRDAPSE	T4	PA SP
RUZURGI	T3	PA
MODULADOR DE LOS RECEPTORES DE ESFINGOSINA 1-FOSFATO (SIP)		
ZEPOSIA 0.23-0.46 MG START PCK	T4	PA QL(7 caps/fill) SP HD
ZEPOSIA 0.23-0.46-0.92 MG KIT	T4	PA QL(37 caps/fill) SP HD
ZEPOSIA 0.92 MG CAPSULE	T4	PA QL(30 caps/fill) SP HD
ZEPOSIA STARTER KIT (28-DAY)	T4	

MEDICAMENTOS PARA EL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL (Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)

INHIBIDORES DEL PÉPTIDO RELACIONADO CON EL GEN DE LA CALCITONINA (CGRP)

EMGALITY 100 MG/ML SYR(1 OF 3)	T3	PA QL(3 mls/30 days)
EMGALITY 300 MG (100 MG X3SYR)	T3	PA QL(3 mls/30 days)

AGENTES PARA LA NEURALGIA POSTHERPÉTICA

<i>gabapentin (Gralise)</i>	T2	ST
GRALISE (<i>gabapentin</i>)	T4	ST

MEDICAMENTOS PARA EL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL (Trastornos convulsivos)

ANTICONVULSIVOS - TIPO BENZODIAZEPINAS

<i>clobazam (Onfi)</i>	T2	PA HD
<i>clonazepam</i>	T2	HD
<i>clonazepam (Klonopin)</i>	T1	HD
DIASTAT (<i>diazepam</i>)	T4	HD
DIASTAT ACUDIAL (<i>diazepam</i>)	T4	HD
<i>diazepam 10 mg rectal gel syst (Diastat Acudial)</i>	T2	HD
<i>diazepam 2.5 mg rectal gel sys (Diastat)</i>	T2	HD
<i>diazepam 20 mg rectal gel syst</i>	T2	HD
NAYZILAM	T3	PA QL(2 units/fill) HD
SYMPAZAN	T4	PA HD
VALTOCO	T4	PA QL(2 units/fill) HD

T1 – Genéricos preferidos T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca ST – Tratamiento escalonado HD – Puede requerir entrega a domicilio
T2 – Genéricos no preferidos PA – Autorización previa AGE – Requisito de edad PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos
T3 – Marcas preferidas QL – Límite a la cantidad SP – Medicamentos de especialidad CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

Lista de medicamentos con receta

MEDICAMENTOS PARA EL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL (Trastornos convulsivos) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTICONVULSIVOS - TIPO CANNABINOIDES		
EPIDIOLEX	T4	PA SP HD
ANTICONVULSIVOS		
APTIOM	T4	HD
BRIVIACT	T4	ST HD
<i>carbamazepine</i>	T2	HD
<i>carbamazepine</i>	T2	HD
<i>carbamazepine</i> (Carbatrol)	T2	HD
<i>carbamazepine</i> (Tegretol Xr)	T2	HD
<i>carbamazepine</i> (Tegretol)	T4	HD
CARBATROL (<i>carbamazepine</i>)	T3	HD
CELONTIN (<i>methsuximide</i>)	T4	HD
DEPAKOTE (<i>divalproex sodium</i>)	T4	ST HD
DEPAKOTE ER (<i>divalproex sodium</i>)	T4	ST HD
DEPAKOTE SPRINKLE (<i>divalproex sodium</i>)	T4	ST HD
DIACOMIT	T4	PA SP HD
DILANTIN 100 MG CAPSULE (<i>phenytoin sodium extended</i>)	T4	HD
DILANTIN 30 MG CAPSULE	T3	HD
DILANTIN 50 MG INFATAB (<i>phenytoin</i>)	T4	HD
DILANTIN-125 (<i>phenytoin</i>)	T4	HD
<i>divalproex sodium</i> (Depakote Er)	T2	HD
<i>divalproex sodium</i> (Depakote Sprinkle)	T2	HD
<i>divalproex sodium</i> (Depakote)	T2	HD
ELEPSIA XR	T4	ST HD
<i>ethosuximide</i> (Zarontin)	T2	HD
<i>felbamate</i> (Felbatol)	T2	HD
FELBATOL (<i>felbamate</i>)	T4	HD
FYCOMPA	T3	HD
<i>gabapentin</i>	T2	HD
<i>gabapentin</i> (Neurontin)	T1	HD
<i>gabapentin</i> (Neurontin)	T2	HD
GABITRIL (<i>tiagabine hcl</i>)	T4	HD
<i>lacosamide</i> (Vimpat)	T2	HD
LAMICTAL XR (BLUE)	T4	ST HD
LAMICTAL XR (GREEN)	T4	ST HD

T1 – Genéricos preferidos T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca ST – Tratamiento escalonado HD – Puede requerir entrega a domicilio
T2 – Genéricos no preferidos PA – Autorización previa AGE – Requisito de edad PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos
T3 – Marcas preferidas QL – Límite a la cantidad SP – Medicamentos de especialidad CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

Lista de medicamentos con receta

MEDICAMENTOS PARA EL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL (Trastornos convulsivos) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTICONVULSIVOS (cont.)		
LAMICTAL XR (ORANGE)	T4	ST HD
<i>lamotrigine</i> (Lamictal (Blue))	T2	HD
<i>lamotrigine</i> (Lamictal (Green))	T2	HD
<i>lamotrigine</i> (Lamictal (Orange))	T2	HD
<i>lamotrigine</i> (Lamictal Odt (Blue))	T2	HD
<i>lamotrigine</i> (Lamictal Odt (Green))	T2	HD
<i>lamotrigine</i> (Lamictal Odt (Orange))	T2	HD
<i>lamotrigine</i> (Lamictal Odt)	T2	HD
<i>lamotrigine</i> (Lamictal Xr)	T2	HD
<i>lamotrigine</i> (Lamictal)	T1	HD
<i>lamotrigine</i> (Lamictal)	T2	HD
<i>levetiracetam</i>	T2	HD
<i>levetiracetam</i> (Keppra Xr)	T2	HD
<i>levetiracetam</i> (Keppra)	T2	HD
MYSOLINE (<i>primidone</i>)	T4	HD
<i>oxcarbazepine</i> (Trileptal)	T2	HD
OXTELLAR XR	T4	ST HD
PHENYTEK (<i>phenytoin sodium extended</i>)	T4	HD
<i>phenytoin</i>	T2	HD
<i>phenytoin</i> (Dilantin)	T2	HD
<i>phenytoin</i> (Dilantin-125)	T2	HD
<i>phenytoin sodium extended</i> (Dilantin)	T2	HD
<i>phenytoin sodium extended</i> (Phenytek)	T2	HD
<i>pregabalin</i> (Lyrica)	T2	HD
<i>primidone</i> (Mysoline)	T2	HD
QUDEXY XR (<i>topiramate</i>)	T4	ST HD
<i>rufinamide</i> (Banzel)	T2	PA HD
SPRITAM	T4	ST HD
TEGRETOL (<i>carbamazepine</i>)	T4	HD
TEGRETOL XR (<i>carbamazepine</i>)	T4	HD
<i>tiagabine hcl</i> (Gabitril)	T2	HD
<i>topiramate</i> (Qudexy Xr)	T2	ST HD
<i>topiramate</i> (Topamax)	T1	HD
<i>topiramate</i> (Topamax)	T2	HD

T1 – Genéricos preferidos T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca ST – Tratamiento escalonado HD – Puede requerir entrega a domicilio
T2 – Genéricos no preferidos PA – Autorización previa AGE – Requisito de edad PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos
T3 – Marcas preferidas QL – Límite a la cantidad SP – Medicamentos de especialidad CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

Lista de medicamentos con receta

MEDICAMENTOS PARA EL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL (Trastornos convulsivos) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTICONVULSIVOS (cont.)		
<i>topiramate er 25mg</i>	T2	ST HD
<i>topiramate er 50mg</i>	T2	ST HD
<i>topiramate er 100mg</i>	T2	ST HD
TROKENDI XR	T4	ST HD
<i>valproic acid</i>	T2	HD
<i>valproic acid (as sodium salt)</i>	T2	HD
<i>vigabatrin (Sabril)</i>	T2	PA QL(150 packs/30 days) SP HD
VIGADRONE	T2	PA SP HD QL (150 pkts/30 days)
XCOPRI 100 MG TABLET	T4	QL(30 tabs/fill) HD
XCOPRI 12.5-25 MG TITRATION PK	T4	QL(28 tabs/fill) HD
XCOPRI 150 MG TABLET	T4	QL(30 tabs/fill) HD
XCOPRI 150-200 MG TITRATION PK	T4	QL(28 tabs/fill) HD
XCOPRI 200 MG TABLET	T4	QL(30 tabs/fill) HD
XCOPRI 250 MG DAILY DOSE PACK	T4	QL(56 tabs/fill) HD
XCOPRI 350 MG DAILY DOSE PACK	T4	QL(56 tabs/fill) HD
XCOPRI 50 MG TABLET	T4	QL(30 tabs/fill) HD
XCOPRI 50-100 MG TITRATION PAK	T4	QL(28 tabs/fill) HD
ZARONTIN (<i>ethosuximide</i>)	T4	HD
<i>zonisamide</i>	T2	HD
<i>zonisamide (Zonegran)</i>	T2	HD
MEDICAMENTOS PARA EL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL (Trastornos del sueño/sedantes)		
TRATAMIENTO DE LA NARCOLEPSIA-ANTAGONISTAS/AGONISTAS INVERSOS DE LOS RECEPT. H3		
WAKIX 17.8 MG TABLET	T4	PA QL(60 tabs/fill) SP HD
WAKIX 4.45 MG TABLET	T4	PA QL(30 tabs/fill) SP HD
FACTORES ESTIMULANTES DE COLONIAS (Modificadores de la sangre/trastornos hemorrágicos)		
ESTIMULANTES DE LEUCOCITOS (RECUENTO DE GLÓBULOS BLANCOS)		
FULPHILA	T4	PA QL(1.2 mls/30 days) SP
ZIEXTENZO	T4	PA QL(1.2 mls/30 days) SP
AGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE TROMBOPOYETINA		
DOPTELET	T4	PA QL(15 tabs/fill) SP HD
PROMACTA	T4	PA SP HD

T1 – Genéricos preferidos T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca ST – Tratamiento escalonado HD – Puede requerir entrega a domicilio
T2 – Genéricos no preferidos PA – Autorización previa AGE – Requisito de edad PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos
T3 – Marcas preferidas QL – Límite a la cantidad SP – Medicamentos de especialidad CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

Lista de medicamentos con receta

ANTICONCEPTIVOS (Productos anticonceptivos)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTICONCEPTIVOS, INTRAVAGINALES, SISTÉMICOS		
ANNOVERA	T4	ST QL(1 ring/365 days) PPACA
<i>etonogestrel/ethinyl estradiol (Nuvaring)</i>	T2	PPACA
ANTICONCEPTIVOS, INYECTABLES		
DEPO-PROVERA (<i>medroxyprogesterone acetate</i>)	T4	QL(1 ml/90 days) PPACA
DEPO-SUBQ PROVERA 104	T4	QL(1 ml/90 days) PPACA
<i>medroxyprogesterone 150 mg/ml (Depo-Provera)</i>	T2	QL(1 ml/90 days) PPACA
ANTICONCEPTIVOS, ORALES		
BEYAZ (<i>drospir/eth estra/levomefol ca</i>)	T4	ST HD PPACA
<i>desog-e.estradiol/e.estradiol (Mircette)</i>	T2	HD PPACA
<i>desogestrel-ethinyl estradiol</i>	T2	HD PPACA
<i>drospir/eth estra/levomefol ca (Beyaz)</i>	T2	HD PPACA
<i>drospir/eth estra/levomefol ca (Safyral)</i>	T2	HD PPACA
ELLA	T3	QL(1 tab/fill) HD PPACA
<i>ethinyl estradiol/drospirenone (Yasmin 28)</i>	T2	HD PPACA
<i>ethinyl estradiol/drospirenone (Yaz)</i>	T2	HD PPACA
<i>ethynodiol d-ethinyl estradiol</i>	T2	HD PPACA
<i>levonorgestrel/ethin.estradiol</i>	T2	HD PPACA
<i>l-norgest/e.estradiol-e.estrad (Loseasonique)</i>	T2	HD PPACA
<i>l-norgest/e.estradiol-e.estrad (Quartette)</i>	T2	HD PPACA
<i>l-norgest/e.estradiol-e.estrad (Seasonique)</i>	T2	HD PPACA
<i>noreth-ethinyl estradiol/iron</i>	T2	HD PPACA
<i>noreth-ethinyl estradiol/iron (Generess Fe)</i>	T2	HD PPACA
<i>norethind-eth estrad 1-0.02 mg (Loestrin)</i>	T2	HD PPACA
<i>norethindrone</i>	T2	HD PPACA
<i>norethindrone ac-eth estradiol (Loestrin)</i>	T2	HD PPACA
<i>norethindrone-e.estradiol-iron</i>	T2	HD PPACA
<i>norethindrone-e.estradiol-iron (Loestrin Fe)</i>	T2	HD PPACA
<i>norethindrone-e.estradiol-iron (Minastrin 24 Fe)</i>	T2	HD PPACA
<i>norethindrone-e.estradiol-iron (Taytulla)</i>	T2	HD PPACA
<i>norethindrone-ethin. estradiol</i>	T2	HD PPACA
<i>norethin-ee 1.5-0.03 mg(21) tb (Loestrin)</i>	T2	HD PPACA
<i>norgestimate-ethinyl estradiol</i>	T2	HD PPACA
NORGESTREL-ETHINYL ESTRADIOL	T2	HD PPACA
YAZ (<i>ethinyl estradiol/drospirenone</i>)	T4	ST HD PPACA

T1 – Genéricos preferidos

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca

ST – Tratamiento escalonad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

T2 – Genéricos no preferidos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T3 – Marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

Lista de medicamentos con receta

ANTICONCEPTIVOS (Productos anticonceptivos) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTICONCEPTIVOS TRANSDÉRMICOS		
<i>norelgestromin/ethin.estradiol</i>	T2	HD PPACA
DISPOSITIVOS INTRAUTERINOS (DIU)		
KYLEENA	T4	SP PPACA
LILETTA	T4	SP PPACA
MIRENA	T4	SP PPACA
SKYLA	T4	SP PPACA
PREPARACIONES PARA LA TOS/EL RESFRÍO (Alergia/rociadores nasales)		
COMB. DE ANTIHIST.-DESCONGEST.-ANTICOLINÉRGICOS DE 1.º GENERACIÓN		
<i>RESPA A.R. (pseudoephed/chlor-mal/bell alk)</i>	T4	
PREPARACIONES PARA LA TOS/EL RESFRÍO (Medicamentos para la tos/el resfrío)		
ANTITUSIVOS NO OPIOIDES		
<i>benzonatate</i>	T2	
COMBINACIONES DE DESCONGESTIVOS-EXPECTORANTES		
<i>guaifenesin/phenylephrine hcl</i>	T2	
ANTITUS. NO OPIOIDES-ANTIHISTAMÍNICOS DE 1.º GENERACIÓN-DESCONGESTIVOS		
<i>BROMFED DM (brompheniramine/pseudoephed/dm)</i>	T4	
<i>brompheniramine/pseudoephed/dm (Bromfed Dm)</i>	T2	
COMB. DE ANTITUSIVOS NO OPIOIDES-ANTIHISTAMÍNICOS DE 1.º GENERACIÓN		
<i>promethazine/dextromethorphan</i>	T2	
ANTITUSIVOS OPIOIDES- ANTIHISTAMÍNICOS DE 1.º GENERACIÓN-DESCONGEST.		
CAPCOF	T4	
HISTEX-AC	T4	
MAXI-TUSS CD	T4	
POLY-TUSSIN AC	T4	
<i>promethazine/phenyleph/codeine</i>	T2	
ZODRYL DAC 25	T4	
ZODRYL DAC 30	T4	
ZODRYL DAC 35	T4	
ZODRYL DAC 40	T4	
ZODRYL DAC 50	T4	
ZODRYL DAC 60	T4	
ZODRYL DAC 80	T4	

T1 – Genéricos preferidos T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca ST – Tratamiento escalonado HD – Puede requerir entrega a domicilio
T2 – Genéricos no preferidos PA – Autorización previa AGE – Requisito de edad PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos
T3 – Marcas preferidas QL – Límite a la cantidad SP – Medicamentos de especialidad CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

Lista de medicamentos con receta

PREPARACIONES PARA LA TOS/EL RESFRÍO (Medicamentos para la tos/el resfrío) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTITUSIVOS OPIOIDES-ANTIISTAMÍNICOS DE 1.ª GENERACIÓN		
<i>hydrocodone/chlorphen p-stirex</i>	T2	
<i>promethazine hcl/codeine</i>	T2	
TUSSICAPS	T4	PA
TUXARIN ER	T4	
TUZISTRA XR	T4	PA
ZODRYL AC 25	T4	
ZODRYL AC 30	T4	
ZODRYL AC 35	T4	
ZODRYL AC 40	T4	
ZODRYL AC 50	T4	
ZODRYL AC 60	T4	
ZODRYL AC 80	T4	
COMBINACIONES DE ANTITUSIVOS OPIOIDES-ANTICOLINÉRGICOS		
HYCODAN	T4	
HYCODAN (<i>hydrocodone bit/homatrop me-br</i>)	T4	
<i>hydrocodone bit/homatrop me-br</i>	T2	
<i>hydrocodone bit/homatrop me-br</i> (Hycodan)	T2	
COMB. DE ANTITUSIVOS OPIOIDES-DESCONGESTIVOS-EXPECTORANTES		
CODITUSSIN DAC	T4	
<i>pseudoephed/codeine/guaifen</i>	T2	
ZODRYL DEC 25	T4	
ZODRYL DEC 30	T4	
ZODRYL DEC 35	T4	
ZODRYL DEC 40	T4	
ZODRYL DEC 50	T4	
ZODRYL DEC 60	T4	
ZODRYL DEC 80	T4	
COMBINACIÓN DE ANTITUSIVOS OPIOIDES-EXPECTORANTES		
<i>codeine phosphate/guaifenesin</i>	T2	
CODITUSSIN AC	T4	
GUAIFEN-CODEINE 100-10 MG/5 ML	T4	
<i>guaifen-codeine 100-10 mg/5 ml</i>	T2	
GUAIFEN-CODEINE 200-20 MG/10ML	T4	
MAR-COF CG	T4	

T1 – Genéricos preferidos T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca ST – Tratamiento escalonad HD – Puede requerir entrega a domicilio
T2 – Genéricos no preferidos PA – Autorización previa AGE – Requisito de edad PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos
T3 – Marcas preferidas QL – Límite a la cantidad SP – Medicamentos de especialidad CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

Lista de medicamentos con receta

PREPARACIONES PARA LA TOS/EL RESFRÍO (Medicamentos para la tos/el resfrío) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
COMBINACIÓN DE ANTITUSIVOS OPIOIDES-EXPECTORANTES (cont.)		
NINJACOF-XG	T4	
OBREDON	T4	PA
DIAGNÓSTICO (Diabetes)		
DIAGNÓSTICO DEL NIVEL DE AZÚCAR EN SANGRE		
FREESTYLE INSULINX	T3	
FREESTYLE INSULINX TEST STRIPS	T3	
FREESTYLE LITE TEST STRIP	T3	
FREESTYLE TEST STRIPS	T3	
ONETOUCH ULTRA TEST STRIP	T3	
ONETOUCH VERIO TEST STRIP	T3	
PRECISION XTRA	T3	
ELEMENTOS PARA EXAMEN DE GLUCOSA EN ORINA		
DIASTIX REAGENT	T3	
DIAGNÓSTICO (Varios)		
PREPARACIONES PARA ANÁLISIS DE SANGRE		
FORA GTEL KETONE TEST STRIP	T4	
GOJJI BLOOD KETONE TEST STRIP	T4	
NOVAMAX PLUS	T3	
PRECISION XTRA	T3	
PRODUCTOS DE DIAGNÓSTICO CARDIOVASCULAR - RADIOPACOS		
OMNIPAQUE	T4	
PREPARACIONES DE DIAGNÓSTICO, VARIAS		
ARIDOL	T4	
GLUCAGEN DIAGNOSTIC 1 MG VIAL	T3	
METHACHOLINE CHLORIDE	T4	
PROVOCHOLINE	T4	
TC 99M SULFUR COLLOID PREP	T4	
TOXICOLOGY SALIVA COLLECTION	T4	
AGENTES PARA EL DIAGNÓSTICO OCULAR		
<i>fluorescein sodium</i>	T2	
<i>ful-glo 1 mg opth strip</i>	T2	
FUL-GLO EYE STRIPS	T4	
AGENTES PARA IMÁGENES POR FLUORESCENCIA - TEJIDO MALIGNO		
GLEOLAN	T4	

T1 – Genéricos preferidos T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca ST – Tratamiento escalonado HD – Puede requerir entrega a domicilio
T2 – Genéricos no preferidos PA – Autorización previa AGE – Requisito de edad PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos
T3 – Marcas preferidas QL – Límite a la cantidad SP – Medicamentos de especialidad CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

Lista de medicamentos con receta

DIAGNÓSTICO (Varios) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
PRODUCTOS DE DIAGNÓSTICO RADIOPACOS GASTROINTESTINALES		
<i>diatrizoate meglumine, sodium</i> (Gastrografin)	T2	
ENTERO VU	T4	
E-Z DISK	T4	
E-Z-HD	T4	
E-Z-PAQUE	T4	
E-Z-PASTE	T4	
GASTROGRAFIN (<i>diatrizoate meglumine, sodium</i>)	T4	
GASTROMARK	T4	
LIQUID E-Z PAQUE	T4	
LIQUID POLIBAR PLUS	T4	
NEULUMEX	T4	
POLIBAR ACB	T4	
READI-CAT 2	T4	
SITZMARKS	T4	
TAGITOL	T4	
VANILLA SILQ	T4	
VARIBAR HONEY	T4	
VARIBAR NECTAR	T4	
VARIBAR PUDDING	T4	
VARIBAR THIN HONEY	T4	
VARIBAR THIN LIQUID	T4	
VOLUMEN	T4	
PRODUCTOS DE DIAGNÓSTICO DE LA FUNCIÓN METABÓLICA		
METOPIRONE	T4	
PRODUCTOS DE DIAGNÓSTICO RADIOACTIVOS, GENERALES		
XENON XE-133	T4	
ELEMENTOS RADIOFARMACÉUTICOS		
INDICLOR	T4	
PRODUCTOS DE DIAGNÓSTICO RADIOPACOS URINARIOS		
CYSTO-CONRAY II	T4	
CYSTOGRAFIN	T4	
CYSTOGRAFIN-DILUTE	T4	
PRODUCTOS DE DIAGNÓSTICO RADIOPACOS URINARIOS		
KETONE CARE TEST STRIP	T3	

T1 – Genéricos preferidos

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca

ST – Tratamiento escalonad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

T2 – Genéricos no preferidos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T3 – Marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

Lista de medicamentos con receta

DIAGNÓSTICO (Varios) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
PRODUCTOS DE DIAGNÓSTICO RADIOPACOS URINARIOS (cont.)		
KETONE TEST STRIP	T3	
KETOSTIX REAGENT	T3	
TRUEPLUS KETONE TEST STRIP	T3	
ELEMENTOS PARA EXAMEN DE GLUCOSA/ACETONA EN ORINA, TIRAS REACTIVAS		
KETO-DIASTIX REAGENT	T3	
ELEMENTOS PARA DIVERSOS ANÁLISIS DE ORINA		
CHEK-STIX	T3	
CHEMSTRIP	T3	
CHEMSTRIP 10 WITH SG	T3	
CHEMSTRIP 2 GP	T3	
CHEMSTRIP 50B	T3	
CHEMSTRIP 7	T3	
CHEMSTRIP 9	T3	
COMBISTIX REAGENT	T3	
HEMA-COMBISTIX	T3	
KETO-DIASTIX REAGENT	T3	
LABSTIX REAGENT	T3	
MULTISTIX	T3	
MULTISTIX 10 SG	T3	
MULTISTIX 5	T3	
MULTISTIX 7	T3	
MULTISTIX 8 SG	T3	
MULTISTIX 9	T3	
MULTISTIX 9 SG	T3	
URISTIX 4	T3	
URISTIX REAGENT	T3	
DIURÉTICOS (Diuréticos)		
ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE LA ARGININA VASOPRESINA (AVP)		
<i>tolvaptan 15 mg tablet (Samsca)</i>	T2	PA QL(30 tabs/fill) SP
<i>tolvaptan 30 mg tablet (Samsca)</i>	T2	PA QL(60 tabs/fill) SP
INHIBIDORES DE LA ANHIDRASA CARBÓNICA		
<i>acetazolamide</i>	T2	HD
<i>methazolamide</i>	T2	HD

T1 – Genéricos preferidos

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca

ST – Tratamiento escalonad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

T2 – Genéricos no preferidos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T3 – Marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

Lista de medicamentos con receta

DIURÉTICOS (Diuréticos) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
DIURÉTICOS DE ASA		
<i>bumetanide</i>	T2	HD
EDECIN (<i>ethacrynic acid</i>)	T4	ST HD
<i>ethacrynic acid</i> (Edecrin)	T2	HD
<i>furosemide</i>	T1	HD
<i>furosemide</i> (Lasix)	T1	HD
LASIX (<i>furosemide</i>)	T4	ST HD
<i>torseamide</i>	T2	HD
AGENTE DE LA ENFERMEDAD RENAL POLIQUÍSTICA, ANTAG. DE LOS RECEPT. DE LA AVP		
JYNARQUE 15 MG TABLET	T4	PA QL(120 tabs/fill) SP
JYNARQUE 15 MG-15 MG TABLET	T4	PA QL(56 tabs/fill) SP
JYNARQUE 30 MG TABLET	T4	PA QL(120 tabs/fill) SP
JYNARQUE 30 MG-15 MG TABLET	T4	PA QL(56 tabs/fill) SP
JYNARQUE 45 MG-15 MG TABLET	T4	PA QL(56 tabs/fill) SP
JYNARQUE 60 MG-30 MG TABLET	T4	PA QL(56 tabs/fill) SP
JYNARQUE 90 MG-30 MG TABLET	T4	PA QL(56 tabs/fill) SP
DIURÉTICOS AHORRADORES DE POTASIO		
ALDACTONE (<i>spironolactone</i>)	T4	HD
<i>amiloride hcl</i>	T2	HD
DYRENIUM (<i>triamterene</i>)	T4	HD
<i>eplerenone</i> (Inspra)	T2	HD
INSPIRA (<i>eplerenone</i>)	T4	HD
KERENDIA	T3	PA QL(30 tabs/fill) HD
<i>spironolactone</i> (Aldactone)	T1	HD
<i>spironolactone</i> (Carospir)	T2	HD
<i>triamterene</i> (Dyrenium)	T2	HD
DIURÉTICOS AHORRADORES DE POTASIO EN COMBINACIÓN		
ALDACTAZIDE	T4	HD
<i>amiloride/hydrochlorothiazide</i>	T2	HD
DYAZIDE (<i>triamterene/hydrochlorothiazid</i>)	T4	HD
MAXZIDE (<i>triamterene/hydrochlorothiazid</i>)	T4	HD
MAXZIDE-25 MG (<i>triamterene/hydrochlorothiazid</i>)	T4	HD
<i>spironolact/hydrochlorothiazid</i>	T2	HD
<i>triamterene/hydrochlorothiazid</i> (Dyazide)	T1	HD

T1 – Genéricos preferidos T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca ST – Tratamiento escalonado HD – Puede requerir entrega a domicilio
T2 – Genéricos no preferidos PA – Autorización previa AGE – Requisito de edad PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos
T3 – Marcas preferidas QL – Límite a la cantidad SP – Medicamentos de especialidad CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

Lista de medicamentos con receta

DIURÉTICOS (Diuréticos) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
DIURÉTICOS AHORRADORES DE POTASIO EN COMBINACIÓN (cont.)		
<i>triamterene/hydrochlorothiazid (Maxzide)</i>	T1	HD
<i>triamterene/hydrochlorothiazid (Maxzide-25 Mg)</i>	T1	HD
THIAZIDA Y DIURÉTICOS AFINES		
<i>chlorthalidone</i>	T2	HD
DIURIL	T4	HD
<i>hydrochlorothiazide</i>	T1	HD
<i>indapamide</i>	T1	HD
<i>metolazone</i>	T2	HD
PREPARACIONES PARA LOS OJOS, LOS OÍDOS, LA NARIZ Y LA GARGANTA (Alergia/rociadores nasales)		
ANTIISTAMÍNICOS NAALES		
<i>azelastine 0.1% (137 mcg) spry</i>	T2	QL(60 mls/fill) HD
<i>azelastine 0.15% nasal spray</i>	T2	HD
<i>olopatadine hcl (Patanase)</i>	T2	QL(31 gms/fill) HD
PATANASE (<i>olopatadine hcl</i>)	T4	QL(31 gms/fill) HD
COMB. DE ANTIISTAMÍNICOS NAALES Y ANTIINFLAM. ESTEROIDEOS		
<i>azelastine/fluticasone (Dymista)</i>	T2	ST QL(23 gms/fill) HD
DYMISTA (<i>azelastine/fluticasone</i>)	T4	ST QL(23 gms/fill) HD
RYALTRIS	T4	ST QL(1 bottle/fill) HD
ANTIINFLAMATORIOS ESTEROIDEOS NAALES		
<i>flunisolide</i>	T2	ST QL(50 mls/fill) HD
<i>fluticasone prop 50 mcg spray</i>	T2	QL(16 gms/fill) HD
<i>mometasone furoate 50 mcg spry (Nasonex)</i>	T2	ST QL(17 gms/fill) HD
XHANCE	T4	ST QL(32 mls/fill) HD
PREPARACIONES NAALES, VARIAS (CON RECETA)		
COCAINE HCL	T4	HD
GOPRELTO	T4	HD
<i>ipratropium 0.03% spray</i>	T2	QL(30 mls/fill) HD
<i>ipratropium 0.06% spray</i>	T2	QL(30 mls/fill) HD
NUMBRINO	T4	HD
PREPARACIONES NAALES, VASOCONSTRICTORES (CON RECETA)		
ADRENALIN CHLORIDE	T4	
<i>epinephrine hcl</i>	T2	

T1 – Genéricos preferidos T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca ST – Tratamiento escalonad HD – Puede requerir entrega a domicilio
T2 – Genéricos no preferidos PA – Autorización previa AGE – Requisito de edad PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos
T3 – Marcas preferidas QL – Límite a la cantidad SP – Medicamentos de especialidad CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

Lista de medicamentos con receta

PREPARACIONES PARA LOS OJOS, LOS OÍDOS, LA NARIZ Y LA GARGANTA (Medicamentos para los oídos)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
PREPARACIONES ÓTICAS, ANTIINFLAMATORIAS		
DERMOTIC (<i>fluocinolone acetonide oil</i>)	T4	
<i>fluocinolone acetonide oil</i> (Dermotic)	T2	
PREPARACIONES ÓTICAS, VARIAS, ANTIINFECCIOSOS		
<i>acetic acid</i>	T2	
CORTANE-B (<i>hydrocort/pramoxine/chloroxyl</i>)	T4	
<i>hydrocortisone/acetic acid</i>	T2	

PREPARACIONES PARA LOS OJOS, LOS OÍDOS, LA NARIZ Y LA GARGANTA (Condiciones oculares)

AGENTES PARA EL ENTRECRUZAMIENTO DE COLÁGENO CORNEAL

PHOTREXA CROSS-LINKING	T4	
PHOTREXA VISCOUS	T4	

LÁGRIMAS ARTIFICIALES

KLARITY (CHONDROITIN)	T4	
LACRISERT	T4	PA QL (60 inserts/fill)
MIEBO	T3	

ANTIINFECCIOSOS PARA LOS OJOS (CON RECETA ÚNICAMENTE)

BETADINE	T4	
----------	----	--

AGENTES ANTIINFLAMATORIOS PARA LOS OJOS

ACULAR (<i>ketorolac tromethamine</i>)	T4	ST
ACULAR LS (<i>ketorolac tromethamine</i>)	T4	ST
<i>bromfenac sodium</i>	T2	
<i>bromfenac sodium</i> (Bromsite)	T2	
<i>bromfenac sodium</i> (Prolensa)	T2	
<i>dexamethasone sodium phosphate</i>	T2	
DEXTENZA	T4	
<i>diclofenac 0.1% eye drops</i>	T2	
<i>difluprednate</i> (Durezol)	T2	
EYSUVIS	T4	PA QL (8.3 mls/fill)
<i>fluorometholone</i> (Fml)	T2	
<i>flurbiprofen sodium</i>	T2	
FML (<i>fluorometholone</i>)	T4	ST
ILEVRO	T4	
INVELTYS	T4	ST
<i>ketorolac 0.4% ophth solution</i> (Acular Ls)	T2	
<i>ketorolac 0.5% ophth solution</i> (Acular)	T2	

T1 – Genéricos preferidos T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca ST – Tratamiento escalonado HD – Puede requerir entrega a domicilio
T2 – Genéricos no preferidos PA – Autorización previa AGE – Requisito de edad PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos
T3 – Marcas preferidas QL – Límite a la cantidad SP – Medicamentos de especialidad CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

Lista de medicamentos con receta

PREPARACIONES PARA LOS OJOS, LOS OÍDOS, LA NARIZ Y LA GARGANTA (Condiciones oculares) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGENTES ANTIINFLAMATORIOS PARA LOS OJOS (cont.)		
KLARITY-B(BETAMETHASONE-CHOND)	T4	
KLARITY-L (LOTEPREDNOL-CHONDR)	T4	
LOTEMAX 0.5% EYE DROPS (<i>loteprednol etabonate</i>)	T4	
LOTEMAX 0.5% EYE OINTMENT	T4	ST
LOTEMAX 0.5% OPHTHALMIC GEL (<i>loteprednol etabonate</i>)	T4	ST
LOTEMAX SM	T4	ST
<i>loteprednol etabonate</i> (Alrex)	T2	ST
<i>loteprednol etabonate</i> (Lotemax)	T2	
PRED FORTE (<i>prednisolone acetate</i>)	T4	
<i>prednisolone ac 1% eye drop</i> (Pred Forte)	T2	
PREDNISOLONE ACET 1% EYE DROP	T4	
<i>prednisolone sodium phosphate</i>	T2	
PREDNISOLONE-BROMFENAC	T4	
PREDNISOLONE-NEPAFENAC	T4	
PROLENSA (<i>bromfenac sodium</i>)	T4	
ANESTÉSICOS LOCALES PARA LOS OJOS		
AKTEN	T4	
ALCAINE (<i>proparacaine hcl</i>)	T4	
ALTAFLUOR BENOX (<i>benoxinate hcl/fluorescein sod</i>)	T4	
FLUORESCEIN-BENOXINATE	T4	
<i>proparacaine hcl</i> (Alcaine)	T2	
<i>proparacaine/fluorescein sod</i>	T2	
<i>tetracaine 0.5% eye drop</i>	T2	
TETRACAINE 0.5% STERI-UNIT SOL	T4	
<i>tetracaine hcl</i>	T2	
TETRAVISC	T4	
TETRAVISC FORTE	T4	
ESTABILIZADORES DE MASTOCITOS PARA LOS OJOS		
cromolyn 4% eye drops	T2	
COMBINACIONES DE MIDRIÁTICOS OCULARES Y AINE		
MYDRIATIC4(TROP-PROP-PE-KTRLC)	T4	
PREPARACIONES OCULARES, VARIAS (SIN RECETA)		
GELFILM	T4	

T1 – Genéricos preferidos

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca

ST – Tratamiento escalonad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

T2 – Genéricos no preferidos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T3 – Marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

Lista de medicamentos con receta

PREPARACIONES PARA LOS OJOS, LOS OÍDOS, LA NARIZ Y LA GARGANTA (Condiciones oculares) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
VASOCONSTRICTORES PARA LOS OJOS		
<i>phenylephrine hcl</i>	T2	
MIÓTICOS Y OTROS REDUCTORES DE LA PRESIÓN INTRAOCULAR		
ALPHAGAN P	T4	ST HD
ALPHAGAN P (<i>brimonidine tartrate</i>)	T4	ST HD
<i>apraclonidine hcl</i>	T2	HD
betaxolol hcl	T2	HD
BETOPTIC S	T4	HD
<i>bimatoprost</i>	T2	PA HD
<i>brimonidine tartrate</i>	T2	HD
<i>brimonidine tartrate</i> (Alphagan P)	T2	HD
<i>brimonidine tartrate/timolol</i> (Combigan)	T2	HD
BRIMONIDINE-DORZOLAMIDE	T4	HD
<i>brinzolamide</i> (Azopt)	T2	HD
<i>carteolol hcl</i>	T2	HD
COMBIGAN (<i>brimonidine tartrate/timolol</i>)	T4	ST HD
DORZOLAMIDE	T4	HD
<i>dorzolamide hcl</i> (Trusopt)	T2	HD
<i>dorzolamide hcl/timolol maleate</i> (Cosopt)	T2	HD
<i>dorzolamide/timolol/pf</i> (Cosopt Pf)	T2	HD
IOPIDINE	T4	ST HD
ISOPTO CARPINE (<i>pilocarpine hcl</i>)	T4	HD
LATANOPROST 0.005% EYE DROP	T4	HD
<i>latanoprost 0.005% eye drops</i> (Xalatan)	T2	PA HD
<i>levobunolol hcl</i>	T2	HD
LUMIGAN	T4	PA HD
PHOSPHOLINE IODIDE	T4	SP HD
<i>pilocarpine hcl</i>	T2	HD
<i>pilocarpine hcl</i> (Isopto Carpine)	T2	HD
SIMBRINZA	T4	HD
<i>timolol maleate</i> (Istalol)	T2	HD
<i>timolol maleate</i> (Timoptic)	T1	HD
<i>timolol maleate</i> (Timoptic-Xe)	T2	HD
<i>timolol maleate/pf</i>	T2	HD
<i>timolol maleate/pf</i> (Timoptic Ocodose)	T2	HD

T1 – Genéricos preferidos

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

T2 – Genéricos no preferidos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T3 – Marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

Lista de medicamentos con receta

PREPARACIONES PARA LOS OJOS, LOS OÍDOS, LA NARIZ Y LA GARGANTA (Condiciones oculares) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
MIÓTICOS Y OTROS REDUCTORES DE LA PRESIÓN INTRAOCULAR (cont.)		
TIMOLOL-BRIMONIDIN-DORZOLAMIDE	T4	HD
TIMOLOL-BRIMONI-DORZOL-LATANOP	T4	HD
TIMOLOL-DORZOLAMIDE	T4	HD
TIMOLOL-DORZOLAMIDE-LATANOPRST	T4	HD
TIMOLOL-LATANOPROST	T4	HD
TIMOPTIC (<i>timolol maleate</i>)	T4	ST HD
TIMOPTIC-XE (<i>timolol maleate</i>)	T4	ST HD
<i>travoprost</i> (Travatan Z)	T2	PA HD
TRUSOPT (<i>dorzolamide hcl</i>)	T4	ST HD
VYZULTA	T4	PA HD
MIDRIÁTICOS		
<i>atropine 1% eye drops</i>	T2	HD
<i>atropine 1% eye ointment</i>	T2	HD
ATROPINE SULFATE 0.01% EYE DRP	T4	HD
ATROPINE SULFATE-0.9% NAACL	T4	HD
CYCLOGYL	T4	HD
CYCLOGYL (<i>cyclopentolate hcl</i>)	T4	HD
CYCLOMYDRIL	T4	HD
<i>cyclopentolat/tropic/phenyleph</i>	T2	HD
<i>cyclopentolate hcl (Cyclogyl)</i>	T2	HD
CYCLOPENTOLATE-TROPICAMIDE-PE	T4	HD
<i>homatropine hbr</i>	T2	HD
MYDRIACYL (<i>tropicamide</i>)	T4	HD
PAREMYD	T4	HD
<i>tropicamide</i>	T2	HD
<i>tropicamide (Mydriacyl)</i>	T2	HD
TROPICAMIDE-CYCLOPENTOLATE-PE	T4	HD
TROPICAMIDE-CYCLOPENT-PE-KTRLC	T4	HD
TROPICAMIDE-PHENYLEPHRINE	T4	HD
TROPIC-CYCLOPENT-PE-KTRLC-PROP	T4	HD
ANTICUERPOS MONOCLONALES RECOMBINANTES ANTAGONISTAS DEL RECEPTOR DEL VEGF-A OFTÁLMICOS		
LUCENTIS	T4	PA SP
AGENTES ANTIFIBRÓTICOS OFTÁLMICOS		
MITOMYCIN	T4	

T1 – Genéricos preferidos

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca

ST – Tratamiento escalonad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

T2 – Genéricos no preferidos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T3 – Marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

Lista de medicamentos con receta

PREPARACIONES PARA LOS OJOS, LOS OÍDOS, LA NARIZ Y LA GARGANTA (Condiciones oculares) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGENTES ANTIFIBRÓTICOS OFTÁLMICOS (cont.)		
MITOSOL	T4	
ANTIINFLAMATORIOS OFTÁLMICOS, TIPO INMUNOMODULADOR		
CEQUA	T4	
<i>cyclosporine 0.05% eye emuls (Restasis)</i>	T2	PA QL(60 vials/fill) HD
CYCLOSPORINE IN KLARITY	T4	HD
RESTASIS (cyclosporine)	T4	PA QL(60 vials/fill) HD
RESTASIS MULTIDOSE	T3	PA QL(6 mls/fill) HD
XIIDRA	T3	PA QL(60 vls/fill) HD
VEVYE	T4	PA HD
AGENTES OFTÁLMICOS REDUCTORES DE LA CISTINA		
CYSTARAN	T4	PA SP
FACTOR DE CRECIMIENTO DEL NERVIÓ OFTÁLMICO HUMANO (HNGF)		
OXERVATE	T4	PA SP HD
PREPARACIONES OFTÁLMICAS, VARIAS		
HEALON GV	T4	
ELECT./CALÓRICOS/H2O (Medicamentos para el colesterol)		
SUPLEMENTOS DE LÍPIDOS ORALES		
DOJOLVI	T4	PA SP HD
ELECT./CALÓRICOS/H2O (Productos dentales)		
PREPARACIONES CON FLÚOR		
CLINPRO 5000	T4	
FLORIVA	T4	
<i>fluoride (sodium)</i>	T2	PPACA
<i>fluoride (sodium)</i>	T2	
<i>fluoride (sodium) (Prevident 5000 Plus)</i>	T2	
<i>fluoride (sodium) (Prevident)</i>	T2	
FLUORIDEX	T4	
FLUORIDEX SENSITIVITY RELIEF	T4	
JUSTRIGHT 5000	T4	
PREVIDENT	T4	
PREVIDENT (fluoride (sodium))	T4	
PREVIDENT 5000 DRY MOUTH	T4	

T1 – Genéricos preferidos T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca ST – Tratamiento escalonad HD – Puede requerir entrega a domicilio
T2 – Genéricos no preferidos PA – Autorización previa AGE – Requisito de edad PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos
T3 – Marcas preferidas QL – Límite a la cantidad SP – Medicamentos de especialidad CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

Lista de medicamentos con receta

ELECT./CALÓRICOS/H2O (Productos dentales) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
PREPARACIONES CON FLÚOR (cont.)		
PREVIDENT 5000 ENAMEL PROTECT	T4	
PREVIDENT 5000 ORTHO DEFENSE	T4	
PREVIDENT 5000 PLUS (fluoride (sodium))	T4	
PREVIDENT 5000 SENSITIVE	T4	
<i>sodium fluoride 0.2% rinse (Prevident)</i>	T2	
<i>sodium fluoride 1.1% cream (Prevident 5000 Plus)</i>	T2	
<i>sodium fluoride 1.1% gel (Prevident)</i>	T2	
<i>sodium fluoride 5000 ppm cream (Prevident 5000 Plus)</i>	T2	
<i>sodium fluoride 5000 ppm paste</i>	T2	
<i>sodium fluoride/potassium nit</i>	T2	
PREPARACIONES DE VITAMINAS PEDIÁTRICAS		
<i>fluoride (sodium)</i>	T2	PPACA
FLURA-DROPS	T4	
<i>sodium fluoride 0.25 (0.55) mg</i>	T2	PPACA
<i>sodium fluoride 0.5 mg(1.1 mg)</i>	T2	PPACA
<i>sodium fluoride 0.5 mg/ml drop</i>	T2	PPACA
<i>sodium fluoride 1 mg (2.2 mg)</i>	T2	PPACA
ELECT./CALÓRICOS/H2O (Diabetes)		
AGENTES PARA TRATAR LA HIPOGLUCEMIA (HIPERGLUCÉMICOS)		
BAQSIMI	T3	
<i>cvs glucose 4 gram tablet chew (Trueplus Glucose)</i>	T2	
CVS GLUCOSE LIQUID SHOT	T4	
DEX4 GLUCOSE 15 GM GEL PACKET	T4	
<i>dex4 glucose 4 gm tablet chew (Trueplus Glucose)</i>	T2	
<i>dex4 glucose 40% gel (Glutose-15)</i>	T2	
<i>dex4 glucose 40% gel (Glutose-45)</i>	T2	
DEX4 GLUCOSE LIQUID	T4	
DEX4 GLUCOSE LIQUID BLAST	T4	
<i>dex4 glucose tab pouch pack (Trueplus Glucose)</i>	T2	
<i>dex4 quick dissolve tab chew (Trueplus Glucose)</i>	T2	
<i>dextrose</i>	T2	
<i>dextrose (Glutose-15)</i>	T2	
<i>dextrose (Glutose-45)</i>	T2	

T1 – Genéricos preferidos

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca

ST – Tratamiento escalonad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

T2 – Genéricos no preferidos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T3 – Marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

Lista de medicamentos con receta

ELECT./CALÓRICOS/H2O (Diabetes) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGENTES PARA TRATAR LA HIPOGLUCEMIA (HIPERGLUCÉMICOS) (cont.)		
<i>dextrose/vitamin d3</i>	T2	
<i>diazoxide (Proglycem)</i>	T2	
<i>drug mart glucose 4 gm tab chw (Trueplus Glucose)</i>	T2	
<i>glucagon 1 mg emergency kit</i>	T2	QL(2 vials/fill)
GLUCO SHOT	T4	
<i>glucose 3.75 gram tablet chew (Trueplus Glucose)</i>	T2	
GLUCOSE 2 GRAM GUMMY	T4	
<i>glucose 4 gram tablet chew (Trueplus Glucose)</i>	T2	
GLUCOSE LIQUID	T4	
GLUTOSE-15 (<i>dextrose</i>)	T3	
GLUTOSE-45 (<i>dextrose</i>)	T3	
<i>gnp glucose 3.75 gram tab chew (Trueplus Glucose)</i>	T2	
<i>gnp glucose 4 gram tablet chew (Trueplus Glucose)</i>	T2	
<i>gnp quick dissolve glucose tab (Trueplus Glucose)</i>	T2	
<i>gs glucose 4 gram tablet chew (Trueplus Glucose)</i>	T2	
GVOKE	T3	QL(2 vials/fill)
GVOKE HYPOPEN 1-PACK	T3	QL(2 auto-injs/fill)
GVOKE HYPOPEN 2-PACK	T3	QL(2 auto-injs/fill)
GVOKE PFS 1-PACK SYRINGE	T3	QL(2 syringes/fill)
GVOKE PFS 2-PACK SYRINGE	T3	QL(2 syringes/fill)
INSTA-GLUCOSE GEL	T4	
<i>insta-glucose gel</i>	T2	
<i>kro glucose 4 gram tablet chew (Trueplus Glucose)</i>	T2	
<i>croger glucose 4 gram tab chew (Trueplus Glucose)</i>	T2	
<i>leader glucose 4 gm tab chew (Trueplus Glucose)</i>	T2	
<i>leader quick dissolve gluc tab (Trueplus Glucose)</i>	T2	
<i>longs glucose 4 gram tab chew (Trueplus Glucose)</i>	T2	
<i>meijer glucose 4 gram tab chew (Trueplus Glucose)</i>	T2	
<i>ms glucose 4 gram tablet chew (Trueplus Glucose)</i>	T2	
<i>ms quick dissolve glucose tab (Trueplus Glucose)</i>	T2	
<i>preferred plus glucose tab chw (Trueplus Glucose)</i>	T2	
PROGLYCEM (<i>diazoxide</i>)	T4	
<i>pub glucose 4 gram tablet chew (Trueplus Glucose)</i>	T2	
<i>ra glucose 4 gram tablet chew (Trueplus Glucose)</i>	T2	

T1 – Genéricos preferidos T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca ST – Tratamiento escalonado HD – Puede requerir entrega a domicilio
T2 – Genéricos no preferidos PA – Autorización previa AGE – Requisito de edad PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos
T3 – Marcas preferidas QL – Límite a la cantidad SP – Medicamentos de especialidad CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

Lista de medicamentos con receta

ELECT./CALÓRICOS/H2O (Diabetes) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGENTES PARA TRATAR LA HIPOGLUCEMIA (HIPERGLUCÉMICOS) (cont.)		
<i>reli-on glucose 4 gram tab chew</i> (Trueplus Glucose)	T2	
<i>reli-on glucose 4 gram tab chw</i> (Trueplus Glucose)	T2	
RELION GLUCOSE LIQUID	T4	
<i>sm glucose 4 gram tab chew</i> (Trueplus Glucose)	T2	
<i>smart sense glucose 4 gram tab</i> (Trueplus Glucose)	T2	
TRUEPLUS GLUCOSE	T4	
TRUEPLUS GLUCOSE (<i>dextrose</i>)	T4	
<i>upup glucose 4 gram tab chew</i> (Trueplus Glucose)	T2	
ELECT./CALÓRICOS/H2O (Varios)		
SUPLEMENTOS DE ÁCIDO NUCLEICO/NUCLEÓTIDOS		
XURIDEN	T4	PA SP
ELECT./CALÓRICOS/H2O (Nutritivos/alimenticios)		
CARBOHIDRATOS		
ENFAMIL	T3	
GLUTOL	T3	
REDUCTORES DE ELECTROLITOS		
AURYXIA	T4	
<i>calcium acetate 667 mg capsule</i>	T2	QL(360 caps/fill)
<i>calcium acetate 667 mg gelcap</i>	T2	QL(360 caps/fill)
<i>calcium acetate 667 mg tablet</i>	T2	QL(360 tabs/fill)
lanthanum carbonate (Fosrenol)	T2	QL(90 tabs/fill)
LOKELMA	T3	QL(30 packs/fill)
PHOSLYRA	T3	
REVELA 0.8 GM POWDER PACKET (<i>sevelamer carbonate</i>)	T4	QL(180 packs/fill)
REVELA 2.4 GM POWDER PACKET (<i>sevelamer carbonate</i>)	T4	QL(90 packs/fill)
REVELA 800 MG TABLET (<i>sevelamer carbonate</i>)	T4	QL(270 tabs/fill)
<i>sevelamer hcl 400 mg tablet</i>	T2	
<i>sevelamer hcl 800 mg tablet</i>	T2	
<i>sodium polystyrene sulfon/sorb</i>	T2	
<i>sodium polystyrene sulfonate</i>	T2	
VELPHORO	T3	QL(120 tabs/fill)
VELTASSA	T3	QL(30 packs/fill)

T1 – Genéricos preferidos

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca

ST – Tratamiento escalonad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

T2 – Genéricos no preferidos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T3 – Marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

Lista de medicamentos con receta

ELECT./CALÓRICOS/H2O (Nutritivos/alimenticios) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
PREPARACIONES CON FLÚOR		
CLINPRO 5000	T4	
fluoride (sodium)	T2	PPACA
fluoride (sodium)	T2	
fluoride (sodium) (Prevident 5000 Plus)	T2	
fluoride (sodium) (Prevident)	T2	
FLUORIDEX	T4	
JUSTRIGHT 5000	T4	
PREVIDENT	T4	
PREVIDENT (fluoride (sodium))	T4	
PREVIDENT 5000 DRY MOUTH	T4	
PREVIDENT 5000 ORTHO DEFENSE	T4	
PREVIDENT 5000 PLUS (fluoride (sodium))	T4	
sodium fluoride 0.2% rinse (Prevident)	T2	
sodium fluoride 1.1% cream (Prevident 5000 Plus)	T2	
sodium fluoride 1.1% gel (Prevident)	T2	
sodium fluoride 5000 ppm cream (Prevident 5000 Plus)	T2	
sodium fluoride 5000 ppm paste	T2	
AGENTES QUE CONTIENEN YODO		
potassium iodide	T2	
potassium iodide/iodine	T2	
SSKI	T4	
REPOSICIÓN DE HIERRO		
ABATRON	T4	
ABATRON AF	T4	
ACCRUFER	T4	
ACTIVE FE	T4	
APETIGEN-PLUS	T3	
BENTIVITE BX	T4	
CHROMAGEN	T4	
CITRANATAL BLOOM	T4	
CORVITE 150	T4	
CORVITE FE	T4	
cvs iron 27 mg tablet (Fergon)	T2	
cvs iron 65 mg tablet	T2	

T1 – Genéricos preferidos

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

T2 – Genéricos no preferidos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T3 – Marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

Lista de medicamentos con receta

ELECT./CALÓRICOS/H2O (Nutritivos/alimenticios) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
REPOSICIÓN DE HIERRO (cont.)		
CVS SLOW RELEASE IRON 45 MG TB	T4	
<i>cvs slow release iron 45 mg tb</i>	T2	
<i>cvs slow release iron tablet</i>	T2	
<i>eql slow release iron 45 mg tab</i>	T2	
<i>eql slow release iron 50 mg tb</i>	T2	
FEOSOL 45 MG CAPLET (<i>iron,carbonyl</i>)	T3	
<i>feosol 65 mg tablet</i>	T2	
FEOSOL BIFERA 28 MG CAPLET	T3	
FERAHEME (<i>ferumoxytol</i>)	T4	PA
FERGON 27 MG TABLET	T4	
FERGON 27 MG TABLET (<i>ferrous gluconate</i>)	T3	
FERGON TABLET	T4	
FER-IN-SOL (<i>ferrous sulfate</i>)	T3	
FERIVA 21-7	T4	
FERIVA FA	T4	
FERRACTIV IRON	T4	
FERRALET 90	T4	
FERRETTIS IPS 18 MG CAP	T4	
FERRETTIS IPS 40 MG/15 ML LIQ	T3	
FERRIMIN 150	T3	
FERRLECIT (<i>sodium ferric gluconat/sucrose</i>)	T4	PA
FERRO-SEQUELS	T4	
<i>ferrous fum/vit c/b12-if/folic</i>	T2	PPACA
<i>ferrous fumarate</i>	T2	
<i>ferrous fumarate (Hemocyte)</i>	T2	
FERROUS FUMARATE 29 MG TAB	T4	
<i>ferrous fumarate 324 mg tab (Hemocyte)</i>	T2	
<i>ferrous fumarate/folic acid (Hemocyte-F)</i>	T2	
<i>ferrous gluconate</i>	T2	
<i>ferrous gluconate (Fergon)</i>	T2	
<i>ferrous sulfate</i>	T2	
<i>ferrous sulfate (Fer-In-Sol)</i>	T2	
<i>ferrous sulfate/vit c/folic ac</i>	T2	PPACA
<i>ferumoxytol (Feraheme)</i>	T2	PA

T1 – Genéricos preferidos

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca

ST – Tratamiento escalonad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

T2 – Genéricos no preferidos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T3 – Marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

Lista de medicamentos con receta

ELECT./CALÓRICOS/H2O (Nutritivos/alimenticios) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
REPOSICIÓN DE HIERRO (cont.)		
FUSION	T4	
FUSION PLUS	T4	
FUSION SPRINKLES	T4	
GENTLE IRON	T4	
<i>gnp iron 45 mg tablet</i>	T2	
<i>gnp iron 65 mg tablet</i>	T2	
HEMATEX	T4	
HEMATEX (<i>iron polysaccharide complex</i>)	T4	
HEMATOGEN	T4	
HEMATRON-AF	T4	
HEMAX	T4	
HEMOCYTE (<i>ferrous fumarate</i>)	T3	
HEMOCYTE PLUS (<i>iron fum/folic acid/mv,min 15</i>)	T4	
HEMOCYTE-F (<i>ferrous fumarate/folic acid</i>)	T4	
<i>hm iron 65 mg tablet</i>	T2	
<i>hm slow release iron tablet</i>	T2	
I.L.X. B-12	T3	
ICAR	T3	
ICAR-C (<i>iron,carbonyl/ascorbic acid</i>)	T3	
ICAR-C PLUS (<i>iron,carb/vit c/vit b 12/folic</i>)	T4	
INFED	T3	PA
INJECTAFER	T4	PA
INTEGRA	T3	
INTEGRA F (<i>iron fum,ps/folic acid/vitc/b3</i>)	T4	
INTEGRA PLUS (<i>iron fum,ps/folic/bcomp,c no.9</i>)	T4	
IRON 18 MG TABLET	T4	
<i>iron 27 mg tablet</i>	T2	
<i>iron 27 mg tablet (Fergon)</i>	T2	
<i>iron 28 mg tablet</i>	T2	
<i>iron 45 mg tablet</i>	T2	
<i>iron 65 mg tablet</i>	T2	
<i>iron aspgly,ps/c/b 12/fa/ca/suc</i>	T2	
<i>iron aspgly,ps/c/succinic acid</i>	T2	
<i>iron aspgly/c/b 12/fa/ca-th/suc</i>	T2	

T1 – Genéricos preferidos

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca

ST – Tratamiento escalonad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

T2 – Genéricos no preferidos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T3 – Marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

Lista de medicamentos con receta

ELECT./CALÓRICOS/H2O (Nutritivos/alimenticios) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
REPOSICIÓN DE HIERRO (cont.)		
<i>iron bg,ps/vitc/b12/fa/calcium</i>	T2	
IRON BISGLYCINATE	T4	
<i>iron fm,ps no.1/folic/mv no.18 (Tandem Plus)</i>	T2	
<i>iron fum,ag/c/b12/folic/ca/suc</i>	T2	
<i>iron fum,ps/folic acid/vitc/b3 (Integra F)</i>	T2	
<i>iron fum,ps/folic/bcomp,c no.9 (Integra Plus)</i>	T2	
<i>iron fum/folic acid/mv,min 15 (Hemocyte Plus)</i>	T2	
<i>iron fumarate/vit c/vit b12/fa</i>	T2	
<i>iron polysac/iron heme/fa/b12</i>	T2	
<i>iron polysaccharide complex</i>	T2	
<i>iron polysaccharide complex (Nu-Iron 150)</i>	T2	
<i>iron ps complex/b12/folic acid</i>	T2	
<i>iron,carb/vit c/vit b12/folic (Icar-C Plus)</i>	T2	
<i>iron,carbonyl</i>	T2	
<i>iron,carbonyl (Feosol)</i>	T2	
<i>iron,carbonyl/ascorbic acid (Icar-C)</i>	T2	
<i>iron/c/b12/calcium/stomach conc</i>	T2	
<i>iron/c/folic acid/mv cmb11/calc</i>	T2	
<i>iron/folic ac/vit bcomp,c/min</i>	T2	
<i>iron/folic acid/b12/c/docusate</i>	T2	
<i>iron/folic acid/c/b6/b12/zinc</i>	T2	
<i>iron/vit c/fructooligosaccharid</i>	T2	
IRONUP	T4	
IRO-PLEX	T4	
IROSPAN	T4	
LYDIA PINKHAM HERBAL	T4	
MAXFE	T4	
MONOFERRIC	T4	PA
NEONATAL FE	T4	
NIFEREX	T4	
NOVAFERRUM 125 MG/5 ML LIQUID	T4	
NOVAFERRUM 15 MG/ML DROPS	T3	
NOVAFERRUM 50	T4	
NUFERA	T4	

T1 – Genéricos preferidos

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca

ST – Tratamiento escalonad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

T2 – Genéricos no preferidos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T3 – Marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

Lista de medicamentos con receta

ELECT./CALÓRICOS/H2O (Nutritivos/alimenticios) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
REPOSICIÓN DE HIERRO (cont.)		
NU-IRON 150 (<i>iron polysaccharide complex</i>)	T3	
PARVLEX	T4	
PERFECT IRON	T4	
PRO FE	T3	
PROFERRIN	T3	
PROFERRIN-FORTE	T4	
PROTECT IRON	T4	
<i>ra high potency iron 27 mg tab</i>	T2	
RA HIGH POTENCY IRON 27 MG TAB	T4	
<i>ra iron 65 mg tablet</i>	T2	
RA SLOW RELEASE IRON 45 MG TAB	T3	
SIDEROL	T4	
SLOW FE	T3	
<i>slow release iron 160 mg tab</i>	T2	
SLOW RELEASE IRON 45 MG TAB	T3	
SLOW RELEASE IRON 45 MG TABLET	T3	
<i>slow release iron 45 mg tablet</i>	T2	
SLOW RELEASE IRON 45 MG TABLET	T4	
<i>slow release iron tablet</i>	T2	
SLOW RELEASE IRON TABLET	T3	
<i>sm iron 160 mg tablet sa</i>	T2	
<i>sm iron 325 mg tablet</i>	T2	
<i>sm iron 65 mg tablet</i>	T2	
SM SLOW RELEASE IRON 45 MG TAB	T3	
<i>sodium ferric gluconat/sucrose (Ferrlecit)</i>	T2	PA
<i>sv iron 65 mg tablet</i>	T2	
SV SLOW RELEASE IRON 45 MG TAB	T3	
TANDEM DUAL ACTION	T3	
TANDEM PLUS (<i>iron fm,ps no.1/folic/mv no.18</i>)	T4	
TL-HEM 150	T4	
TRIFERIC	T4	
TULIVITE	T4	
VENOFER	T3	PA
VIRT-FEFA PLUS CAPSULE	T4	

T1 – Genéricos preferidos

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

T2 – Genéricos no preferidos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T3 – Marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

Lista de medicamentos con receta

ELECT./CALÓRICOS/H2O (Nutritivos/alimenticios) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
REPOSICIÓN DE HIERRO (cont.)		
<i>virt-fera plus capsule</i> (Integra Plus)	T2	
VITABEX IRON	T4	
VITAFOL	T4	
VITRON-C	T3	
PREPARACIONES DE VITAMINAS PEDIÁTRICAS		
<i>fluoride (sodium)</i>	T2	PPACA
FLURA-DROPS	T4	
<i>sodium fluoride 0.25 (0.55) mg</i>	T2	PPACA
<i>sodium fluoride 0.5 mg(1.1 mg)</i>	T2	PPACA
<i>sodium fluoride 0.5 mg/ml drop</i>	T2	PPACA
<i>sodium fluoride 1 mg (2.2 mg)</i>	T2	PPACA
REPOSICIÓN DE POTASIO		
EFFER-K 10 MEQ TABLET EFF	T4	
EFFER-K 20 MEQ TABLET EFF	T4	
<i>effer-k 25 meq tablet eff</i>	T2	
K-TAB ER 20 MEQ TABLET (<i>potassium chloride</i>)	T4	
<i>k-tab er 8 meq tablet</i>	T1	
<i>potassium bicarbonate/cit ac</i>	T2	
<i>potassium chloride</i>	T1	
<i>potassium chloride</i>	T2	
<i>potassium chloride (K-Tab Er)</i>	T1	
ELECT./CALÓRICOS/H2O (Condiciones urinarias)		
SOLUCIONES PARA DIÁLISIS		
PRISMASOL	T4	
MODIFICADORES DEL PH URINARIO		
<i>citric acid/sodium citrate</i>	T2	HD
K-PHOS NO.2	T4	HD
K-PHOS ORIGINAL	T3	HD
ORACIT	T4	HD
<i>potassium citrate (Urocit-K)</i>	T2	HD
RENACIDIN	T3	HD
UROKIT-K (<i>potassium citrate</i>)	T4	HD
UROQID-ACID NO.2	T4	HD

T1 – Genéricos preferidos T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca ST – Tratamiento escalonad HD – Puede requerir entrega a domicilio
T2 – Genéricos no preferidos PA – Autorización previa AGE – Requisito de edad PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos
T3 – Marcas preferidas QL – Límite a la cantidad SP – Medicamentos de especialidad CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

Lista de medicamentos con receta

GASTROINTESTINALES (Medicamentos para el colesterol)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
LIPOTRÓPICOS		
<i>icosapent ethyl</i> (Vascepa)	T2	PA HD
<i>omega-3 acid ethyl esters</i> (Lovaza)	T2	PA HD
VASCEPA (<i>icosapent ethyl</i>)	T3	PA HD
GASTROINTESTINALES (Condiciones gastrointestinales/pirosis)		
INHIBIDORES DE AMONIACO		
BUPHENYL (<i>sodium phenylbutyrate</i>)	T4	PA SP HD
<i>lactulose</i>	T2	HD
<i>lactulose 10 gm/15 ml solution</i>	T2	HD
LITHOSTAT	T4	HD
OLPRUVA DOSE KIT, DOSE ENVELOPE	T4	SP PA HD
RAVICTI	T4	PA SP HD
<i>sodium phenylbutyrate</i> (Buphenyl)	T2	PA SP HD
ANTICOLINÉRGICOS, AMONIO CUATERNARIO		
<i>chlordiazepoxide/clidinium br</i> (Librax)	T2	
GLYCATE	T4	
<i>glycopyrrolate</i>	T2	
<i>glycopyrrolate</i> (Cuvposa)	T2	
<i>glycopyrrolate</i> (Robinul Forte)	T2	
<i>glycopyrrolate</i> (Robinul)	T2	
ROBINUL (<i>glycopyrrolate</i>)	T4	
ROBINUL FORTE (<i>glycopyrrolate</i>)	T4	
ANTICOLINÉRGICOS/ANTIESPASMÓDICOS		
<i>dicyclomine hcl</i>	T2	
ANTIDIARREICOS - INHIBIDORES DE LA TRIPTÓFANO HIDROXILASA		
XERMELO	T4	PA QL(84 tabs/28 days) SP
ANTIDIARREICOS		
<i>diphenoxylate hcl/atropine</i>	T2	
<i>diphenoxylate hcl/atropine</i> (Lomotil)	T2	
LOMOTIL (<i>diphenoxylate hcl/atropine</i>)	T4	
MOTOFEN	T4	
<i>opium tincture</i>	T2	
<i>paregoric</i>	T2	

T1 – Genéricos preferidos T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca ST – Tratamiento escalonad HD – Puede requerir entrega a domicilio
T2 – Genéricos no preferidos PA – Autorización previa AGE – Requisito de edad PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos
T3 – Marcas preferidas QL – Límite a la cantidad SP – Medicamentos de especialidad CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

Lista de medicamentos con receta

GASTROINTESTINALES (Condiciones gastrointestinales/pirosis) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIEMÉTICOS, TIPO CANNABINOIDES		
<i>dronabinol</i> (Marinol)	T2	PA
MARINOL (<i>dronabinol</i>)	T4	PA
SYNDROS	T4	PA
AGENTES ANTIEMÉTICOS/ANTIVÉRTIGO		
<i>aprepitant 125 mg capsule</i>	T2	QL(1 cap/fill)
<i>aprepitant 125-80-80 mg pack</i> (Emend)	T2	QL(3 caps/fill)
<i>aprepitant 40 mg capsule</i> (Emend)	T2	QL(1 cap/fill)
<i>aprepitant 80 mg capsule</i> (Emend)	T2	QL(2 caps/fill)
COMPAZINE (<i>prochlorperazine maleate</i>)	T4	
COMPAZINE (<i>prochlorperazine</i>)	T4	
DICLEGIS (<i>doxylamine succinate/vit b6</i>)	T4	QL(120 tabs/fill)
EMEND 150 MG VIAL (<i>fosaprepitant dimeglumine</i>)	T4	
<i>fosaprepitant dimeglumine</i> (Emend)	T2	
<i>granisetron hcl 0.1 mg/ml vial</i>	T2	
<i>granisetron hcl 1 mg tablet</i>	T2	QL(6 tabs/fill)
<i>granisetron hcl 1 mg/ml vial</i>	T2	
<i>granisetron hcl 4 mg/4 ml vial</i>	T2	
<i>ondansetron</i>	T2	QL(9 tabs/fill)
<i>ondansetron 4 mg/2 ml isecure</i>	T2	
<i>ondansetron 40 mg/20 ml vial</i>	T2	
<i>ondansetron hcl 4 mg tablet</i>	T2	QL(9 tabs/fill)
<i>ondansetron hcl 4 mg/2 ml syr</i>	T2	
<i>ondansetron hcl 4 mg/2 ml vial</i>	T2	
<i>ondansetron hcl 8 mg tablet</i>	T2	QL(9 tabs/fill)
<i>prochlorperazine</i> (Compazine)	T2	
<i>prochlorperazine maleate</i> (Compazine)	T2	
<i>promethazine hcl</i>	T2	
SANCUSO	T4	QL(1 patch/fill)
<i>scopolamine</i> (Transderm-Scop)	T2	
TIGAN (<i>trimethobenzamide hcl</i>)	T4	
<i>trimethobenzamide hcl</i> (Tigan)	T2	
VARUBI	T3	QL(2 tabs/fill)
ZUPLENZ	T4	QL(10 films/fill)

T1 – Genéricos preferidos T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca ST – Tratamiento escalonad HD – Puede requerir entrega a domicilio
T2 – Genéricos no preferidos PA – Autorización previa AGE – Requisito de edad PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos
T3 – Marcas preferidas QL – Límite a la cantidad SP – Medicamentos de especialidad CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

Lista de medicamentos con receta

GASTROINTESTINALES (Condiciones gastrointestinales/pirosis) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
PREPARACIONES ANTIULCEROSAS		
CYTOTEC (<i>misoprostol</i>)	T4	HD
<i>misoprostol</i> (Cytotec)	T2	HD
<i>sucralfate</i> (Carafate)	T2	HD
ANTIULCEROSOS-AGENTES CONTRA LA H. PYLORI		
<i>lansoprazole/amoxiciln/clarith</i>	T2	QL(112 units/fill)
OMECLAMOX-PAK	T4	QL(80 units/fill)
TALICIA	T3	QL(168 caps/fill)
ALCALOIDES DE BELLADONA		
DONNATAL	T4	HD
DONNATAL (<i>phenobarb/hyoscy/atropine/scop</i>)	T4	HD
<i>hyoscyamine sulfate</i>	T2	HD
<i>hyoscyamine sulfate</i> (Levbid)	T2	HD
<i>hyoscyamine sulfate</i> (Levsin)	T2	HD
<i>hyoscyamine sulfate</i> (Levsin-SI)	T2	HD
<i>hyoscyamine sulfate</i> (Nulev)	T2	HD
LEVBID (<i>hyoscyamine sulfate</i>)	T4	HD
LEVSIN (<i>hyoscyamine sulfate</i>)	T4	HD
LEVSIN-SL (<i>hyoscyamine sulfate</i>)	T4	HD
<i>methscopolamine bromide</i>	T2	HD
NULEV (<i>hyoscyamine sulfate</i>)	T4	HD
<i>phenobarb/hyoscy/atropine/scop</i>	T2	HD
<i>phenobarb/hyoscy/atropine/scop</i> (Donnatal)	T2	HD
<i>phenobarb/hyoscy/atropine/scop</i> (Phenobarbital-Belladonna)	T2	HD
<i>phenobarbital-belladonna elixir</i>	T2	HD
<i>phenobarbital-belladonna elixir</i> (Donnatal)	T2	HD
PHENOBARBITAL-BELLADONNA ELIXR (<i>phenobarb/hyoscy/atropine/scop</i>)	T4	HD
<i>phenobarbital-belladonna elixir</i> (Phenobarbital-Belladonna)	T2	HD
SYMAX DUOTAB	T4	HD
SALES BILIARES		
CHENODAL	T4	PA SP HD
CHOLBAM 250 MG CAPSULE	T4	PA SP HD
CHOLBAM 50 MG CAPSULE	T4	PA QL(120 caps/fill) SP HD
URSO (<i>ursodiol</i>)	T4	HD
URSO FORTE (<i>ursodiol</i>)	T4	HD

T1 – Genéricos preferidos T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca ST – Tratamiento escalonad HD – Puede requerir entrega a domicilio
T2 – Genéricos no preferidos PA – Autorización previa AGE – Requisito de edad PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos
T3 – Marcas preferidas QL – Límite a la cantidad SP – Medicamentos de especialidad CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

Lista de medicamentos con receta

GASTROINTESTINALES (Condiciones gastrointestinales/pirosis) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
SALES BILIARES (cont.)		
<i>ursodiol</i>	T2	HD
<i>ursodiol</i> (Urso Forte)	T2	HD
<i>ursodiol</i> (Urso)	T2	HD
INFLAM. CRÓNICA DIAG. DE COLON, 5-A-SALICILATO, TRAT. RECTAL		
<i>mesalamine 1,000 mg supp</i> (Canasa)	T2	
<i>mesalamine 4 gm/60 ml enema</i> (Sfrowasa)	T2	
<i>mesalamine 4 gm/60 ml kit</i> (Rowasa)	T2	
ROWASA (<i>mesalamine w/cleansing wipes</i>)	T4	
SFROWASA (<i>mesalamine</i>)	T4	
TRAT. FARMAC.-INFLAM. CRÓNICA DIAG. DE COLON, 5-AMINOSALICILATO		
APRISO (<i>mesalamine</i>)	T4	HD
ASACOL HD (<i>mesalamine</i>)	T4	HD
AZULFIDINE (<i>sulfasalazine</i>)	T4	HD
<i>balsalazide disodium</i> (Colazal)	T2	HD
COLAZAL (<i>balsalazide disodium</i>)	T4	HD
<i>mesalamine</i> (Apriso)	T2	HD
<i>mesalamine</i> (Delzicol)	T2	HD
<i>mesalamine</i> (Pentasa)	T2	HD
<i>mesalamine 800 mg dr tablet</i> (Asacol Hd)	T2	HD
<i>mesalamine dr 1.2 gm tablet</i> (Lialda)	T2	HD
PENTASA 250 MG CAPSULE	T3	HD
PENTASA 500 MG CAPSULE (<i>mesalamine</i>)	T4	HD
<i>sulfasalazine</i> (Azulfidine)	T2	HD
AGONISTAS DEL RECEPTOR X FARNESOIDE (FXR), ANÁLOGOS DEL ÁCIDO BILIAR		
OCALIVA	T4	PA QL(30 tabs/fill) SP HD
TRASPLANTE DE MICROBIOTA FECAL (TMF)		
VOWST CAPSULE	T4	SP
ENZIMAS GÁSTRICAS		
SUCRAID	T4	PA SP
INHIBIDORES DE LOS RECEPTORES DE HISTAMINA H2		
<i>cimetidine</i>	T2	HD
<i>cimetidine hcl</i>	T2	HD
<i>famotidine</i>	T2	HD
<i>famotidine</i> (Pepcid)	T1	HD

T1 – Genéricos preferidos

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca

ST – Tratamiento escalonad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

T2 – Genéricos no preferidos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T3 – Marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

Lista de medicamentos con receta

GASTROINTESTINALES (Condiciones gastrointestinales/pirosis) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
INHIBIDORES DE LOS RECEPTORES DE HISTAMINA H2 (cont.)		
<i>nizatidine</i>	T2	HD
PEPCID (<i>famotidine</i>)	T4	HD
<i>ranitidine hcl</i>	T2	HD
AGENTES PARA EL SÍNDROME DE COLON IRRITABLE, COMB. DE AGONISTAS/ANTAGONISTAS DE RECEPT. OPIOIDES		
VIBERZI	T3	HD
AGENTES PARA EL SÍNDROME DE COLON IRRITABLE-C/CIC, AGONISTAS DE LA GUANILATO CICLASA C		
LINZESS	T3	QL(30 caps/fill)
TRULANCE	T3	
INHIBIDOR DEL TRANSPORTADOR DE ÁCIDOS BILIARES ILEALES (IBAT)		
BYLVAY 1,200 MCG CAPSULE	T4	PA QL(60 caps/fill) SP HD
BYLVAY 200 MCG PELLETT	T4	PA QL(120 pellets/fill) SP HD
BYLVAY 400 MCG CAPSULE	T4	PA QL(150 caps/fill) SP HD
BYLVAY 600 MCG PELLETT	T4	PA QL(30 pellets/fill) SP HD
LIVMARLI	T4	PA SP
ESTIMULANTES DE LA MOTILIDAD INTESTINAL		
<i>metoclopramide hcl</i>	T1	
<i>metoclopramide hcl (Reglan)</i>	T1	
REGLAN (<i>metoclopramide hcl</i>)	T4	
AGENTES PARA EL SÍNDROME DE COLON IRRITABLE, ANTAGONISTAS DEL 5-HT3		
<i>alosetron hcl (Lotronex)</i>	T2	SP HD
LAXANTES Y CATÁRTICOS		
<i>bisac/nac/na/co3/kcl/peg 3350</i>	T2	PPACA
<i>bisac/nac/na/co3/kcl/peg 3350</i>	T2	PPACA
GIALAX	T4	PPACA
GOLYTELY (<i>peg3350/sod sulf/bicarb,cl/kcl</i>)	T4	
KRISTALOSE	T4	
<i>lactulose</i>	T2	
<i>lactulose 10 gm packet</i>	T2	
<i>lactulose 10 gm/15 ml solution</i>	T2	
<i>lactulose 20 gm/30 ml solution</i>	T2	
<i>lubiprostone</i>	T2	QL (60 caps/30 days)
NULYTELY	T4	
NULYTELY WITH FLAVOR PACKS (<i>sodium chloride/na/co3/kcl/peg</i>)	T4	
<i>peg3350/sod sul/nacl/kcl/asb/c (Moviprep)</i>	T2	PPACA

T1 – Genéricos preferidos T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca ST – Tratamiento escalonado HD – Puede requerir entrega a domicilio
T2 – Genéricos no preferidos PA – Autorización previa AGE – Requisito de edad PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos
T3 – Marcas preferidas QL – Límite a la cantidad SP – Medicamentos de especialidad CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

Lista de medicamentos con receta

GASTROINTESTINALES (Condiciones gastrointestinales/pirosis) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
LAXANTES Y CATÁRTICOS (cont.)		
<i>peg3350/sod sulf,bicarb,cl/kcl</i>	T2	PPACA
<i>peg3350/sod sulf,bicarb,cl/kcl (Golytely)</i>	T2	PPACA
<i>sodium chloride/naHCO3/kcl/peg (Nulytely With Flavor Packs)</i>	T2	PPACA
<i>sodium, potassium,mag sulfates (Suprep)</i>	T2	PPACA
PREPARACIONES ANORRECTALES LOCALES CON NITRATO		
<i>nitroglycerin 0.4% ointment</i>	T2	PPACA
RECTIV	T3	
ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES OPIOIDES MU, CON ACCIÓN PERIFÉRICA		
<i>alvimopan</i>	T2	
ENTEREG	T4	
ENZIMAS PANCREÁTICAS		
CREON	T3	HD
PANCREAZE	T3	HD
VIOKACE	T3	HD
ZENPEP	T3	HD
BLOQUEADORES DE ÁCIDO COMPETITIVOS DE POTASIO (PCABS)		
VOQUEZNA	T4	ST
INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES		
<i>dexlansoprazole dr 60 mg cap</i>	T2	ST HD
<i>esomeprazole dr 10 mg packet (Nexium)</i>	T2	ST QL(30 packs/fill) HD
<i>esomeprazole dr 40 mg packet (Nexium)</i>	T2	ST HD
ESOMEPRAZOLE DR 49.3 MG CAP	T4	ST HD
<i>esomeprazole mag dr 40 mg cap (Nexium)</i>	T2	HD
<i>lansoprazole dr 30 mg capsule (Prevacid)</i>	T1	HD
<i>lansoprazole odt 15 mg tablet (Prevacid)</i>	T2	ST QL(30 tabs/fill) HD
<i>lansoprazole odt 30 mg tablet (Prevacid)</i>	T2	ST HD
<i>omeprazole dr 10 mg, 20 mg capsule</i>	T1	QL(30 caps/fill) HD
<i>omeprazole dr 40 mg capsule</i>	T1	HD
<i>omeprazole/sodium bicarbonate (Zegerid)</i>	T2	PA HD
<i>omeprazole-bicarb 20-1,680 pkt (Zegerid)</i>	T2	PA QL(30 packs/fill) HD
<i>omeprazole-bicarb 40-1,100 cap (Zegerid)</i>	T2	PA HD
<i>omeprazole-bicarb 40-1,680 pkt (Zegerid)</i>	T2	PA HD
<i>pantoprazole 40 mg suspension (Protonix)</i>	T2	ST HD
<i>pantoprazole sod dr 40 mg tab (Protonix)</i>	T1	HD

T1 – Genéricos preferidos T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca ST – Tratamiento escalonad HD – Puede requerir entrega a domicilio
T2 – Genéricos no preferidos PA – Autorización previa AGE – Requisito de edad PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos
T3 – Marcas preferidas QL – Límite a la cantidad SP – Medicamentos de especialidad CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

Lista de medicamentos con receta

GASTROINTESTINALES (Condiciones gastrointestinales/pirosis) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES (cont.)		
<i>rabeprazole sod dr 20 mg tab</i> (Aciphex)	T2	HD
PREPARACIONES RECTALES		
<i>hydrocortisone acetate</i> (Anusol-Hc)	T2	
<i>hydrocortisone acetate</i> (Proctocort)	T2	
PROCTOCORT (<i>hydrocortisone acetate</i>)	T4	ST
SBS - ANÁLOGOS DEL PÉPTIDO SIMILAR AL GLUCAGÓN TIPO 2 (GLP-2)		
GATTEX	T4	PA SP HD
GASTROINTESTINALES (Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)		
PREP. PARA LAS HEMORROIDES, ANTIINFLAM. ESTEROIDEOS-ANEST. LOCALES		
ANA-LEX	T4	
ANALPRAM HC 1% CREAM	T4	
ANALPRAM HC 2.5%-1% CREAM (<i>hydrocortisone/pramoxine</i>)	T4	ST
ANALPRAM HC 2.5%-1% CRM SINGLE (<i>hydrocortisone/pramoxine</i>)	T4	ST
<i>hydrocort-pramoxine 1%-1% crm</i>	T2	
<i>hydrocort-pramoxine 2.5%-1% cm</i> (Analpram Hc)	T2	ST
<i>hydrocort-pramoxine 2.5-1% crm</i> (Analpram Hc)	T2	ST
<i>lidocaine-hc 2.8-0.55% gel</i>	T2	
<i>lidocaine-hc 2-2% cream kit</i>	T2	
<i>lidocaine-hc 3-0.5% cream</i>	T2	
<i>lidocaine-hc 3-0.5% cream kit</i>	T2	
<i>lidocaine-hc 3-1% cream kit</i>	T2	
<i>lidocaine-hc 3-2.5% gel kit</i>	T2	
LIDOCAINE-HYDROCORT 3-2.5% GEL	T4	
PROCORT	T4	
HORMONAS (Condiciones gastrointestinales/pirosis)		
PREP. RECTALES/DE COLON, GLUCOCORT. (NO HEMORR.)		
CORTENEMA (<i>hydrocortisone</i>)	T4	
<i>hydrocortisone</i> (Cortenema)	T2	
UCERIS 2 MG RECTAL FOAM	T3	
HORMONAS (Agentes hormonales)		
AGENTES ANDROGÉNICOS		
ANDRODERM	T3	PA QL (30 patches/fill)
ANDROID (<i>methyltestosterone</i>)	T4	PA

T1 – Genéricos preferidos T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca ST – Tratamiento escalonado HD – Puede requerir entrega a domicilio
T2 – Genéricos no preferidos PA – Autorización previa AGE – Requisito de edad PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos
T3 – Marcas preferidas QL – Límite a la cantidad SP – Medicamentos de especialidad CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

Lista de medicamentos con receta

HORMONAS (Agentes hormonales) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGENTES ANDROGÉNICOS (cont.)		
DEPO-TESTOSTERONE	T4	PA
DEPO-TESTOSTERONE (<i>testosterone cypionate</i>)	T4	PA
FORTESTA (<i>testosterone</i>)	T4	PA QL(120 gms/fill)
JATENZO 158 MG, 198 MG CAPSULE	T4	PA QL(120 caps/30 days)
METHITEST	T3	
<i>methyltestosterone</i> (Android)	T2	
<i>methyltestosterone</i> (Testred)	T2	
<i>oxandrolone</i>	T2	
<i>testosterone 1% (25mg/2.5g) pk</i> (Androgel)	T2	PA QL(75 gms/fill)
<i>testosterone 1% (50 mg/5 g) pk</i> (Androgel)	T2	PA QL(300 gms/fill)
<i>testosterone 1.62% (2.5 g) pkt</i> (Androgel)	T2	PA QL(60 packs/fill)
<i>testosterone 1.62% gel pump</i> (Androgel)	T2	PA QL(150 gms/fill)
<i>testosterone 1.62%(1.25 g) pkt</i> (Androgel)	T2	PA QL(30 packs/fill)
<i>testosterone 10 mg gel pump</i> (Fortesta)	T2	PA QL(120 gms/fill)
TESTOSTERONE 12.5 MG/1.25 GRAM	T4	PA QL(300 gms/fill)
<i>testosterone 12.5 mg/1.25 gram</i>	T2	PA QL(300 gms/fill)
<i>testosterone 30 mg/1.5 ml pump</i>	T2	PA QL(180 mls/fill)
<i>testosterone 50 mg/5 gram gel</i> (Testim)	T2	PA QL(60 tubes/fill)
<i>testosterone 50 mg/5 gram gel</i> (Vogelxo)	T2	PA QL(60 tubes/fill)
TESTOSTERONE 50 MG/5 GRAM PKT	T4	PA QL(300 gms/fill)
<i>testosterone cypionate</i>	T2	PA
<i>testosterone cypionate</i> (Depo-Testosterone)	T2	PA
<i>testosterone enanthate</i>	T2	PA
TESTRED (<i>methyltestosterone</i>)	T4	PA
VOGELXO 12.5 MG/1.25 GRAM PUMP	T4	PA QL(300 gms/fill)
VOGELXO 50 MG/5 GRAM GEL (<i>testosterone</i>)	T4	PA QL(60 tubes/fill)
VOGELXO 50 MG/5 GRAM GEL PACKET	T4	PA QL(60 packs/fill)
XYOSTED	T3	QL(2 mls/28 days)
HORMONAS ANTIDIURÉTICAS Y VASOCONSTRICTORAS		
DDAVP (<i>desmopressin (nonrefrigerated)</i>)	T4	
DDAVP (<i>desmopressin acetate</i>)	T4	
<i>desmopressin 0.01% solution</i>	T2	
DESMOPRESSIN 1.5 MG/ML SPRAY	T3	
<i>desmopressin 10 mcg/0.1 ml spr</i>	T2	

T1 – Genéricos preferidos T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca ST – Tratamiento escalonado HD – Puede requerir entrega a domicilio
T2 – Genéricos no preferidos PA – Autorización previa AGE – Requisito de edad PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos
T3 – Marcas preferidas QL – Límite a la cantidad SP – Medicamentos de especialidad CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

Lista de medicamentos con receta

HORMONAS (Agentes hormonales) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
HORMONAS ANTIDIURÉTICAS Y VASOCONSTRICTORAS (cont.)		
<i>desmopressin acetate 0.1 mg tb (Ddavp)</i>	T2	
<i>desmopressin acetate 0.2 mg tb (Ddavp)</i>	T2	
NOCDURNA	T4	PA QL(30 tabs/fill)
COMBINACIONES DE ESTRÓGENOS/ANDRÓGENOS		
<i>estrogen, ester/me-testosterone</i>	T2	HD
AGENTES ESTROGÉNICOS		
ACTIVELLA (<i>estradiol/norethindrone acet</i>)	T4	HD
CLIMARA (<i>estradiol</i>)	T4	QL(4 patches/28 days) HD
COMBIPATCH	T3	HD
DELESTROGEN	T4	HD
DELESTROGEN (<i>estradiol valerate</i>)	T4	HD
DEPO-ESTRADIOL	T3	HD
ESTRACE 0.5 MG TABLET (<i>estradiol</i>)	T4	HD
ESTRACE 1 MG TABLET (<i>estradiol</i>)	T4	HD
ESTRACE 2 MG TABLET (<i>estradiol</i>)	T4	HD
<i>estradiol (Climara)</i>	T2	QL(4 patches/28 days) HD
<i>estradiol 0.1% (0.25mg) gel pk (Divigel)</i>	T2	QL(30 packs/fill) HD
<i>estradiol 0.1% (0.75mg) gel pk (Divigel)</i>	T2	QL(30 packs/fill) HD
<i>estradiol 0.1% (1 mg) gel pkt (Divigel)</i>	T2	QL(30 packs/fill) HD
<i>estradiol 0.1% (1.25mg) gel pk</i>	T2	QL(30 packs/fill) HD
<i>estradiol 0.5 mg tablet (Estrace)</i>	T2	HD
<i>estradiol 1 mg tablet (Estrace)</i>	T2	HD
<i>estradiol 2 mg tablet (Estrace)</i>	T2	HD
<i>estradiol valerate (Delestrogen)</i>	T2	HD
<i>estradiol/norethindrone acet</i>	T2	HD
<i>estradiol/norethindrone acet (Activella)</i>	T2	HD
MENOSTAR	T4	QL(4 patches/28 days) HD
<i>norethind-eth estrad 0.5-2.5</i>	T2	HD
<i>norethindrone ac-eth estradiol</i>	T2	HD
<i>norethin-eth estrad 1 mg-5 mcg</i>	T2	HD
PREFEST	T4	HD
COMB. DE ESTRÓGENOS-PROGESTINAS CON ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES PARA MINERALOCORTICOIDES		
ANGELIQ	T4	HD

T1 – Genéricos preferidos

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca

ST – Tratamiento escalonad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

T2 – Genéricos no preferidos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T3 – Marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

Lista de medicamentos con receta

HORMONAS (Agentes hormonales) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
COMB. DE ESTRÓGENOS Y MOD. SELECTIVOS DE RECEPTORES ESTROGÉN. (SERM)		
DUAVEE	T3	
GLUCOCORTICOIDES		
<i>budesonide</i>	T2	
<i>budesonide</i> (Uceris)	T2	
CORTEF (<i>hydrocortisone</i>)	T4	
<i>cortisone acetate</i>	T2	
<i>deflazacort</i> (Emflaza)	T2	PA SP HD
<i>dexamethasone</i>	T2	PA
<i>dexamethasone</i>	T2	
<i>dexamethasone 0.5 mg tablet</i>	T1	
<i>dexamethasone 0.5 mg/5 ml elx</i>	T1	
<i>dexamethasone 0.5 mg/5 ml liq</i>	T2	
<i>dexamethasone 0.75 mg tablet</i>	T1	
<i>dexamethasone 1 mg tablet</i>	T1	
<i>dexamethasone 1.5 mg tablet</i>	T1	
<i>dexamethasone 10 day 1.5 mg tb</i>	T2	PA
<i>dexamethasone 13 day 1.5 mg tb</i>	T2	PA
<i>dexamethasone 2 mg tablet</i>	T1	
<i>dexamethasone 4 mg tablet</i>	T1	
<i>dexamethasone 6 day 1.5 mg tab</i>	T2	PA
<i>dexamethasone 6 mg tablet</i>	T1	
DEXONTO	T4	
DXEVO	T4	PA
<i>hydrocortisone</i> (Cortef)	T2	
MEDROL	T4	
MEDROL (<i>methylprednisolone</i>)	T4	
<i>methylprednisolone</i>	T2	
<i>methylprednisolone</i> (Medrol)	T2	
ORAPRED ODT (<i>prednisolone sodium phosphate</i>)	T4	
<i>prednisolone</i>	T2	
<i>prednisolone sodium phosphate</i>	T2	
<i>prednisolone sodium phosphate</i> (Orapred Odt)	T2	
<i>prednisone</i>	T2	
<i>prednisone</i>	T1	

T1 – Genéricos preferidos T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca ST – Tratamiento escalonad HD – Puede requerir entrega a domicilio
T2 – Genéricos no preferidos PA – Autorización previa AGE – Requisito de edad PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos
T3 – Marcas preferidas QL – Límite a la cantidad SP – Medicamentos de especialidad CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

Lista de medicamentos con receta

HORMONAS (Agentes hormonales) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
GLUCOCORTICOIDES (cont.)		
RAYOS	T4	PA
TAPERDEX	T4	PA
TARPEYO	T4	PA QL(28 caps/30 days) SP
UCERIS 9 MG ER TABLET (<i>budesonide</i>)	T4	
ZCORT	T4	PA
HORMONA LIBERADORA DE HORMONA DEL CRECIMIENTO (GHRH) Y ANÁLOGOS		
EGRIFTA SV	T4	PA SP HD
HORMONAS DEL CRECIMIENTO		
GENOTROPIN	T4	PA SP HD
OMNITROPE	T4	PA SP
SEROSTIM	T4	PA SP HD
ZORBTIVE	T4	PA SP HD
HORMONAS DE FACTOR DE CRECIMIENTO INSULÍNICO TIPO I (IGF-I)		
INCRELEX	T4	PA SP HD
ANÁLOGOS AGONISTAS DE LA LHRH (GNRH), SUPRESORES HIPOFISARIOS		
SYNAREL	T4	PA SP HD
COMB. DE PROGESTINA Y ESTRÓGENOS ANTAGONISTAS DE LA LHRH (GNRH)		
MYFEMBREE	T3	PA
ORIAHNN	T3	PA
ANTAGONISTAS DE LA LHRH (GNRH), AGENTES SUPRESORES HIPOFISARIOS		
<i>cetorelix acetate</i>	T2	SP
CETROTIDE	T4	SP
GANIRELIX ACET 250 MCG/0.5 ML (<i>ganirelix acetate</i>)	T4	ST SP
<i>ganirelix acet 250 mcg/0.5 ml</i> (Ganirelix Acetate)	T2	ST SP
<i>ganirelix acetate</i> (Ganirelix Acetate)	T2	SP
ORLISSA 150 MG TABLET	T3	PA QL(30 tabs/fill)
ORLISSA 200 MG TABLET	T3	PA QL(60 tabs/fill)
MINERALOCORTICOIDES		
<i>fludrocortisone acetate</i>	T1	HD
OXITÓICOS		
CERVIDIL	T4	
<i>methylgonovine maleate</i>	T2	PA QL(240 tabs/fill)
PREPIDIL	T4	
PROSTIN E2 VAGINAL SUPPOSITORY	T4	

T1 – Genéricos preferidos T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca ST – Tratamiento escalonado HD – Puede requerir entrega a domicilio
T2 – Genéricos no preferidos PA – Autorización previa AGE – Requisito de edad PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos
T3 – Marcas preferidas QL – Límite a la cantidad SP – Medicamentos de especialidad CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

Lista de medicamentos con receta

HORMONAS (Agentes hormonales) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
HORMONAS PARATIROIDEAS		
NATPARA	T4	PA SP HD
AGENTES SUPRESORES HIPOFISARIOS		
<i>cabergoline</i>	T2	QL(8 tabs/28 days) HD
<i>danazol</i>	T2	HD
AGENTES PROGESTACIONALES		
AYGESTIN (<i>norethindrone acetate</i>)	T4	HD
CRINONE 8% GEL	T3	
<i>medroxyprogesterone 2.5 mg tab</i> (Provera)	T2	HD
<i>medroxyprogesterone 5 mg tab</i> (Provera)	T2	HD
<i>medroxyprogesterone 10 mg tab</i> (Provera)	T2	HD
<i>norethindrone acetate</i> (Aygestin)	T2	HD
<i>progesterone, micronized</i> (Prometrium)	T2	HD
PROMETRIUM (<i>progesterone, micronized</i>)	T4	HD
PROVERA (<i>medroxyprogesterone acetate</i>)	T4	HD
AGENTES SOMATOSTÁTICOS		
MYCAPSSA	T4	PA SP
MYCAPSSA DR 20MG CAPSULE	T4	PA SP QL (56 caps/28 days)
SIGNIFOR	T4	PA SP
PREPARACIONES DE ESTRÓGENOS VAGINALES		
<i>estradiol</i> (Vagifem)	T2	HD
<i>estradiol 0.01% cream</i> (Estrace)	T2	HD
<i>estradiol 10 mcg vaginal insrt</i> (Vagifem)	T2	HD
PREMARIN VAGINAL CREAM-APPL	T3	HD
HORMONAS (Infertilidad)		
PREPARACIONES PARA ESTIMULAR LA FERTILIDAD, SIN FSH		
<i>clomiphene citrate</i>	T2	
HORMONAS FOLICULOESTIMULANTES Y LUTEINIZANTES		
MENOPUR	T4	SP
HORMONA FOLICULOESTIMULANTE (FSH)		
FOLLISTIM AQ	T4	ST SP
GONAL-F	T4	ST SP
GONAL-F RFF	T4	ST SP
GONAL-F RFF REDI-JECT	T4	ST SP

T1 – Genéricos preferidos T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca ST – Tratamiento escalonad HD – Puede requerir entrega a domicilio
T2 – Genéricos no preferidos PA – Autorización previa AGE – Requisito de edad PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos
T3 – Marcas preferidas QL – Límite a la cantidad SP – Medicamentos de especialidad CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

Lista de medicamentos con receta

HORMONAS (Infertilidad) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
GONADOTROPINA CORIÓNICA HUMANA (HCG)		
CHORIONIC GONAD 10,000 UNIT VL	T4	ST QL(3 vials/30 days) SP
CHORIONIC GONAD 12,000 UNIT VL	T4	ST SP
CHORIONIC GONAD 50,000 UNIT VL	T4	ST SP
CHORIONIC GONAD 6,000 UNIT VL	T4	ST SP
NOVAREL	T4	QL(6 vls/30 days) SP
OVIDREL	T4	SP
PREGNYL	T4	ST QL(3 vials/fill) SP
AGENTES PARA FACILITAR/MANTENER EL EMBARAZO, HORMONALES		
CRINONE	T4	
ENDOMETRIN	T4	
HORMONAS (Varias)		
ANÁLOGOS DE LA HORMONA LEPTINA		
MYALEPT	T4	PA SP HD
HORMONAS (Productos para la osteoporosis)		
AGENTES QUE ESTIMULAN LA FORMACIÓN DE HUESO - PÉPTIDOS LIB. DE PTH		
TYMLOS	T4	PA QL(1 pen/fill) SP HD
INHIBIDORES DE LA RESORCIÓN ÓSEA		
<i>calcitonin, salmon, synthetic</i>	T2	HD
<i>calcitonin, salmon, synthetic (Miacalcin)</i>	T2	HD
<i>MIACALCIN (calcitonin, salmon, synthetic)</i>	T4	HD
INMUNOSUPRESORES (Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)		
INHIBIDORES DE LA INTERLEUCINA HUMANA I2/23 (IL-I2/I3), ANTICUERPOS MONOCLONALES		
STELARA	T4	PA QL SP HD
ANTAGONISTAS DE RECEPTORES DE LA IL-23, ANTICUERPOS MONOCLONALES		
OMVOH PEN	T4	
SKYRIZI ON-BODY	T4	PA QL(1 cartridge/56 days) SP HD
ANTAGONISTAS ALFA DE LOS RECEPTORES DE INTERLEUCINA-4 (IL-4), ANTICUERPOS MONOCLONALES		
DUPIXENT 100 MG/0.67 ML SYRING	T4	PA QL(2 syringes/28 days) SP HD
DUPIXENT 200 MG/1.14 ML PEN	T4	PA QL(400 mgs/28 days) SP HD
DUPIXENT 200 MG/1.14 ML SYRING	T4	PA QL(400 mgs/28 days) SP HD
DUPIXENT 300 MG/2 ML PEN	T4	PA QL(600 mgs/28 days) SP HD
DUPIXENT 300 MG/2 ML SYRINGE	T4	PA QL(600 mgs/28 days) SP HD
INHIBIDORES DE LOS RECEPTORES DE INTERLEUCINA-6 (IL-6)		
ACTEMRA	T4	PA QL(3.6 mls/28 days) SP HD

T1 – Genéricos preferidos T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca ST – Tratamiento escalonad HD – Puede requerir entrega a domicilio
T2 – Genéricos no preferidos PA – Autorización previa AGE – Requisito de edad PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos
T3 – Marcas preferidas QL – Límite a la cantidad SP – Medicamentos de especialidad CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

Lista de medicamentos con receta

INMUNOSUPRESORES (Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
INHIBIDORES DE LOS RECEPTORES DE INTERLEUCINA-6 (IL-6) (cont.)		
ACTEMRA ACTPEN	T4	PA QL(2 pens/28 days) SP HD
ENSPRYNG	T4	PA SP HD
INMUNOSUPRESORES (Condiciones cutáneas)		
AGENTES INMUNOSUPRESORES TÓPICOS		
HYFTOR	T4	PA SP
<i>pimecrolimus</i> (Elidel)	T2	ST QL(120 gms/30 days)
PROTOPIC (<i>tacrolimus</i>)	T4	ST QL(120 gms/30 days)
<i>tacrolimus 0.03% ointment</i> (Protopic)	T2	ST QL(120 gms/30 days)
INMUNOSUPRESORES (Medicamentos para trasplante)		
INMUNOSUPRESORES		
ASTAGRAF XL	T4	PA SP HD
AZASAN (<i>azathioprine</i>)	T4	SP HD
<i>azathioprine</i> (Azasan)	T2	SP HD
<i>azathioprine</i> (Imuran)	T2	SP HD
CELLCEPT (<i>mycophenolate mofetil</i>)	T4	SP HD
<i>cyclosporine 100 mg capsule</i> (Sandimmune)	T2	SP HD
<i>cyclosporine 25 mg capsule</i> (Sandimmune)	T2	SP HD
<i>cyclosporine, modified</i>	T2	SP HD
<i>cyclosporine, modified</i> (Neoral)	T2	SP HD
<i>everolimus 0.25 mg tablet</i> (Zortress)	T2	SP HD
<i>everolimus 0.5 mg tablet</i> (Zortress)	T2	SP HD
<i>everolimus 0.75 mg tablet</i> (Zortress)	T2	SP HD
<i>everolimus 1 mg tablet</i> (Zortress)	T2	SP HD
IMURAN (<i>azathioprine</i>)	T4	SP HD
LUPKYNIS	T4	PA SP QL (180 caps/30 days)
<i>mycophenolate mofetil</i> (Cellcept)	T2	SP HD
<i>mycophenolate sodium</i> (Myfortic)	T2	SP HD
MYFORTIC (<i>mycophenolate sodium</i>)	T4	SP HD
NEORAL (<i>cyclosporine, modified</i>)	T4	SP HD
PROGRAF 0.2 MG GRANULE PACKET	T4	SP HD
PROGRAF 0.5 MG CAPSULE (<i>tacrolimus</i>)	T4	SP HD
PROGRAF 1 MG CAPSULE (<i>tacrolimus</i>)	T4	SP HD
PROGRAF 1 MG GRANULE PACKET	T4	SP HD

T1 – Genéricos preferidos T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca ST – Tratamiento escalonado HD – Puede requerir entrega a domicilio
T2 – Genéricos no preferidos PA – Autorización previa AGE – Requisito de edad PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos
T3 – Marcas preferidas QL – Límite a la cantidad SP – Medicamentos de especialidad CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

Lista de medicamentos con receta

INMUNOSUPRESORES (Medicamentos para trasplante) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
INMUNOSUPRESORES (cont.)		
PROGRAF 5 MG CAPSULE (<i>tacrolimus</i>)	T4	SP HD
RAPAMUNE (<i>sirolimus</i>)	T4	SP HD
SANDIMMUNE 100 MG CAPSULE (<i>cyclosporine</i>)	T4	SP HD
SANDIMMUNE 100 MG/ML SOLN	T4	SP HD
SANDIMMUNE 25 MG CAPSULE (<i>cyclosporine</i>)	T4	SP HD
<i>sirolimus</i> (Rapamune)	T2	SP HD
<i>tacrolimus</i> 0.5 mg capsule (ir) (Prograf)	T2	SP HD
<i>tacrolimus</i> 1 mg capsule (ir) (Prograf)	T2	SP HD
<i>tacrolimus</i> 5 mg capsule (ir) (Prograf)	T2	SP HD
ZORTRESS (<i>everolimus</i>)	T4	SP HD
DISPOSITIVOS Y SUMINISTROS MÉDICOS VARIOS, NO FARMACOLÓGICOS (Diabetes)		
SUMINISTROS PARA DIABÉTICOS		
2TEK	T4	
ACCU-CHEK AVIVA SOLUTION	T4	
ACCU-CHEK COMPACT PLUS CONTROL	T4	
ACCU-CHEK FASTCLIX LANCING DEV	T3	
ACCU-CHEK GUIDE CONTROL SOLN	T4	
ACCU-CHEK MULTICLIX LANCET KIT	T3	
ACCU-CHEK SMARTVIEW CONTRL SOL	T4	
ACCU-CHEK SOFTCLIX	T3	
ACCU-TREND GLUCOSE CONTROL	T4	
ADJUSTABLE LANCING DEVICE	T3	
ADVANCED LANCING DEVICE	T3	
ADVOCATE CONTROL SOLUTION	T4	
ADVOCATE LANCING DEVICE	T3	
ADVOCATE RAPID-SAFE LANCING DV	T3	
ADVOCATE REDI-CODE+ CTRL SOLN	T4	
AGAMATRIX CONTROL	T4	
ALKALINE BATTERIES	T4	
ALTERNATE SITE LANCING DEVICE	T3	
AQUA LANCE LANCING DEVICE	T3	
ASSURE 4 CONTROL SOLUTION	T4	
ASSURE DOSE	T4	
ASSURE PRISM	T4	

T1 – Genéricos preferidos T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca ST – Tratamiento escalonad HD – Puede requerir entrega a domicilio
T2 – Genéricos no preferidos PA – Autorización previa AGE – Requisito de edad PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos
T3 – Marcas preferidas QL – Límite a la cantidad SP – Medicamentos de especialidad CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

Lista de medicamentos con receta

DISPOSITIVOS Y SUMINISTROS MÉDICOS VARIOS, NO FARMACOLÓGICOS (Diabetes) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
SUMINISTROS PARA DIABÉTICOS (cont.)		
AT HOME A1C	T4	
AUTOJECT 2	T3	
AUTO-LANCET MINI	T3	
AUTOLET IMPRESSION	T3	
AUTOLET LANCING DEVICE	T3	
AUTOLET PLUS	T3	
AUTOPEN	T3	
AUTOSOFT 30	T3	
AUTOSOFT 90	T3	
AUTOSOFT XC	T3	
BLOOD GLUCOSE CONTROL	T4	
BLOOD-GLUCOSE CONTROL	T4	
BREEZE 2	T4	
CAREONE	T3	
CARESENS	T4	
CARETOUCH CONTROL SOLUTION	T4	
CARETOUCH LANCING DEVICE	T3	
CEQR SIMPLICITY	T3	
CEQR SIMPLICITY INSERTER	T3	
CHEMSTRIP BG DIARY	T4	
CLEVER CHOICE CONTROL SOLUTION	T4	
COMFORT	T3	
COMFORT SHORT	T3	
CONTACT DETACH INFUSION SET	T3	
CONTOUR	T4	
CONTOUR NEXT CONTROL SOLUTION	T4	
CONTROL SOLUTION	T4	
COOL CONTROL SOLUTION	T4	
DEXCOM G6 RECEIVER	T3	
DEXCOM G6 SENSOR	T3	PA QL(3 kits/30 days)
DEXCOM G6 TRANSMITTER	T3	PA QL(1 kit/90 days)
DEXCOM G7 RECEIVER	T3	
DEXCOM G7 SENSOR	T3	PA QL(3 units/30 days)
DIATRUE	T4	

T1 – Genéricos preferidos

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca

ST – Tratamiento escalonad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

T2 – Genéricos no preferidos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T3 – Marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

Lista de medicamentos con receta

DISPOSITIVOS Y SUMINISTROS MÉDICOS VARIOS, NO FARMACOLÓGICOS (Diabetes) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
SUMINISTROS PARA DIABÉTICOS (cont.)		
DROPLET GENTEEL LANCING DEVICE	T3	
DROPLET LANCING DEVICE	T3	
EASY MINI EJECT LANCING DEVICE	T3	
EASY PLUS II CONTROL SOLN HIGH	T4	
EASY PLUS II CONTROL SOLN LOW	T4	
EASY STEP CONTROL SOLUTION	T4	
EASY TALK CONTROL SOLN LOW	T4	
EASY TALK HIGH CONTROL SOLN	T4	
EASY TALK PLUS II HIGH CONTROL	T4	
EASY TALK PLUS II LOW CTRL SLN	T4	
EASY TOUCH BLU LINK CTRL SOLN	T4	
EASY TOUCH CONTROL SOLUTION	T4	
EASY TOUCH LANCING DEVICE	T3	
EASY TRAK CONTROL SOLN HIGH	T4	
EASY TRAK CONTROL SOLN LOW	T4	
EASY TRAK II CONTROL SOLUTION	T4	
EASYGLUCO PLUS CONTROL NORMAL	T4	
EASYMAX 15 LEVEL 2 SOLUTION	T4	
EASYMAX NORMAL CONTROL SOLN	T4	
ELEMENT COMPACT CONTROL SOLN	T4	
ELEMENT CONTROL SOLUTION	T4	
EMBRACE EVO LEVEL 1 CTRL SOLN	T4	
EMBRACE GLUC CONTROL SOLN HIGH	T4	
EMBRACE GLUCOSE CONTROL SOLN	T4	
EMBRACE LANCING DEVICE	T3	
EMBRACE PRO	T4	
EMBRACE TALK CONTROL SOLUTION	T4	
ENLITE SERTER	T4	
EVENCARE G2 CONTROL SOLUTION	T4	
EVENCARE G3 CONTROL SOLUTION	T4	
EVOLUTION CONTROL SOLUTION	T4	
FORA CONTROL SOLUTION	T4	
FORA GTEL MULTIFUNCTN MONITOR	T4	
FORA KETONE CONTROL SOLUTION	T4	

T1 – Genéricos preferidos T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca ST – Tratamiento escalonad HD – Puede requerir entrega a domicilio
 T2 – Genéricos no preferidos PA – Autorización previa AGE – Requisito de edad PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos
 T3 – Marcas preferidas QL – Límite a la cantidad SP – Medicamentos de especialidad CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

Lista de medicamentos con receta

DISPOSITIVOS Y SUMINISTROS MÉDICOS VARIOS, NO FARMACOLÓGICOS (Diabetes) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
SUMINISTROS PARA DIABÉTICOS (cont.)		
FORA LANCING DEVICE	T3	
FORA TN'G ADVANCE PRO MONITOR	T4	
FORA TN'GO ADVANCE MULTIFN MTR	T4	
FORACARE GDH	T4	
FORTISCARE	T4	
FREESTYLE CONTROL SOLUTION	T3	
FREESTYLE LIBRE 10 DAY READER	T3	PA
FREESTYLE LIBRE 10 DAY SENSOR	T3	PA
FREESTYLE LIBRE 14 DAY READER	T3	PA
FREESTYLE LIBRE 14 DAY SENSOR	T3	PA QL(2 kits/30 days)
FREESTYLE LIBRE 2 READER	T3	PA
FREESTYLE LIBRE 2 SENSOR	T3	PA QL(2 sensors/28 days)
FREESTYLE LIBRE 3 SENSOR	T3	PA QL(2 units/28 days)
FREESTYLE NAVIGATOR SENSOR KIT	T3	
GE100 CONTROL SOLUTION NORMAL	T4	
GENTEEL VACUUM LANCING DEVICE	T4	
GLUCOCARD 01 CONTROL	T4	
GLUCOCARD EXPRESSION CNTRL SLN	T4	
GLUCOCARD SHINE CONTROL SOLN	T4	
GLUCOCOM AUTOLINK	T4	
GLUCOCOM CONTROL SOLUTION	T4	
GLUCOSE CONTROL	T4	
GLUCOSE CONTROL SOLUTION	T4	
GOJJI GLUCOSE CONTROL SOLUTION	T4	
GOJJI KETONE CONTROL SOLUTION	T4	
GOJJI LANCING DEVICE	T3	
GOJJI MULTI-FUNCTIONAL METER	T4	
GUARDIAN 4 TRANSMITTER	T4	PA QL (1 transmitter/273 days)
GUARDIAN 4 GLUCOSE SENSOR	T4	PA QL (5 sensors/30 days)
GUARDIAN LINK 3 TRANSMITTER	T4	PA QL (1 transmitter/273 days)
GUARDIAN RT CHARGER	T4	
GUARDIAN RT STARTER KIT	T4	
GUARDIAN RT SYSTEM	T4	
GUARDIAN TEST PLUG	T4	

T1 – Genéricos preferidos

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca

ST – Tratamiento escalonad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

T2 – Genéricos no preferidos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T3 – Marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

Lista de medicamentos con receta

DISPOSITIVOS Y SUMINISTROS MÉDICOS VARIOS, NO FARMACOLÓGICOS (Diabetes) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
SUMINISTROS PARA DIABÉTICOS (cont.)		
GUARDIAN TRANSMITTER TAPE	T4	
HEALTHPRO GLUCOSE CONTROL SOLN	T4	
HEALTHY ACCENTS AUTOLET	T3	
HYPOLANCE	T3	
ILET INFUSION KIT-INSET	T3	
ILET INFUSION-CONTACT DETACH	T3	
INCONTROL LANCING DEVICE	T3	
INFINITY CONTROL SOLUTION	T4	
INFINITY VOICE CONTROL SOLN	T4	
INPEN (FOR HUMALOG)	T4	
INPEN (FOR NOVOLOG OR FIASP)	T4	
INSUL-CAP	T4	
INSUL-EZE	T3	
LANCING DEVICE	T3	
LANCING SYSTEM	T3	
LANZO	T3	
LITE TOUCH LANCING PEN	T3	
MEDISENSE	T3	
MEDISENSE GLUCOSE KETONE	T3	
MEDISENSE GLUCOSE KETONE CONTR	T3	
MEDTRONIC EXT INFUSION SET	T3	
MEDTRONIC REMOTE CONTROL	T4	
MICRODOT HIGH-LOW CONTROL SOL	T4	
MICRODOT NORMAL CONTROL SOLUT	T3	
MICROLET 2	T3	
MICROLET NEXT LANCING DEVICE	T3	
MINI LANCING DEVICE	T2	
MINIMED	T3	
MINIMED MIO	T3	
MINIMED MIO ADVANCE	T3	
MINIMED QUICK SET	T3	
MINIMED QUICK-SERTER	T4	
MINIMED QUICK-SERTER	T3	
MINIMED SILHOUETTE	T3	

T1 – Genéricos preferidos T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca ST – Tratamiento escalonad HD – Puede requerir entrega a domicilio
T2 – Genéricos no preferidos PA – Autorización previa AGE – Requisito de edad PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos
T3 – Marcas preferidas QL – Límite a la cantidad SP – Medicamentos de especialidad CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

Lista de medicamentos con receta

DISPOSITIVOS Y SUMINISTROS MÉDICOS VARIOS, NO FARMACOLÓGICOS (Diabetes) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
SUMINISTROS PARA DIABÉTICOS (cont.)		
MINIMED SURE T	T3	
MULTI-LANCET	T3	
MYGLUCOHEALTH CONTROL SOLUTION	T4	
NOVA MAX PLUS GLUC-KETON METER	T4	
NOVAMAX PLUS GLU-KET	T4	
NOVOPEN 3	T3	
NOVOPEN ECHO	T4	
OMNIPOD 5 G6 INTRO KIT (GEN 5)	T3	QL(1 kit/720 days)
OMNIPOD 5 G6 PODS (GEN 5)	T3	QL(15 pods/28 days)
OMNIPOD CLASSIC PODS (GEN 3)	T3	QL(15 pods/28 days)
OMNIPOD DASH INTRO KIT (GEN 4)	T3	QL(1 kit/720 days)
OMNIPOD DASH PODS (GEN 4)	T3	QL(15 pods/28 days)
OMNIPOD GO PODS	T3	QL(10 crtgs/30 days)
ON CALL EXPRESS CONTROL SOLN	T4	
ON CALL LANCING DEVICE	T3	
ON CALL PLUS CONTROL	T4	
ON CALL PLUS LANCING DEVICE	T3	
ON CALL VIVID CONTROL	T4	
ONETOUCH DELICA	T3	
ONETOUCH DELICA PLUS LANC DEV	T3	
ONETOUCH ULTRA CONTROL SOLN	T3	
ONETOUCH VERIO HIGH CNTRL SOLN	T3	
ONETOUCH VERIO MID CNTRL SOLN	T3	
OPTUMRX GLUCOSE CONTROL SOLN	T4	
OVAL TAPE	T4	
PARADIGM REMOTE CONTROL	T4	
PIP GLUCOSE CONTROL SOLUTION	T4	
PRECISION XTRA KETONE-GLUCOSE	T3	
PRODIGY CONTROL SOLUTION	T4	
PRODIGY LANCING DEVICE	T3	
QUICK RELEASE SOFT TEFLON	T3	
REFUAH PLUS GLUCOSE CONTROL	T4	
RELIAMED MINI LANCING DEVICE	T3	
REPLACEMENT PEDIATRIC MONITOR	T4	

T1 – Genéricos preferidos

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca

ST – Tratamiento escalonad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

T2 – Genéricos no preferidos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T3 – Marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

Lista de medicamentos con receta

DISPOSITIVOS Y SUMINISTROS MÉDICOS VARIOS, NO FARMACOLÓGICOS (Diabetes) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
SUMINISTROS PARA DIABÉTICOS (cont.)		
RIGHTEST CONTROL SOLUTION	T4	
RIGHTEST GD500	T3	
SAFE-CLIP	T3	
SEN-SERTER	T4	
SILHOUETTE	T3	
SIL-SERTER	T3	
SMARTDIABETES VANTAGE	T3	
SMARTEST	T4	
SOF-SERTER	T3	
SOF-SET	T3	
SOF-SET MICRO	T3	
SOLUS V2 CONTROL SOLUTION	T4	
SOLUS V2 LANCING DEVICE	T3	
SURE COMFORT LANCING PEN	T3	
SUREFLEX	T3	
SURE-PEN	T3	
SURE-TEST EASYPLUS MINI SOLN	T4	
T:30 INFUSION SET	T3	
T:90	T3	
T:FLEX	T3	
T:SLIM	T3	
T:SLIM G4	T3	
T:SLIM X2	T3	
TELCARE CONTROL SOLUTION	T4	
TRUE METRIX	T4	
TRUECONTROL	T4	
TRUEDRAW	T3	
TRUSTEEL INFUSION SET	T3	
ULTI-LANCE	T3	
ULTRATRAK CONTROL SOL NORMAL	T4	
ULTRATRAK CONTROL SOLUTION	T4	
ULTRATRAK ULTIMATE CNTRL SOLN	T4	
UNISTIK 2	T3	
UNISTRIP	T4	

T1 – Genéricos preferidos T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca ST – Tratamiento escalonado HD – Puede requerir entrega a domicilio
T2 – Genéricos no preferidos PA – Autorización previa AGE – Requisito de edad PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos
T3 – Marcas preferidas QL – Límite a la cantidad SP – Medicamentos de especialidad CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

Lista de medicamentos con receta

DISPOSITIVOS Y SUMINISTROS MÉDICOS VARIOS, NO FARMACOLÓGICOS (Diabetes) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
SUMINISTROS PARA DIABÉTICOS (cont.)		
VARISOFT INFUSION SET	T3	
V-GO 20	T3	
V-GO 30	T3	
V-GO 40	T3	
VIVAGUARD INO CONTROL SOLUTION	T4	
VIVAGUARD LANCING DEVICE	T3	
WAVESENSE CONTROL SOLUTION	T4	
EQUIPOS MÉDICOS DURADEROS, VARIOS (GRUPO I)		
1ST TIER UNILET COMFORTOUCH	T3	
2-IN-1 LANCET DEVICE	T3	
ACCU-CHEK FASTCLIX LANCET DRUM	T3	
ACCU-CHEK SAFE-T-PRO	T3	
ACCU-CHEK SAFE-T-PRO PLUS	T3	
ACCU-CHEK SOFTCLIX	T3	
<i>acti-lance lite 28g lancets</i>	T2	
<i>acti-lance special 17g lancets</i>	T2	
<i>acti-lance univers 23g lancets</i>	T2	
ACTI-LANCE UNIVERS 23G LANCETS	T3	
ADVANCED TRAVEL LANCETS	T3	
ADVOCATE LANCET	T3	
ADVOCATE LANCETS	T3	
ADVOCATE SAFETY LANCET	T3	
ALTERNATE SITE LANCETS	T3	
ASSURE HAEMOLANCE PLUS	T3	
ASSURE LANCE	T3	
ASSURE LANCE PLUS	T3	
BD MICROTAINER LANCETS	T3	
BLOOD LANCETS	T3	
BULLSEYE MINI SAFETY LANCETS	T3	
BUTTERFLY TOUCH LANCET	T3	
CAREONE	T3	
CARESENS LANCET	T3	
CARETOUCH SAFETY LANCETS	T3	
CARETOUCH TWIST LANCET	T3	

T1 – Genéricos preferidos T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca ST – Tratamiento escalonado HD – Puede requerir entrega a domicilio
T2 – Genéricos no preferidos PA – Autorización previa AGE – Requisito de edad PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos
T3 – Marcas preferidas QL – Límite a la cantidad SP – Medicamentos de especialidad CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

Lista de medicamentos con receta

DISPOSITIVOS Y SUMINISTROS MÉDICOS VARIOS, NO FARMACOLÓGICOS (Diabetes) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
EQUIPOS MÉDICOS DURADEROS, VARIOS (GRUPO I) (cont.)		
CLEVER CHEK LANCETS	T3	
COAGUCHEK	T3	
COLOR LANCETS	T3	
COMFORT EZ	T3	
COMFORT LANCETS	T3	
COMFORT TOUCH PLUS SAFETY LANC	T3	
COMFORT TOUCH ULT THIN LANCET	T3	
DROPLET LANCETS	T3	
EASY COMFORT LANCETS	T3	
EASY TOUCH PULL-TOP 26G LANCET	T3	
EASY TOUCH PULL-TOP 28G LANCET	T3	
EASY TOUCH PULL-TOP 30G LANCET	T3	
EASY TOUCH PULL-TOP 32G LANCET	T3	
EASY TOUCH SAFETY 21G LANCETS	T3	
EASY TOUCH SAFETY 23G LANCETS	T3	
EASY TOUCH SAFETY 26G LANCETS	T3	
EASY TOUCH SAFETY 28G LANCETS	T3	
EASY TOUCH SAFETY 30G LANCETS	T3	
EASY TOUCH SAFETY 32G LANCETS	T3	
EASY TOUCH TWIST 26G LANCETS	T3	
EASY TOUCH TWIST 28G LANCETS	T3	
EASY TOUCH TWIST 30G LANCETS	T3	
EASY TOUCH TWIST 32G LANCETS	T3	
EASY TOUCH TWIST 33G LANCETS	T3	
EASY TWIST & CAP LANCETS	T3	
EMBRACE 30G LANCETS	T3	
EMBRACE SAFETY LANCET	T3	
EZ SMART LANCETS	T3	
EZ-LETS	T3	
FIFTY50 SAFETY SEAL LANCETS	T3	
FINE 30 UNIVERSAL LANCETS	T3	
FINGERSTIX	T3	
FORA LANCETS	T3	
FORACARE LANCETS	T3	

T1 – Genéricos preferidos T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca ST – Tratamiento escalonado HD – Puede requerir entrega a domicilio
T2 – Genéricos no preferidos PA – Autorización previa AGE – Requisito de edad PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos
T3 – Marcas preferidas QL – Límite a la cantidad SP – Medicamentos de especialidad CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

Lista de medicamentos con receta

DISPOSITIVOS Y SUMINISTROS MÉDICOS VARIOS, NO FARMACOLÓGICOS (Diabetes) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
EQUIPOS MÉDICOS DURADEROS, VARIOS (GRUPO I) (cont.)		
FREESTYLE LANCETS	T3	
FREESTYLE UNISTIK 2	T3	
GLUCOCOM	T3	
GLUCOCOM LANCETS	T3	
GOJJI LANCETS	T3	
HEALTHY ACCENTS UNILET LANCET	T3	
INCONTROL SUPER THIN LANCETS	T3	
INCONTROL ULTRA THIN LANCETS	T3	
INJECT EASE LANCETS	T3	
INVACARE LANCETS	T3	
<i>lancets</i>	T2	
LANCETS	T3	
LANCETS THIN	T3	
LANCETS ULTRA THIN	T3	
LITE TOUCH 28G LANCETS	T3	
LITE TOUCH 30G LANCETS	T3	
LITE TOUCH 33G LANCETS	T3	
MEDISENSE THIN LANCETS	T3	
<i>medlance plus 21g lancets</i>	T2	
MEDLANCE PLUS 21G LANCETS	T3	
<i>medlance plus 30g lancets</i>	T2	
MEDLANCE PLUS 30G LANCETS	T3	
MEDLANCE PLUS EXTRA 21G LANCET	T3	
<i>medlance plus lite 25g lancets</i>	T2	
MEDLANCE PLUS LITE 25G LANCETS	T3	
MICRO THIN LANCET	T3	
MICRO THIN LANCETS	T3	
MICROLET	T3	
MOBILE LANCETS	T3	
MONOLET LANCETS	T3	
MONOLET THIN LANCETS	T3	
MYGLUCOHEALTH LANCETS	T3	
NOVA SAFETY LANCETS	T3	
NOVA SUREFLEX	T3	

T1 – Genéricos preferidos T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca ST – Tratamiento escalonad HD – Puede requerir entrega a domicilio
T2 – Genéricos no preferidos PA – Autorización previa AGE – Requisito de edad PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos
T3 – Marcas preferidas QL – Límite a la cantidad SP – Medicamentos de especialidad CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

Lista de medicamentos con receta

DISPOSITIVOS Y SUMINISTROS MÉDICOS VARIOS, NO FARMACOLÓGICOS (Diabetes) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
EQUIPOS MÉDICOS DURADEROS, VARIOS (GRUPO I) (cont.)		
ON CALL LANCET	T3	
ON CALL PLUS LANCET	T3	
ONETOUCH DELICA PLUS LANCET	T3	
ONETOUCH DELICA SAFETY LANCET	T3	
ONETOUCH LANCETS	T3	
ONETOUCH SURESOFT	T3	
ONETOUCH ULTRASOFT 2 LANCET	T3	
ON-THE-GO	T3	
PIP LANCET	T3	
PRESSURE ACTIVATED LANCETS	T3	
PRO COMFORT LANCET	T3	
PRO COMFORT LANCETS	T3	
PRO COMFORT SAFETY LANCET	T3	
PRODIGY LANCETS	T3	
PRODIGY TWIST TOP LANCET	T3	
PURE COMFORT LANCETS	T3	
PURE COMFORT SAFETY LANCETS	T3	
PUSH BUTTON SAFETY LANCETS	T3	
READYLANCE SAFETY LANCETS	T3	
RELIAMED	T3	
RELIAMED SAFETY SEAL LANCETS	T3	
RELION THIN	T3	
RIGHTEST GL300 LANCETS	T3	
SAFETY LANCETS	T3	
SAFETY SEAL LANCETS	T3	
SAFETY-LET	T3	
SINGLE-LET	T3	
SMART SENSE	T3	
SMART SENSE LANCETS	T3	
SMARTTEST LANCET	T3	
SOFT TOUCH	T3	
SOLUS V2	T3	
SOLUS V2 LANCETS	T3	
STERILANCE TL	T3	

T1 – Genéricos preferidos

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

T2 – Genéricos no preferidos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T3 – Marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

Lista de medicamentos con receta

DISPOSITIVOS Y SUMINISTROS MÉDICOS VARIOS, NO FARMACOLÓGICOS (Diabetes) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
EQUIPOS MÉDICOS DURADEROS, VARIOS (GRUPO I) (cont.)		
STERILE LANCETS	T3	
SUPER THIN LANCETS	T3	
SURE COMFORT LANCETS	T3	
SURE-LANCE	T3	
SURE-TOUCH	T3	
TECHLITE LANCETS	T3	
TELCARE ULTRA THIN 30G LANCETS	T3	
THIN LANCETS	T3	
TOPCARE UNIVERSAL1 LANCET	T3	
TOPCARE UNIVERSAL1 THIN LANCET	T3	
TRUE COMFORT LANCET	T3	
TRUE COMFORT SAFETY LANCET	T3	
TRUEPLUS LANCET	T3	
TRUEPLUS LANCETS	T3	
TWIST LANCETS	T3	
TWIST TOP LANCET	T3	
ULTILET BASIC	T3	
ULTILET CLASSIC	T3	
ULTILET LANCETS	T3	
ULTILET SAFETY	T3	
ULTRA THIN LANCET	T3	
ULTRA THIN LANCETS	T3	
ULTRA THIN PLUS	T3	
ULTRA THIN PLUS LANCETS	T3	
ULTRA-CARE LANCETS	T3	
ULTRALANCE	T3	
ULTRA-THIN II 28G LANCETS	T3	
ULTRA-THIN II 30G LANCETS	T3	
ULTRATLC LANCETS	T3	
UNILET COMFORTOUCH	T3	
UNILET EXCELITE	T3	
UNILET EXCELITE II	T3	
UNILET GP LANCET	T3	
UNILET LANCET	T3	

T1 – Genéricos preferidos

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca

ST – Tratamiento escalonad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

T2 – Genéricos no preferidos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T3 – Marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

Lista de medicamentos con receta

DISPOSITIVOS Y SUMINISTROS MÉDICOS VARIOS, NO FARMACOLÓGICOS (Diabetes) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
EQUIPOS MÉDICOS DURADEROS, VARIOS (GRUPO I) (cont.)		
UNILET LANCETS	T3	
UNISTIK 2 COMFORT	T3	
UNISTIK 2 EXTRA	T3	
UNISTIK 2 NORMAL	T3	
UNISTIK 3	T3	
UNISTIK 3 COMFORT	T3	
UNISTIK 3 DUAL	T3	
UNISTIK 3 EXTRA	T3	
UNISTIK 3 NORMAL	T3	
UNISTIK COMFORT	T3	
UNISTIK CZT	T3	
UNISTIK EXTRA	T3	
UNISTIK NORMAL	T3	
UNISTIK PRO	T3	
UNISTIK SAFETY	T3	
UNISTIK TOUCH	T3	
UNIVERSAL 1	T3	
VERIFINE SAFETY LANCET MINI	T3	
VERIFINE UNIVERSAL LANCET	T3	
VIVAGUARD LANCET	T3	
AGUJAS/DISPOSITIVOS SIN AGUJA		
AUTOSHIELD DUO PEN NEEDLE	T3	
BD ECLIPSE NEEDLE 18G 40MM	T4	
BD ECLIPSE NEEDLE 21GX1"	T3	
BD ECLIPSE NEEDLE 22GX1"	T3	
BD ECLIPSE NEEDLE 23GX1"	T4	
BD ECLIPSE NEEDLE 25G 16MM	T4	
BD ECLIPSE NEEDLE 25G 25MM	T4	
BD ECLIPSE NEEDLE 25GX1"	T3	
BD ECLIPSE NEEDLE 25GX1.5"	T3	
BD ECLIPSE NEEDLE 25GX5/8"	T4	
BD ECLIPSE NEEDLE 27GX1/2"	T4	
BD ECLIPSE NEEDLES 21GX1.5"	T3	
BD NEEDLES 21GX1"	T3	

T1 – Genéricos preferidos T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca ST – Tratamiento escalonado HD – Puede requerir entrega a domicilio
T2 – Genéricos no preferidos PA – Autorización previa AGE – Requisito de edad PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos
T3 – Marcas preferidas QL – Límite a la cantidad SP – Medicamentos de especialidad CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

Lista de medicamentos con receta

DISPOSITIVOS Y SUMINISTROS MÉDICOS VARIOS, NO FARMACOLÓGICOS (Diabetes) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGUJAS/DISPOSITIVOS SIN AGUJA (cont.)		
BD NEEDLES 21GX1.5"	T3	
BD NEEDLES 22GX1"	T3	
BD NEEDLES 25GX0.875"	T3	
BLUNT NEEDLE	T3	
CAREPOINT PRECISION NEEDLE	T4	
CARETOUCH HYPODERMIC NEEDLE	T4	
CHEMO TRANSFER PIN	T3	
EASY TOUCH FLIPLock NEEDLE	T4	
EASY TOUCH FLIPLock NEEDLES	T4	
EASY TOUCH HYPODERMIC NEEDLE	T4	
EASYPPOINT NEEDLE	T4	
EXEL HUBER NEEDLE	T3	
EXEL HYPODERMIC NEEDLE	T3	
EXEL MTI DRAWING NEEDLE	T3	
FILTER ASPIRATOR NEEDLE	T3	
FILTER NEEDLE	T3	
FLOW-EZE	T3	
HURRICAIN Luer-LOCK	T3	
HYPODERMIC NEEDLE	T3	
INTEGRA NEEDLE	T3	
INTEGRA PRECISIONGLIDE NEEDLE	T4	
LIFESHIELD BLUNT CANNULA	T3	
MINI TRANSFER PIN	T3	
MONOJECT BLOOD COLLECTION	T3	
MONOJECT FILTER NEEDLE	T4	
NANO 2ND GEN PEN NEEDLE	T3	
NEEDLE	T3	
needles,safety huber,disposabl	T2	
NOKOR ADMIX NEEDLE	T3	
NOKOR NEEDLE	T3	
PEN NEEDLE 30G X 8MM	T4	
PHASEAL PROTECTOR	T4	
POLY HUB NEEDLE	T3	
PRECISIONGLIDE	T3	

T1 – Genéricos preferidos T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca ST – Tratamiento escalonado HD – Puede requerir entrega a domicilio
T2 – Genéricos no preferidos PA – Autorización previa AGE – Requisito de edad PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos
T3 – Marcas preferidas QL – Límite a la cantidad SP – Medicamentos de especialidad CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

Lista de medicamentos con receta

DISPOSITIVOS Y SUMINISTROS MÉDICOS VARIOS, NO FARMACOLÓGICOS (Diabetes) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGUJAS/DISPOSITIVOS SIN AGUJA (cont.)		
QUINCE SPINAL NEEDLE	T3	
RAYA SURE PEN NEEDLE 29G 12MM	T4	
RAYA SURE PEN NEEDLE 31G 5MM	T4	
RAYA SURE PEN NEEDLE 31G 6MM	T4	
REGULAR BEVEL NEEDLES	T3	
SAFETYGLIDE NEEDLE	T3	
SHORT BEVEL NEEDLES	T3	
SPECIALTY USE NEEDLES	T3	
TERUMO SURGUARD2	T3	
THIN WALL NEEDLES	T3	
TRANSFER NEEDLE	T3	
TRANSFER PIN	T3	
ULTRA-FINE MICRO PEN NEEDLE	T3	
ULTRA-FINE MINI PEN NEEDLE	T3	
ULTRA-FINE NANO PEN NEEDLE	T3	
ULTRA-FINE ORIGINAL PEN NEEDLE	T3	
ULTRA-FINE SHORT PEN NEEDLE	T3	
YALE NEEDLE	T3	
YALE NEEDLES	T3	
JERINGAS Y ACCESORIOS		
ALLERGIST TRAY	T4	
ALLERGIST TRAY SYR-DETACH NDL	T3	
ALLERGIST TRAY SYR-PERM NEEDLE	T3	
ALLERGY SYRINGE 1 ML 27GX1/2"	T4	
ALLERGY SYRINGE 1 ML 27GX3/8"	T4	
BD ALLERGY SYRINGE-NEEDLE 1 ML	T3	
BD ECLIPSE LUER-LOK SYR 1 ML	T3	
BD ECLIPSE LUER-LOK SYR 3 ML	T3	
BD ECLIPSE SYR 3 ML 22GX1-1/2"	T4	
BD INS SYR 0.3 ML 8MMX31G(1/2)	T3	
BD INS SYR UF 0.3ML 12.7MMX30G	T3	
BD INS SYR UF 0.5ML 12.7MMX30G	T3	
BD INS SYRN UF 1 ML 12.7MMX30G	T3	
BD INS SYRNG 0.3 ML 29GX12.7MM	T3	

T1 – Genéricos preferidos

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

T2 – Genéricos no preferidos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T3 – Marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

Lista de medicamentos con receta

DISPOSITIVOS Y SUMINISTROS MÉDICOS VARIOS, NO FARMACOLÓGICOS (Diabetes) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
JERINGAS Y ACCESORIOS (cont.)		
BD INS SYRNG 0.5 ML 29GX12.7MM	T3	
BD INS SYRNG UF 0.3 ML 8MMX31G	T3	
BD INS SYRNG UF 0.5 ML 8MMX31G	T3	
BD INSULIN SYR 0.5 ML 28GX1/2"	T3	
BD INSULIN SYR 0.5 ML 29GX1/2"	T3	
BD INSULIN SYR 1 ML 25GX1"	T3	
BD INSULIN SYR 1 ML 25GX5/8"	T3	
BD INSULIN SYR 1 ML 26GX1/2"	T3	
BD INSULIN SYR 1 ML 27GX12.7MM	T3	
BD INSULIN SYR 1 ML 27GX5/8"	T3	
BD INSULIN SYR 1 ML 28GX1/2"	T3	
BD INSULIN SYR 1 ML 29GX1/2"	T3	
BD INSULIN SYR 1 ML 29GX12.7MM	T3	
BD INSULIN SYR UF 1 ML 8MMX31G	T3	
BD INSULIN SYRINGE 1 ML	T3	
BD SAFETYGLIDE 3 ML SYRINGE	T3	
BD SAFETYGLIDE SYR 22GX1.5"	T3	
BD SAFETYGLIDE SYR 3 ML 25GX1"	T4	
BD SAFETYGLIDE SYRINGE 27GX5/8	T3	
BD SYRINGE-SAFETY GLIDE	T3	
BD UF INS SYR 1 ML 30GX1/2"	T3	
BULK SYRINGE	T3	
CANNULA	T3	
CAREPOINT LL SYR 3 ML 20GX1.5"	T3	
CAREPOINT LL SYR 3 ML 21GX1"	T3	
CAREPOINT LL SYR 3 ML 21GX1.5"	T3	
CAREPOINT LL SYR 3 ML 22G 38MM	T3	
CAREPOINT LL SYR 3 ML 22GX1"	T3	
CAREPOINT LL SYR 3 ML 23GX1"	T3	
CAREPOINT LL SYR 3 ML 23GX1.5"	T3	
CAREPOINT LL SYR 3 ML 25G X 1"	T3	
CAREPOINT LL SYR 3 ML 25GX5/8"	T3	
CAREPOINT LUER LOCK SYR 3 ML	T4	
CAREPOINT LUER SLIP SYRINGE	T4	

T1 – Genéricos preferidos

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca

ST – Tratamiento escalonad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

T2 – Genéricos no preferidos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T3 – Marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

Lista de medicamentos con receta

DISPOSITIVOS Y SUMINISTROS MÉDICOS VARIOS, NO FARMACOLÓGICOS (Diabetes) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
JERINGAS Y ACCESORIOS (cont.)		
CAREPOINT LUER SLIP SYRINGE-NDL	T4	
CARETOUCH LUER LOCK	T3	
CARETOUCH LUER LOCK SYRINGE	T4	
CARETOUCH LUER SLIP SYRINGE	T4	
CORNWALL SYRINGE TIP CONNECTOR	T3	
DAVOL IRRIGATION SYRINGE	T3	
DOVER BULB SYRINGE	T4	
EASY GLIDE CATHETER TIP SYRING	T4	
EASY GLIDE LUER LOCK SYRINGE	T4	
EASY GLIDE LUER SLIP TB SYRING	T4	
EASY TOUCH FLIPLK 10ML 20GX1.5	T4	
EASY TOUCH FLIPLK 10ML 21GX1.5	T4	
EASY TOUCH FLIPLK 10ML 22GX1.5	T4	
EASY TOUCH FLIPLK 5 ML 20GX1.5	T4	
EASY TOUCH FLIPLK 5 ML 21GX1.5	T4	
EASY TOUCH FLIPLK 5 ML 22GX1.5	T4	
EASY TOUCH FLIPLK	T4	
EASY TOUCH FLIPLK 1 ML 25GX1	T3	
EASY TOUCH FLIPLK 10ML 21GX1	T4	
EASY TOUCH FLIPLK 3 ML 18GX1	T4	
EASY TOUCH FLIPLK 3 ML 20GX1	T4	
EASY TOUCH FLIPLK 3 ML 21GX1	T4	
EASY TOUCH FLIPLK 5 ML 18GX1	T4	
EASY TOUCH FLIPLK 5 ML 21GX1	T4	
EASY TOUCH FLIPLK SYRINGE	T4	
EASY TOUCH FLIPLK 10 ML 20GX1	T4	
EASY TOUCH FLIPLK 10 ML 25GX1	T4	
EASY TOUCH FLIPLK 1ML 26GX3/8	T3	
EASY TOUCH FLIPLK 1ML 27GX0.5	T3	
EASY TOUCH FLIPLK 3ML 18GX1.5	T4	
EASY TOUCH FLIPLK 3ML 20GX1.5	T4	
EASY TOUCH FLIPLK 3ML 21GX1.5	T4	
EASY TOUCH FLURINGE	T3	
EASY TOUCH FLURINGE FLIPLK	T3	

T1 – Genéricos preferidos T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca ST – Tratamiento escalonado HD – Puede requerir entrega a domicilio
T2 – Genéricos no preferidos PA – Autorización previa AGE – Requisito de edad PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos
T3 – Marcas preferidas QL – Límite a la cantidad SP – Medicamentos de especialidad CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

Lista de medicamentos con receta

DISPOSITIVOS Y SUMINISTROS MÉDICOS VARIOS, NO FARMACOLÓGICOS (Diabetes) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
JERINGAS Y ACCESORIOS (cont.)		
EASY TOUCH FLURINGE FLU TRAY	T4	
EASY TOUCH FLURINGE SHEATHLOCK	T3	
EASY TOUCH LUER LOCK INSULIN	T4	
EASY TOUCH LUER LOCK SYRINGE	T4	
EASY TOUCH SHEATHLOCK SYRG-NDL	T4	
EASY TOUCH SHEATHLOCK SYRINGE	T4	
EASY TOUCH SYR 1 ML 25GX5/8"	T3	
EASY TOUCH SYR 3 ML 22GX1-1/2"	T3	
EASY TOUCH SYR 3 ML 25GX5/8"	T3	
EASY TOUCH SYR ALLERGY TRAY	T4	
EASY TOUCH SYRINGE 1 ML 25GX1"	T3	
EASY TOUCH SYRINGE 3 ML 20GX1"	T3	
EASY TOUCH SYRINGE 3 ML 21GX1"	T3	
EASY TOUCH SYRINGE 3 ML 22GX1"	T3	
EASY TOUCH SYRINGE 3 ML 23GX1"	T3	
EASY TOUCH SYRINGE 3 ML 25GX1"	T3	
EASY TOUCH TUBERCULIN FLIPLock	T3	
EASY TOUCH TUBERCULIN SHEATHLK	T3	
EASY TOUCH UNI-SLIP	T4	
ECLIPSE SYRINGE	T3	
ECLIPSE SYRINGE-NEEDLE	T3	
EXEL SYRINGE	T3	
EXEL TB WITH NEEDLE	T3	
EXEL TUBERCULIN SYRINGE	T3	
EXTENDED RESERVOIR	T4	
FILTER, MILLEX-OR SYRINGE	T4	
FINGER GRIP EXTENDER	T4	
INJECT-EASE	T3	
INSULIN CARTRIDGE	T3	
INSULIN SYRINGE U-500	T3	
INTEGRA SYRINGE	T3	
INTERLINK SYRINGE	T3	
INTERLINK SYRINGE W-CANNULA	T4	
KENDALL DISINFECTANT CAP	T4	

T1 – Genéricos preferidos T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca ST – Tratamiento escalonad HD – Puede requerir entrega a domicilio
 T2 – Genéricos no preferidos PA – Autorización previa AGE – Requisito de edad PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos
 T3 – Marcas preferidas QL – Límite a la cantidad SP – Medicamentos de especialidad CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

Lista de medicamentos con receta

DISPOSITIVOS Y SUMINISTROS MÉDICOS VARIOS, NO FARMACOLÓGICOS (Diabetes) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
JERINGAS Y ACCESORIOS (cont.)		
LEVER LOCK CANNULA	T4	
LIFESHIELD BLUNT CANNULA	T3	
LUER LOCK SYRINGE	T3	
LUER SLIP TIP SYRINGE TRAY	T4	
LUER TIP CAP TRAY	T4	
LUER-LOK SYRINGE	T3	
LUER-LOK SYRINGE-NEEDLE	T3	
LUER-LOK TIP SYRINGE	T3	
LUERSLIP SYRINGE	T3	
MAGELLAN SAFETY SYRINGE	T3	
MAGELLAN TB SAFETY SYRINGE	T3	
MAGELLAN TUBERCULIN SYRINGE	T3	
MINIMED RESERVOIR 1.8 ML	T4	
MINIMED RESERVOIR 3 ML	T3	
MONOJECT 3 ML SYRINGE 25GX1"	T3	
MONOJECT 6CC SAFETY SYRINGE	T3	
MONOJECT ALLERGY TRAY-NEEDLE	T3	
MONOJECT CONTROL SYRINGE	T3	
MONOJECT ENFIT SYRINGE	T4	
MONOJECT ENFIT SYRINGE CAP	T4	
MONOJECT LUER LOCK TB SYRINGE	T3	
MONOJECT MAGELLAN	T3	
MONOJECT PHARMACY TRAY	T3	
MONOJECT SAFETY SYR TIP CAP	T4	
MONOJECT SAFETY SYRINGE	T3	
MONOJECT SMARTIP CANNULA	T4	
MONOJECT SYRINGE	T3	
MONOJECT SYRINGE 140 ML	T4	
MONOJECT SYRINGE 35 ML	T3	
MONOJECT SYRINGE PHARMACY TRAY	T3	
MONOJECT TB	T3	
MONOJECT TB SYRINGE	T3	
MONOJECT TUBERCULIN SAFETY SYR	T3	

T1 – Genéricos preferidos T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca ST – Tratamiento escalonado HD – Puede requerir entrega a domicilio
T2 – Genéricos no preferidos PA – Autorización previa AGE – Requisito de edad PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos
T3 – Marcas preferidas QL – Límite a la cantidad SP – Medicamentos de especialidad CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

Lista de medicamentos con receta

DISPOSITIVOS Y SUMINISTROS MÉDICOS VARIOS, NO FARMACOLÓGICOS (Diabetes) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
JERINGAS Y ACCESORIOS (cont.)		
MONOJECT TUBERCULIN SYRINGE	T3	
NORM-JECT SYRINGE	T4	
NORM-JECT TUBERKULIN SYRINGE	T4	
PARADIGM	T3	
PISTON ENFIT SYRINGE	T4	
PRECISIONGLIDE	T3	
PRODIGY COUNT-A-DOSE	T3	
SAFESNAP ALLERGY SYRINGE	T4	
SAFESNAP SYRINGE 10 ML	T3	
SAFESNAP SYRINGE 10 ML	T4	
SAFESNAP SYRINGE 3 ML	T3	
SAFESNAP SYRINGE 5 ML	T3	
SAFESNAP SYRINGE 5 ML	T4	
SAFESNAP TUBERCULIN SYRINGE	T4	
SAFETY SYRINGE WITH SHIELD	T3	
SAFETY SYRINGE-NEEDLE	T4	
SAFETYGLIDE ALLERGY	T3	
SAFETYGLIDE ALLERGY SYRINGE	T4	
SAFETYGLIDE INSULIN SYRINGE	T3	
SAFETYGLIDE TB SYRINGE	T3	
SAFETY-LOK SAFETY SYRINGE	T3	
SAFETY-LOK SAFETY SYRINGES	T3	
SAFETY-LOK SYRINGES	T3	
SLIP-TIP SYRINGE	T4	
SUPOR	T4	
SYRINGE	T3	
SYRINGE BULK	T3	
SYRINGE CATHETER TIP	T3	
SYRINGE CATHETER TIP NON-STER	T3	
SYRINGE FILTER, MILLEX-GP	T4	
SYRINGE FILTER, MILLEX-GS	T4	
SYRINGE LUER-LOK	T3	
SYRINGE LUER-LOK NON-STERILE	T3	
SYRINGE LUER-LOK STERILE	T3	

T1 – Genéricos preferidos T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca ST – Tratamiento escalonad HD – Puede requerir entrega a domicilio
T2 – Genéricos no preferidos PA – Autorización previa AGE – Requisito de edad PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos
T3 – Marcas preferidas QL – Límite a la cantidad SP – Medicamentos de especialidad CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

Lista de medicamentos con receta

DISPOSITIVOS Y SUMINISTROS MÉDICOS VARIOS, NO FARMACOLÓGICOS (Diabetes) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
JERINGAS Y ACCESORIOS (cont.)		
SYRINGE SLIP TIP NON-STERILE	T3	
SYRINGE STORAGE BIN	T4	
SYRINGE TIP CAP	T3	
SYRINGE WITH NEEDLE DISP	T3	
SYRINGE WITHOUT NEEDLE	T3	
SYRINGE-LUER TIP CAP	T3	
SYRINGE-NEEDLE	T3	
SYRINGE-PRECISIONGLIDE NEEDLE	T3	
TB SYRINGE	T3	
TERUMO ALLERGY SYRINGE	T3	
TERUMO HYPODERMIC NEEDLE-SYRIN	T3	
TERUMO SURGUARD2	T3	
TERUMO SYRINGE	T3	
TOOMEY SYRINGE	T3	
TUBERCULIN SYRINGE	T3	
TUBERCULIN SYRINGE-NEEDLE	T3	
TWINPAK DUAL CANNULA	T3	
ULTICARE LDS SYR 1 ML 22G 1.5"	T4	
ULTICARE LDS SYR 3 ML 22GX1.5"	T3	
ULTICARE SAFETY SYRINGE	T4	
ULTICARE SYRINGE	T4	
ULTICARE TB SAFETY 1 ML 25GX1"	T3	
ULTICARE TB SAFETY 1ML 25GX5/8	T3	
ULTICARE TB SAFETY SYRINGE	T3	
ULTIGUARD SAFE 1ML 30G 12.7MM	T4	
ULTIGUARD SAFEPACK 1ML 31G 8MM	T4	
UNIVERSAL SYRINGE TIP ADAPTOR	T4	
VANISHPOINT 1 ML TB SYR 25X5/8	T3	
VANISHPOINT 1 ML TB SYR 27X1/2	T3	
VANISHPOINT 20GX1" 3 ML SYRING	T3	
VANISHPOINT 21GX1" 5 ML SYRING	T3	
VANISHPOINT 21GX1.5" 3 ML SYR	T3	
VANISHPOINT 22GX1" 3 ML SYR	T3	
VANISHPOINT 22GX1-1/2" 5 ML SY	T3	

T1 – Genéricos preferidos T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca ST – Tratamiento escalonad HD – Puede requerir entrega a domicilio
T2 – Genéricos no preferidos PA – Autorización previa AGE – Requisito de edad PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos
T3 – Marcas preferidas QL – Límite a la cantidad SP – Medicamentos de especialidad CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

Lista de medicamentos con receta

DISPOSITIVOS Y SUMINISTROS MÉDICOS VARIOS, NO FARMACOLÓGICOS (Diabetes) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
JERINGAS Y ACCESORIOS (cont.)		
VANISHPOINT 23GX1" 3 ML SYRING	T3	
VANISHPOINT 23GX1-1/2 3 ML SYR	T3	
VANISHPOINT 25GX1" 3 ML SYRING	T3	
VANISHPOINT 25GX5/8" 3 ML SYR	T3	
VANISHPOINT 3 ML 21GX1" SYRING	T3	
VANISHPOINT 3 ML 22GX1.5" SYRG	T3	
VANISHPOINT SYRINGE	T4	
VANISHPOINT SYRINGE 1 ML 25X1"	T3	
VEO INSULIN SYRINGE	T3	

DISPOSITIVOS Y SUMINISTROS MÉDICOS VARIOS, NO FARMACOLÓGICOS (Varios)

VENDAJES Y SUMINISTROS RELACIONADOS

ARGLAES FILM	T4	
CONFORMANT 2	T4	
DERMAVIEW	T3	
DERMAVIEW II	T3	
IV 3000	T3	
IV3000 FRAME DELIVERY	T4	
KENDALL	T3	
NEXCARE TEGADERM 2.375"X2.75"	T4	
NEXCARE TEGADERM DRESSING	T3	
OPSITE	T4	
OPSITE IV 3000	T3	
POLYSKIN II	T3	
SURESITE MATRIX	T3	
SURESITE WINDOW	T3	
TEGADERM 1.75X1.75" DRSSNG	T4	
TEGADERM 2"X2.75" DRESSING	T3	
TEGADERM 2.375"X2.75" DRESSING	T3	
TEGADERM 2.375"X4" DRESSING	T3	
TEGADERM 2.375X2.75" DRSSNG	T3	
TEGADERM 3.5" X 4" DRESSING	T3	
TEGADERM 3.5"X 10" DRESSING	T4	
TEGADERM 3.5"X 6" DRESSING	T4	

T1 – Genéricos preferidos

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca

ST – Tratamiento escalonad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

T2 – Genéricos no preferidos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T3 – Marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

Lista de medicamentos con receta

DISPOSITIVOS Y SUMINISTROS MÉDICOS VARIOS, NO FARMACOLÓGICOS (Varios) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
VENDAJES Y SUMINISTROS RELACIONADOS (cont.)		
TEGADERM 3.5"X13.75" DRESS	T4	
TEGADERM 3.5"X4.125" DRESS	T3	
TEGADERM 3.5"X8" DRESSING	T4	
TEGADERM 4" X 10" DRESSING	T3	
TEGADERM 4" X 4-3/4" DRESSING	T3	
TEGADERM 4"X4.75" DRESSING	T3	
TEGADERM 6" X 8" DRESSING	T3	
TEGADERM 8" X 12" DRESSING	T3	
TEGADERM ABSORBENT	T4	
TEGADERM HP 4" X 4.5 " DRSSN	T3	
TEGADERM HP 4.5"X4.75" DRSS	T3	
TEGADERM HP DRESSING	T3	
TEGADERM HP DRESSING	T4	
TEGADERM I.V.	T4	
TEGADERM I.V. 2.5"X2.75" DRSSN	T4	
TEGADERM I.V. 4"X4.75" DRSSN	T3	
TRANSPARENT DRESSING	T4	
TRANSPARENT FILM DRESSING	T4	
TRANSPARENT I.V. SITE DRESSING	T3	
TRANSPARENT MEPITEL FILM DRESS	T4	
TRANSPARENT THIN FILM DRESSING	T3	
WINDOW BANDAGES	T4	
EQUIPOS MÉDICOS DURADEROS, VARIOS (GRUPO I)		
1ST TIER UNILET COMFORTOUCH	T3	
2-IN-1 LANCET DEVICE	T3	
ACCU-CHEK FASTCLIX LANCET DRUM	T3	
ACCU-CHEK SAFE-T-PRO	T3	
ACCU-CHEK SAFE-T-PRO PLUS	T3	
ACCU-CHEK SOFTCLIX	T3	
<i>acti-lance lite 28g lancets</i>	T2	
<i>acti-lance special 17g lancets</i>	T2	
ACTI-LANCE UNIVERS 23G LANCETS	T3	
<i>acti-lance univers 23g lancets</i>	T2	
ADVANCED TRAVEL LANCETS	T3	

T1 – Genéricos preferidos T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca ST – Tratamiento escalonado HD – Puede requerir entrega a domicilio
T2 – Genéricos no preferidos PA – Autorización previa AGE – Requisito de edad PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos
T3 – Marcas preferidas QL – Límite a la cantidad SP – Medicamentos de especialidad CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

Lista de medicamentos con receta

DISPOSITIVOS Y SUMINISTROS MÉDICOS VARIOS, NO FARMACOLÓGICOS (Varios) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
EQUIPOS MÉDICOS DURADEROS, VARIOS (GRUPO I) (cont.)		
ADVOCATE LANCET	T3	
ADVOCATE LANCETS	T3	
ADVOCATE SAFETY LANCET	T3	
ALTERNATE SITE LANCETS	T3	
ASSURE HAEMOLANCE PLUS	T3	
ASSURE LANCE	T3	
ASSURE LANCE PLUS	T3	
BD MICROTAINER LANCETS	T3	
BLOOD LANCETS	T3	
BULLSEYE MINI SAFETY LANCETS	T3	
BUTTERFLY TOUCH LANCET	T3	
CAREONE	T3	
CARESENS LANCET	T3	
CARETOUCH SAFETY LANCETS	T3	
CARETOUCH TWIST LANCET	T3	
CLEVER CHEK LANCETS	T3	
COAGUCHEK	T3	
COLOR LANCETS	T3	
COMFORT EZ	T3	
COMFORT LANCETS	T3	
DROPLET LANCETS	T3	
EASY COMFORT LANCETS	T3	
EASY TOUCH BUTTON 30G LANCETS	T3	
EASY TOUCH PULL-TOP 26G LANCET	T3	
EASY TOUCH PULL-TOP 28G LANCET	T3	
EASY TOUCH PULL-TOP 30G LANCET	T3	
EASY TOUCH PULL-TOP 32G LANCET	T3	
EASY TOUCH SAFETY 21G LANCETS	T3	
EASY TOUCH SAFETY 23G LANCETS	T3	
EASY TOUCH SAFETY 26G LANCETS	T3	
EASY TOUCH SAFETY 28G LANCETS	T3	
EASY TOUCH SAFETY 30G LANCETS	T3	
EASY TOUCH SAFETY 32G LANCETS	T3	
EASY TOUCH TWIST 26G LANCETS	T3	

T1 – Genéricos preferidos

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

T2 – Genéricos no preferidos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T3 – Marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

Lista de medicamentos con receta

DISPOSITIVOS Y SUMINISTROS MÉDICOS VARIOS, NO FARMACOLÓGICOS (Varios) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
EQUIPOS MÉDICOS DURADEROS, VARIOS (GRUPO I) (cont.)		
EASY TOUCH TWIST 28G LANCETS	T3	
EASY TOUCH TWIST 30G LANCETS	T3	
EASY TOUCH TWIST 32G LANCETS	T3	
EASY TOUCH TWIST 33G LANCETS	T3	
EASY TWIST CAP LANCETS	T3	
EMBRACE 30G LANCETS	T3	
EMBRACE SAFETY LANCET	T3	
EZ SMART LANCETS	T3	
EZ-LETS	T3	
FIFTY50 SAFETY SEAL LANCETS	T3	
FINE 30 UNIVERSAL LANCETS	T3	
FINGERSTIX	T3	
FORA LANCETS	T3	
FORACARE LANCETS	T3	
FREESTYLE LANCETS	T3	
FREESTYLE UNISTIK 2	T3	
GLUCOCOM	T3	
GLUCOCOM LANCETS	T3	
GOJJI LANCETS	T3	
HEALTHY ACCENTS UNILET LANCET	T3	
INCONTROL SUPER THIN LANCETS	T3	
INCONTROL ULTRA THIN LANCETS	T3	
INJECT EASE LANCETS	T3	
INVACARE LANCETS	T3	
<i>lancets</i>	T2	
LANCETS	T3	
LANCETS THIN	T3	
LANCETS ULTRA THIN	T3	
LITE TOUCH 28G LANCETS	T3	
LITE TOUCH 30G LANCETS	T3	
LITE TOUCH 33G LANCETS	T3	
MEDISENSE THIN LANCETS	T3	
MEDLANCE PLUS 21G LANCETS	T3	
<i>medlance plus 21g lancets</i>	T2	

T1 – Genéricos preferidos T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca ST – Tratamiento escalonado HD – Puede requerir entrega a domicilio
T2 – Genéricos no preferidos PA – Autorización previa AGE – Requisito de edad PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos
T3 – Marcas preferidas QL – Límite a la cantidad SP – Medicamentos de especialidad CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

Lista de medicamentos con receta

DISPOSITIVOS Y SUMINISTROS MÉDICOS VARIOS, NO FARMACOLÓGICOS (Varios) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
EQUIPOS MÉDICOS DURADEROS, VARIOS (GRUPO I) (cont.)		
MEDLANCE PLUS 30G LANCETS	T3	
<i>medlance plus 30g lancets</i>	T2	
MEDLANCE PLUS EXTRA 21G LANCET	T3	
MEDLANCE PLUS LITE 25G LANCETS	T3	
<i>medlance plus lite 25g lancets</i>	T2	
MEDLANCE PLUS SPECIAL BLADE	T3	
MICRO THIN LANCET	T3	
MICRO THIN LANCETS	T3	
MICROLET	T3	
MICROTAINER LANCETS	T3	
MONOLET LANCETS	T3	
MONOLET THIN LANCETS	T3	
MYGLUCOHEALTH LANCETS	T3	
NOVA SAFETY LANCETS	T3	
NOVA SUREFLEX	T3	
ON CALL LANCET	T3	
ON CALL PLUS LANCET	T3	
ONETOUCH DELICA	T3	
ONETOUCH DELICA PLUS LANCET	T3	
ONETOUCH DELICA SAFETY LANCET	T3	
ONETOUCH LANCETS	T3	
ONETOUCH SURESOFT	T3	
ON-THE-GO	T3	
PIP LANCET	T3	
PRESSURE ACTIVATED LANCETS	T3	
PRO COMFORT LANCET	T3	
PRO COMFORT LANCETS	T3	
PRODIGY LANCETS	T3	
PRODIGY TWIST TOP LANCET	T3	
PURE COMFORT LANCETS	T3	
PURE COMFORT SAFETY LANCETS	T3	
PUSH BUTTON SAFETY LANCETS	T3	
READYLANCER SAFETY LANCETS	T3	
RELIAMED	T3	

T1 – Genéricos preferidos T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca ST – Tratamiento escalonado HD – Puede requerir entrega a domicilio
T2 – Genéricos no preferidos PA – Autorización previa AGE – Requisito de edad PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos
T3 – Marcas preferidas QL – Límite a la cantidad SP – Medicamentos de especialidad CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

Lista de medicamentos con receta

DISPOSITIVOS Y SUMINISTROS MÉDICOS VARIOS, NO FARMACOLÓGICOS (Varios) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
EQUIPOS MÉDICOS DURADEROS, VARIOS (GRUPO I) (cont.)		
RELIAMED SAFETY SEAL LANCETS	T3	
RELION THIN	T3	
RIGHTEST GL300 LANCETS	T3	
SAFETY LANCETS	T3	
SAFETY SEAL LANCETS	T3	
SAFETY-LET	T3	
SINGLE-LET	T3	
SMART SENSE	T3	
SMART SENSE LANCETS	T3	
SMARTTEST LANCET	T3	
SOFT TOUCH	T3	
SOLUS V2	T3	
SOLUS V2 LANCETS	T3	
STERILANCE TL	T3	
STERILE LANCETS	T3	
SUPERTHIN LANCETS	T3	
SURE COMFORT LANCETS	T3	
SURE-LANCE	T3	
SURE-TOUCH	T3	
TECHLITE LANCETS	T3	
TELCARE ULTRA THIN 30G LANCETS	T3	
THIN LANCETS	T3	
TOPCARE UNIVERSAL1 LANCET	T3	
TOPCARE UNIVERSAL1 THIN LANCET	T3	
TRUE COMFORT LANCET	T3	
TRUEPLUS LANCET	T3	
TRUEPLUS LANCETS	T3	
TWIST LANCETS	T3	
TWIST TOP LANCET	T3	
ULTILET BASIC	T3	
ULTILET CLASSIC	T3	
ULTILET LANCETS	T3	
ULTILET SAFETY	T3	
ULTRA THIN LANCET	T3	

T1 – Genéricos preferidos

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca

ST – Tratamiento escalonad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

T2 – Genéricos no preferidos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T3 – Marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

Lista de medicamentos con receta

DISPOSITIVOS Y SUMINISTROS MÉDICOS VARIOS, NO FARMACOLÓGICOS (Varios) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
EQUIPOS MÉDICOS DURADEROS, VARIOS (GRUPO I) (cont.)		
ULTRA THIN LANCETS	T3	
ULTRA THIN PLUS	T3	
ULTRA THIN PLUS LANCETS	T3	
ULTRA-CARE LANCETS	T3	
ULTRALANCE	T3	
ULTRA-THIN II 28G LANCETS	T3	
ULTRA-THIN II 30G LANCETS	T3	
ULTRATLC LANCETS	T3	
UNILET COMFORTOUCH	T3	
UNILET EXCELITE	T3	
UNILET EXCELITE II	T3	
UNILET GP LANCET	T3	
UNILET LANCET	T3	
UNILET LANCETS	T3	
UNISTIK 2 COMFORT	T3	
UNISTIK 2 EXTRA	T3	
UNISTIK 2 NORMAL	T3	
UNISTIK 3	T3	
UNISTIK 3 COMFORT	T3	
UNISTIK 3 DUAL	T3	
UNISTIK 3 EXTRA	T3	
UNISTIK COMFORT	T3	
UNISTIK CZT	T3	
UNISTIK EXTRA	T3	
UNISTIK NORMAL	T3	
UNISTIK PRO	T3	
UNISTIK SAFETY	T3	
UNISTIK TOUCH	T3	
UNIVERSAL 1	T3	
VIVAGUARD LANCET	T3	
SUMINISTROS MÉDICOS, VARIOS		
ALCOH-GLOVE	T4	
ALCOH-WIPE	T4	

T1 – Genéricos preferidos T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca ST – Tratamiento escalonado HD – Puede requerir entrega a domicilio
T2 – Genéricos no preferidos PA – Autorización previa AGE – Requisito de edad PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos
T3 – Marcas preferidas QL – Límite a la cantidad SP – Medicamentos de especialidad CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

Lista de medicamentos con receta

DISPOSITIVOS Y SUMINISTROS MÉDICOS VARIOS, NO FARMACOLÓGICOS (Varios) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
EQUIPOS DE ADMINISTRACIÓN PARENTERAL		
1.5 VOLT BATTERIES #357	T3	
ACCU-CHEK LINKASSIST	T4	
ACCU-CHEK RAPID D 10-100	T4	
ACCU-CHEK RAPID D 10-50	T4	
ACCU-CHEK RAPID D 10-70	T3	
ACCU-CHEK RAPID D 6-100	T4	
ACCU-CHEK RAPID D 6-50	T3	
ACCU-CHEK RAPID D 6-70	T4	
ACCU-CHEK RAPID D 8-100	T4	
ACCU-CHEK RAPID D 8-50	T3	
ACCU-CHEK RAPID D 8-70	T3	
ACCU-CHEK SPIRIT	T3	
ACCU-CHEK TENDER	T3	
ACCU-CHEK ULTRAFLEX	T3	
DELTEC COZMO CLEO INFUSION SET	T3	
INSET 30 TUBING	T3	
IV ADMINISTRATION SET	T3	
NERIA	T4	
PARADIGM INFUSION	T3	
PARADIGM SILHOUETTE	T3	
POLYFIN QR	T3	
PSV SET	T4	
Q-SYTE	T3	
SILHOUETTE	T3	
SURE-T	T3	
AYUDAS, DISPOSITIVOS, EQUIPOS RESPIRATORIOS		
ACE AEROSOL CLOUD ENHANCER	T3	
AEROCHAMBER MINI	T3	
AEROCHAMBER MV	T3	
AEROCHAMBER PLUS FLOW-VU	T3	
AEROCHAMBER Z-STAT PLUS	T3	
AEROTRACH PLUS	T3	
AEROVENT PLUS	T3	
BREATHERITE	T3	

T1 – Genéricos preferidos T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca ST – Tratamiento escalonado HD – Puede requerir entrega a domicilio
T2 – Genéricos no preferidos PA – Autorización previa AGE – Requisito de edad PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos
T3 – Marcas preferidas QL – Límite a la cantidad SP – Medicamentos de especialidad CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

Lista de medicamentos con receta

DISPOSITIVOS Y SUMINISTROS MÉDICOS VARIOS, NO FARMACOLÓGICOS (Varios) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AYUDAS, DISPOSITIVOS, EQUIPOS RESPIRATORIOS (cont.)		
BREATHERITE SPACER-ADULT MASK	T3	
BREATHERITE SPACER-INFANT MASK	T3	
BREATHERITE SPACER-LG CHLD MSK	T3	
BREATHERITE SPACER-NEONATE MSK	T3	
BREATHERITE SPACER-SM CHLD MSK	T3	
BREATHRITE	T3	
CLEVER CHOICE HOLDING CHAMBER	T3	
COMFORTSEAL	T3	
COMPACT SPACE CHAMBER	T3	
EASIVENT	T3	
FLEXICHAMBER	T3	
FLEXICHAMBER MASK	T3	
INSPIRACHAMBER	T3	
LITEAIRE	T3	
LITETOUCH	T3	
MICROCHAMBER	T3	
MICROSPACER	T3	
MOUTHPIECE	T3	
ONE WAY MOUTHPIECE	T3	
OPTICHAMBER	T3	
OPTICHAMBER DIAMOND	T3	
PANDA MASK	T3	
PEDIATRIC MASK	T3	
PEDIATRIC PANDA MASK	T3	
POCKET CHAMBER	T3	
PRIMEAIRE	T3	
PRO COMFORT SPACER-ADULT MASK	T3	
PRO COMFORT SPACER-CHILD MASK	T4	
PRO COMFORT SPACER-INFANT MASK	T4	
PROCARE SPACER WITH ADULT MASK	T3	
PROCARE SPACER WITH CHILD MASK	T3	
PROCHAMBER	T3	
PURE COMFORT SPACER WITH MASK	T4	
RITEFLO	T3	

T1 – Genéricos preferidos

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca

ST – Tratamiento escalonad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

T2 – Genéricos no preferidos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T3 – Marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

Lista de medicamentos con receta

DISPOSITIVOS Y SUMINISTROS MÉDICOS VARIOS, NO FARMACOLÓGICOS (Varios) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AYUDAS, DISPOSITIVOS, EQUIPOS RESPIRATORIOS (cont.)		
SIDESTREAM PEDIATRIC	T3	
SILICONE MASK	T3	
SPACE CHAMBER	T3	
SPACE CHAMBER-LARGE MASK	T3	
SPACE CHAMBER-MEDIUM MASK	T3	
SPACE CHAMBER-SMALL MASK	T3	
VORTEX	T3	
VORTEX VHC FROG MASK	T3	
VORTEX VHC LADYBUG MASK	T3	
RELAJANTES MUSCULARES (Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)		
RELAJANTES DE LOS MÚSCULOS ESQUELÉTICOS-CONTRAIRITANTE RUBEFACIENTE TÓPICO		
COMFORT PAC-CYCLOBENZAPRINE	T4	
COMFORT PAC-TIZANIDINE	T4	
RELAJANTES DE LOS MÚSCULOS ESQUELÉTICOS		
<i>baclofen 5 mg tablet</i>	T2	
<i>baclofen 10 mg tablet</i>	T2	
<i>baclofen 20 mg tablet</i>	T2	
<i>baclofen 25 mg/5 ml suspension</i>	T2	ST
<i>baclofen 25 mg/5 ml suspension (Fleqsuvy)</i>	T2	
<i>carisoprodol (Soma)</i>	T2	
<i>carisoprodol/aspirin</i>	T2	
<i>chlorzoxazone</i>	T2	
<i>chlorzoxazone (Lorzone)</i>	T2	
<i>cyclobenzaprine hcl</i>	T2	
<i>cyclobenzaprine hcl (Amrix)</i>	T2	PA
<i>cyclobenzaprine hcl (Fexmid)</i>	T2	
<i>DANTRIUM (dantrolene sodium)</i>	T4	
<i>dantrolene sodium</i>	T2	
<i>dantrolene sodium (Dantrium)</i>	T2	
<i>FEXMID (cyclobenzaprine hcl)</i>	T4	PA
<i>LORZONE (chlorzoxazone)</i>	T4	PA
<i>metaxalone</i>	T2	
<i>methocarbamol 500 mg tablet</i>	T2	

T1 – Genéricos preferidos

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

T2 – Genéricos no preferidos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T3 – Marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

Lista de medicamentos con receta

RELAJANTES MUSCULARES (Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
RELAJANTES DE LOS MÚSCULOS ESQUELÉTICOS (cont.)		
<i>methocarbamol 750 mg tablet</i>	T2	
NORGESIC (<i>orphenadrine/aspirin/caffeine</i>)	T4	
NORGESIC FORTE (<i>orphenadrine/aspirin/caffeine</i>)	T4	
<i>orphenadrine citrate</i>	T2	
<i>orphenadrine/aspirin/caffeine</i> (Norgesic Forte)	T2	
<i>orphenadrine/aspirin/caffeine</i> (Norgesic)	T2	
SOMA (<i>carisoprodol</i>)	T4	
<i>tizanidine hcl</i>	T2	
<i>tizanidine hcl</i> (Zanaflex)	T2	
ZANAFLEX (<i>tizanidine hcl</i>)	T4	
VITAMINAS PRENATALES (Nutritivas/alimenticias)		
PREPARACIONES DE VITAMINAS PRENATALES		
BAL-CARE DHA ESSENTIAL	T4	
BRAINSTRONG PRENATAL	T4	
CADEAU DHA	T4	
CITRANATAL 90 DHA	T4	
CITRANATAL ASSURE	T4	
CITRANATAL B-CALM	T4	
CITRANATAL DHA	T4	
CITRANATAL HARMONY	T4	
CITRANATAL RX	T4	
CVS PRENATAL GUMMY VITAMINS	T4	
<i>cvs prenatal multi-dha softgel</i>	T2	PPACA
<i>cvs prenatal vitamins tablet</i>	T2	PPACA
DUET DHA 400	T4	
DUET DHA BALANCED	T4	
EXPECTA PRENATAL	T3	
<i>gnp prenatal vitamins tablet</i>	T2	PPACA
GS PRENATAL VITAMINS TABLET	T4	
HM ONE DAILY PRENATAL COMBO PK	T3	
<i>hm prenatal tablet</i>	T2	PPACA
KOSHER PRENATAL PLUS IRON	T4	
KPN PRENATAL TABLET	T3	

T1 – Genéricos preferidos

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

T2 – Genéricos no preferidos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T3 – Marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

Lista de medicamentos con receta

VITAMINAS PRENATALES (Nutritivas/alimenticias) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
PREPARACIONES DE VITAMINAS PRENATALES (cont.)		
<i>kpn tablet</i>	T2	PPACA
MARNATAL-F	T4	
MINI PRENATAL	T4	
MTERYTI	T4	
MTERYTI FOLIC 5	T4	
NATACHEW	T4	
NEONATAL COMPLETE	T4	
NEONATAL PLUS	T4	
NEONATAL-DHA	T4	
NESTABS	T4	
NESTABS ABC	T4	
NESTABS DHA	T4	
OB COMPLETE ONE	T4	
OB COMPLETE PETITE	T4	
OB COMPLETE PREMIER	T4	
OB COMPLETE WITH DHA	T4	
OBSTETRIX EC	T4	
OBTREX DHA	T4	
ONE A DAY WOMEN'S PRENATAL DHA	T4	
ONE-A-DAY PRENATAL-1	T4	
<i>pnv 11/iron fum/folic acid/om3</i>	T2	
<i>pnv 119/iron fum/folic acid</i>	T2	
<i>pnv 66/iron/folic/docusate/dha</i>	T2	
<i>pnv 69/iron/folic/docusate/dha</i>	T2	
<i>pnv 80/iron fum/folic/dss/dha</i>	T2	
<i>pnv cmb 52/iron/fa/omega-3/dha</i>	T2	
<i>pnv no.118/iron fumarate/fa</i>	T2	
<i>pnv,calcium 72/iron,carb/folic</i>	T2	
<i>pnv,calcium 72/iron/folic acid</i>	T2	
<i>pnv/iron,carb/docusat/folic ac</i>	T2	
<i>pnv19/iron bg,s,p/folic ac/om3</i>	T2	
<i>pnv81/iron edta,ps/folic/omeg3</i>	T2	
PRENATA	T4	
<i>prenatal 105/iron/folic ac/dha</i>	T2	

T1 – Genéricos preferidos

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

T2 – Genéricos no preferidos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T3 – Marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

Lista de medicamentos con receta

VITAMINAS PRENATALES (Nutritivas/alimenticias) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
PREPARACIONES DE VITAMINAS PRENATALES (cont.)		
<i>prenatal 12/iron/folic/dss/om3</i>	T2	
PRENATAL 19 CHEWABLE TABLET	T4	
<i>prenatal 19 chewable tablet</i>	T2	
PRENATAL 19 TABLET	T4	
<i>prenatal 19 tablet</i>	T2	
<i>prenatal 21/iron fu/folic acid</i>	T2	PPACA
<i>prenatal 53/iron/folic ac/omg3</i>	T2	
<i>prenatal 54/iron/folic ac/omg3</i>	T2	
<i>prenatal 93/iron/folate 9/dha</i>	T2	
<i>prenatal caplet</i>	T2	PPACA
<i>prenatal comb no.42/folic acid (Vitamedmd Redichew Rx)</i>	T2	
PRENATAL FORMULA	T3	
PRENATAL FORMULA-DHA (<i>prenatal vit116/iron/folic/dha</i>)	T4	
PRENATAL GUMMIES	T4	
PRENATAL MULTI	T4	
<i>prenatal multi-dha softgel</i>	T2	PPACA
PRENATAL MULTI-DHA SOFTGEL	T3	
PRENATAL MULTI-DHA SOFTGEL	T4	
<i>prenatal multivitamin tablet</i>	T2	PPACA
PRENATAL MULTIVITAMIN TABLET	T4	
PRENATAL MULTIVITAMIN-DHA	T3	
PRENATAL PLUS VITAMIN-MINERAL	T4	
PRENATAL PLUS-DHA	T4	
<i>prenatal tablet</i>	T2	PPACA
PRENATAL TABLET	T4	
<i>prenatal vit 14/iron fum/folic</i>	T2	
<i>prenatal vit 55/iron/folic/om3</i>	T2	
<i>prenatal vit 91/iron/folic/dha</i>	T2	
<i>prenatal vit no.126/iron/folic</i>	T2	PPACA
<i>prenatal vit no.129/iron/folic</i>	T2	PPACA
<i>prenatal vit,cal 73/iron/folic</i>	T2	
<i>prenatal vit,calc76/iron/folic</i>	T2	
<i>prenatal vit,calc78/iron/folic</i>	T2	
<i>prenatal vit/iron fum/folic ac</i>	T2	

T1 – Genéricos preferidos T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca ST – Tratamiento escalonad HD – Puede requerir entrega a domicilio
T2 – Genéricos no preferidos PA – Autorización previa AGE – Requisito de edad PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos
T3 – Marcas preferidas QL – Límite a la cantidad SP – Medicamentos de especialidad CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

Lista de medicamentos con receta

VITAMINAS PRENATALES (Nutritivas/alimenticias) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
PREPARACIONES DE VITAMINAS PRENATALES (cont.)		
<i>prenatal vit27,calcium/iron/fa</i>	T2	
<i>prenatal vit86/iron/folic acid</i>	T2	
<i>PRENATAL VITAMIN + DHA</i>	T3	
<i>prenatal vitamin tablet</i>	T2	PPACA
PRENATAL VITAMIN TABLET (<i>prenatal vit no.124/iron/folic</i>)	T4	
<i>prenatal vitamins tablet</i>	T2	PPACA
<i>prenatal vits calc.36/iron/fa</i>	T2	PPACA
<i>prenatal,calc.40/iron/folate 1</i>	T2	
<i>prenatal71/iron/folic acid/dha</i>	T2	
PRENATE DHA	T4	
PRENATE ELITE	T4	
PRENATE ENHANCE	T4	
PRENATE MINI	T4	
PRENATE PIXIE	T4	
PRENATE RESTORE	T4	
PRENATE STAR	T4	
PRIMACARE	T4	
PROVIDA OB	T4	
<i>qc prenatal tablet</i>	T2	PPACA
<i>ra one daily prenatal dha pack</i>	T2	PPACA
<i>ra prenatal tablet</i>	T2	PPACA
R-NATAL OB	T4	
SELECT-OB	T4	
SELECT-OB (<i>prenatal vit128/iron/folic acd</i>)	T4	
SELECT-OB + DHA	T4	
SIMILAC PRENATAL	T4	
<i>sm prenatal vitamins tablet</i>	T2	PPACA
STUART ONE (<i>pnv no.63/iron,carb/folic/dha</i>)	T4	
<i>sv prenatal tablet</i>	T2	PPACA
SV PRENATAL VITAMINS TABLET	T4	
THERANATAL	T4	
THERANATAL COMPLETE	T4	
THERANATAL ONE	T4	
THERANATAL OVAVITE	T4	

T1 – Genéricos preferidos

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca

ST – Tratamiento escalonad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

T2 – Genéricos no preferidos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T3 – Marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

Lista de medicamentos con receta

VITAMINAS PRENATALES (Nutritivas/alimenticias) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
PREPARACIONES DE VITAMINAS PRENATALES (cont.)		
THERANATAL PLUS	T4	
THRIVITE RX	T4	
TRICARE	T4	
TRICARE PRENATAL DHA ONE	T4	
TRISTART DHA	T4	
ULTRA PRENATAL PLUS DHA	T4	
VITAFOL FE PLUS	T4	
VITAFOL GUMMIES	T4	
VITAFOL NANO	T4	
VITAFOL ULTRA	T4	
VITAFOL-OB	T4	
VITAFOL-OB+DHA	T4	
VITAFOL-ONE	T4	
VITAMEDMD ONE RX	T4	
VITAMEDMD REDICHEW RX (<i>prenatal comb no.42/folic acid</i>)	T4	
VITAPEARL	T4	
VITATRUE	T4	
VP-PNV-DHA	T4	
WOMEN'S PRENATAL PLUS DHA	T3	
VITAMINAS PRENATALES CON BAJO CONTENIDO DE HIERRO O SIN HIERRO		
CVS PRENATAL GUMMIES	T4	
PRENATAL GUMMIES	T4	
TRINAZ	T4	
MEDICAMENTOS PSICOTERAPÉUTICOS (Ansiedad/depresión/trastorno bipolar)⁸		
ANTIDEPRESIVOS ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES ALFA 2		
<i>mirtazapine</i>	T1	HD
<i>mirtazapine (Remeron)</i>	T1	HD
REMERON (<i>mirtazapine</i>)	T4	HD
MEDICAMENTOS ANSIOLÍTICOS - BENZODIAZEPINAS		
<i>alprazolam</i>	T2	
<i>alprazolam (Xanax Xr)</i>	T1	
<i>alprazolam (Xanax)</i>	T1	
ATIVAN (<i>lorazepam</i>)	T4	
<i>chlordiazepoxide hcl</i>	T2	

T1 – Genéricos preferidos

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

T2 – Genéricos no preferidos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T3 – Marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

Lista de medicamentos con receta

MEDICAMENTOS PSICOTERAPÉUTICOS (Ansiedad/depresión/trastorno bipolar) ⁸ (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
MEDICAMENTOS ANSIOLÍTICOS - BENZODIAZEPINAS (cont.)		
<i>clorazepate dipotassium</i>	T2	
<i>diazepam 10 mg tablet (Valium)</i>	T2	
<i>diazepam 2 mg tablet (Valium)</i>	T2	
<i>diazepam 25 mg/5 ml oral conc</i>	T2	
<i>diazepam 5 mg tablet (Valium)</i>	T2	
<i>diazepam 5 mg/5 ml oral soln</i>	T2	
<i>diazepam 5 mg/5 ml solution</i>	T2	
<i>diazepam 5 mg/ml oral conc</i>	T2	
<i>lorazepam</i>	T2	
<i>lorazepam (Ativan)</i>	T1	
<i>oxazepam</i>	T2	
MEDICAMENTOS ANSIOLÍTICOS		
<i>buspirone hcl</i>	T1	
<i>meprobamate</i>	T2	
ANTIDEPRESIVOS - DEPRESIÓN POSPARTO (PPD)		
ZURZUVAE	T4	
MEDICAMENTOS PARA TRASTORNO BIPOLAR		
EQUETRO	T4	HD
<i>lithium carbonate</i>	T1	HD
<i>lithium carbonate (Lithobid)</i>	T1	HD
LITHOBID (<i>lithium carbonate</i>)	T4	HD
MAOI - ANTIDEPRESIVOS NO SELECTIVOS E IRREVERSIBLES		
MARPLAN	T4	
<i>NARDIL (phenelzine sulfate)</i>	T4	
<i>PARNATE (tranylcypromine sulfate)</i>	T4	
<i>phenelzine sulfate (Nardil)</i>	T2	
<i>tranylcypromine sulfate (Parnate)</i>	T2	
ANTIDEPRESIVOS INHIBIDORES DE LA MONOAMINOOXIDASA (MAO)		
EMSAM	T4	
INHIB. DE LA RECAPT. DE NOREPINEFRINA Y DOPAMINA (NDRI)		
<i>bupropion hcl</i>	T1	HD
<i>bupropion hcl xl 150 mg tablet (Wellbutrin XI)</i>	T2	
<i>bupropion hcl xl 300 mg tablet (Wellbutrin XI)</i>	T2	

T1 – Genéricos preferidos

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca

ST – Tratamiento escalonad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

T2 – Genéricos no preferidos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T3 – Marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

Lista de medicamentos con receta

MEDICAMENTOS PSICOTERAPÉUTICOS (Ansiedad/depresión/trastorno bipolar) ⁸ (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGONISTAS INVERSOS SELECTIVOS DE SEROTONINA 5-HT_{2A} (SSIA)		
NUPLAZID 10 MG TABLET	T4	PA QL(30 tabs/fill) SP HD
NUPLAZID 34 MG CAPSULE	T4	PA QL(30 caps/fill) SP HD
INHIBIDOR SELECTIVO DE LA RECAPTACIÓN DE SEROTONINA (SSRI)		
<i>citalopram hbr 10 mg/5 ml soln</i>	T2	HD
<i>escitalopram 10 mg tablet (Lexapro)</i>	T1	
<i>escitalopram 20 mg tablet (Lexapro)</i>	T1	
<i>escitalopram 5 mg tablet (Lexapro)</i>	T1	
<i>escitalopram oxalate 5 mg/5 ml</i>	T1	ST HD
<i>fluoxetine 20 mg/5 ml solution</i>	T2	HD
<i>fluoxetine hcl</i>	T2	ST QL(4 caps/fill) HD
<i>fluoxetine hcl 10 mg tablet</i>	T2	ST QL(30 tabs/fill) HD
<i>fluoxetine hcl 20 mg capsule (Prozac)</i>	T1	HD
<i>fluoxetine hcl 20 mg tablet</i>	T2	ST HD
<i>fluoxetine hcl 60 mg tablet</i>	T2	ST HD
<i>fluvoxamine maleate</i>	T2	ST QL(60 caps/fill) HD
<i>fluvoxamine maleate 100 mg tab</i>	T2	QL(90 tabs/fill) HD
<i>fluvoxamine maleate 25 mg tab</i>	T2	QL(30 tabs/fill) HD
<i>fluvoxamine maleate 50 mg tab</i>	T2	QL(60 tabs/fill) HD
<i>paroxetine hcl (Paxil Cr)</i>	T2	ST QL(60 tabs/fill) HD
<i>paroxetine hcl 10 mg tablet (Paxil)</i>	T1	QL(30 tabs/fill) HD
<i>paroxetine hcl 10 mg/5 ml susp (Paxil)</i>	T2	ST HD
<i>paroxetine hcl 20 mg tablet (Paxil)</i>	T1	QL(60 tabs/fill) HD
<i>paroxetine hcl 30 mg tablet (Paxil)</i>	T1	QL(60 tabs/fill) HD
<i>paroxetine hcl 40 mg tablet (Paxil)</i>	T1	QL(30 tabs/fill) HD
PAXIL 10 MG TABLET (<i>paroxetine hcl</i>)	T4	ST QL(30 tabs/fill) HD
PAXIL 10 MG/5 ML SUSPENSION (<i>paroxetine hcl</i>)	T4	ST HD
PAXIL 20 MG TABLET (<i>paroxetine hcl</i>)	T4	ST QL(60 tabs/fill) HD
PAXIL 30 MG TABLET (<i>paroxetine hcl</i>)	T4	ST QL(60 tabs/fill) HD
PAXIL 40 MG TABLET (<i>paroxetine hcl</i>)	T4	ST QL(30 tabs/fill) HD
PAXIL CR (<i>paroxetine hcl</i>)	T4	ST QL(60 tabs/fill) HD
<i>sertraline 20 mg/ml oral conc (Zoloft)</i>	T2	HD
<i>sertraline hcl 25 mg tablet (Zoloft)</i>	T1	QL(45 tabs/fill) HD

T1 – Genéricos preferidos T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca ST – Tratamiento escalonado HD – Puede requerir entrega a domicilio
T2 – Genéricos no preferidos PA – Autorización previa AGE – Requisito de edad PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos
T3 – Marcas preferidas QL – Límite a la cantidad SP – Medicamentos de especialidad CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

Lista de medicamentos con receta

MEDICAMENTOS PSICOTERAPÉUTICOS (Ansiedad/depresión/trastorno bipolar) ⁸ (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
INHIBIDORES DE LA RECAPTACIÓN/ANTAGONISTAS DE LA SEROTONINA-2 (SARI)		
nefazodone hcl	T2	HD
trazodone hcl	T1	HD
INHIB. DE LA RECAPTACIÓN DE SEROTONINA-NOREPINEFRINA (SNRI)		
DESVENLAFAXINE ER	T4	ST QL(30 tabs/fill) HD
duloxetine hcl dr 20 mg cap (Cymbalta)	T1	QL(60 caps/fill) HD
duloxetine hcl dr 30 mg cap (Cymbalta)	T1	QL(30 caps/fill) HD
duloxetine hcl dr 40 mg cap	T1	ST QL(30 caps/fill) HD
duloxetine hcl dr 60 mg cap (Cymbalta)	T1	QL(60 caps/fill) HD
FETZIMA 20-40 MG TITRATION PAK	T3	ST QL(28 caps/fill) HD
FETZIMA ER 120 MG CAPSULE	T3	ST QL(30 caps/fill) HD
FETZIMA ER 20 MG CAPSULE	T3	ST QL(30 caps/fill) HD
FETZIMA ER 40 MG CAPSULE	T3	ST QL(30 caps/fill) HD
FETZIMA ER 80 MG CAPSULE	T3	ST QL(30 caps/fill) HD
venlafaxine hcl	T1	QL(90 tabs/fill) HD
venlafaxine hcl er 150 mg cap (Effexor XR)	T1	
venlafaxine hcl er 37.5 mg cap (Effexor XR)	T1	
venlafaxine hcl er 75 mg cap (Effexor XR)	T1	
venlafaxine hcl er 150 mg tab	T2	ST QL(30 tabs/fill) HD
venlafaxine hcl er 225 mg tab	T2	ST QL(30 tabs/fill) HD
venlafaxine hcl er 37.5 mg tab	T2	ST QL(30 tabs/fill) HD
venlafaxine hcl er 75 mg tab	T2	ST QL(30 tabs/fill) HD
SSRI, ANTIDEPRESIVOS MODULADORES DE RECEPTORES DE SEROTONINA		
TRINTELLIX 10 MG TABLET	T4	ST QL(30 tabs/fill) HD
COMBINACIONES DE ANTIDEPRESIVOS TRICÍCLICOS-BENZODIAZEPINAS		
amitriptyline/chlordiazepoxide	T2	HD
perphenazine/amitriptyline hcl	T2	HD
ANTIDEPRESIVOS TRICÍCLICOS, INHIB. NO SELECT. DE LA RECAPTACIÓN REL.		
amitriptyline hcl	T1	HD
amoxapine	T2	HD
ANAFRANIL (clomipramine hcl)	T4	HD
clomipramine hcl (Anafranil)	T2	HD
desipramine hcl	T2	HD
desipramine hcl (Norpramin)	T2	HD
doxepin 10 mg capsule	T2	HD
doxepin 10 mg/ml oral conc	T2	HD

T1 – Genéricos preferidos T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca ST – Tratamiento escalonad HD – Puede requerir entrega a domicilio
T2 – Genéricos no preferidos PA – Autorización previa AGE – Requisito de edad PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos
T3 – Marcas preferidas QL – Límite a la cantidad SP – Medicamentos de especialidad CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

Lista de medicamentos con receta

MEDICAMENTOS PSICOTERAPÉUTICOS (Ansiedad/depresión/trastorno bipolar)⁸ (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIDEPRESIVOS TRICÍCLICOS, INHIB. NO SELECT. DE LA RECAPTACIÓN REL. (cont.)		
<i>doxepin 100 mg capsule</i>	T2	HD
<i>doxepin 150 mg capsule</i>	T2	HD
<i>doxepin 25 mg capsule</i>	T2	HD
<i>doxepin 50 mg capsule</i>	T2	HD
<i>doxepin 75 mg capsule</i>	T2	HD
<i>imipramine hcl (Tofranil)</i>	T1	HD
<i>imipramine pamoate</i>	T2	HD
<i>maprotiline hcl</i>	T2	HD
NORPRAMIN (<i>desipramine hcl</i>)	T4	HD
<i>nortriptyline hcl</i>	T2	HD
<i>nortriptyline hcl (Pamelor)</i>	T1	HD
PAMELOR (<i>nortriptyline hcl</i>)	T4	HD
<i>protriptyline hcl</i>	T2	HD
SURMONTIL (<i>trimipramine maleate</i>)	T4	HD
TOFRANIL (<i>imipramine hcl</i>)	T4	HD
<i>trimipramine maleate (Surmontil)</i>	T2	HD

MEDICAMENTOS PSICOTERAPÉUTICOS (Trastorno de déficit de atención e hiperactividad)⁸

ADRENÉRGICOS, AROMÁTICOS, SIN CATECOLAMINAS

<i>lisdexamfetamine 10 mg capsule (Vyvanse)</i>	T2	
<i>lisdexamfetamine 10 mg tb chew</i>	T2	ST
<i>lisdexamfetamine 20 mg capsule (Vyvanse)</i>	T2	
<i>lisdexamfetamine 20 mg tb chew</i>	T2	ST
<i>lisdexamfetamine 30 mg capsule (Vyvanse)</i>	T2	
<i>lisdexamfetamine 30 mg tb chew</i>	T2	ST
<i>lisdexamfetamine 40 mg capsule (Vyvanse)</i>	T2	
<i>lisdexamfetamine 40 mg tb chew</i>	T2	ST
<i>lisdexamfetamine 50 mg capsule (Vyvanse)</i>	T2	
<i>lisdexamfetamine 50 mg tb chew</i>	T2	ST
<i>lisdexamfetamine 60 mg capsule (Vyvanse)</i>	T2	
<i>lisdexamfetamine 60 mg tb chew</i>	T2	ST
<i>lisdexamfetamine 70 mg capsule (Vyvanse)</i>	T2	
VYVANSE	T3	ST

T1 – Genéricos preferidos

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca

ST – Tratamiento escalonad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

T2 – Genéricos no preferidos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T3 – Marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

Lista de medicamentos con receta

MEDICAMENTOS PSICOTERAPÉUTICOS (Trastorno de déficit de atención e hiperactividad)⁸ (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
TRAT. PARA EL ADHD - AGONISTAS SELECTIVOS DE LOS RECEPTORES ALFA 2		
<i>clonidine hcl er 0.1 mg tablet</i> (Kapvay)	T2	
<i>guanfacine hcl</i> (Intuniv)	T2	
KAPVAY (<i>clonidine hcl</i>)	T4	ST
TRAT. PARA EL DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD (ADHD)/NARCOLEPSIA		
APTENSIO XR (<i>methylphenidate hcl</i>)	T4	ST
<i>atomoxetine hcl</i> (Strattera)	T2	HD
AZSTARYS	T4	ST
COTEMPLA XR-ODT	T4	ST
DAYTRANA (<i>methylphenidate</i>)	T4	ST
<i>dexmethylphenidate hcl</i> (Focalin Xr)	T2	
<i>dexmethylphenidate hcl</i> (Focalin)	T1	
JORNAY PM	T4	ST
METHYLIN (<i>methylphenidate hcl</i>)	T4	
<i>methylphenidate</i>	T2	ST
<i>methylphenidate er 10 mg cap</i> (Aptensio Xr)	T2	ST
<i>methylphenidate er 10 mg tab</i>	T2	
<i>methylphenidate er 15 mg cap</i> (Aptensio Xr)	T2	ST
<i>methylphenidate er 18 mg tab</i> (Concerta)	T2	
<i>methylphenidate er 18 mg tab</i> (Relexxii)	T2	
<i>methylphenidate er 20 mg cap</i> (Aptensio Xr)	T2	ST
<i>methylphenidate er 20 mg tab</i>	T2	
<i>methylphenidate er 27 mg tab</i> (Relexxii)	T2	
<i>methylphenidate er 27 mg tab</i> (Concerta)	T2	
<i>methylphenidate er 30 mg cap</i> (Aptensio Xr)	T2	ST
<i>methylphenidate er 36 mg tab</i> (Relexxii)	T2	
<i>methylphenidate er 36 mg tab</i> (Concerta)	T2	
<i>methylphenidate er 40 mg cap</i> (Aptensio Xr)	T2	ST
<i>methylphenidate er 50 mg cap</i> (Aptensio Xr)	T2	ST
<i>methylphenidate er 54 mg tab</i> (Relexxii)	T2	
<i>methylphenidate er 54 mg tab</i> (Concerta)	T2	
<i>methylphenidate er 60 mg cap</i> (Aptensio Xr)	T2	ST
METHYLPHENIDATE ER 72 MG TAB	T4	ST
<i>methylphenidate hcl</i>	T2	

T1 – Genéricos preferidos

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

T2 – Genéricos no preferidos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T3 – Marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

Lista de medicamentos con receta

MEDICAMENTOS PSICOTERAPÉUTICOS (Trastorno de déficit de atención e hiperactividad)⁸ (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
TRAT. PARA EL DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD (ADHD)/NARCOLEPSIA (cont.)		
<i>methylphenidate hcl</i> (Metadate Cd)	T2	
<i>methylphenidate hcl</i> (Methylin)	T2	
<i>methylphenidate hcl</i> (Ritalin La)	T2	
<i>methylphenidate hcl</i> (Ritalin)	T2	
QELBREE ER	T4	ST
RELEXXII ER 72 MG TABLET	T4	ST

MEDICAMENTOS PSICOTERAPÉUTICOS (Varios)

AGENTES PARA EL TRATAMIENTO DEL TRASTORNO DE DESEO SEXUAL HIPOACTIVO (HSDD)

ADDYI	T4	PA
VYLEESI	T4	PA QL(8 auto-injs/fill) SP

MEDICAMENTOS PSICOTERAPÉUTICOS (Esquizofrenia/antipsicóticos)⁸

ANTIPSI., ANTAG. DE LA DOPAMINA, DIFENILBUTILPIPERIDINAS

<i>pimozide</i>	T2	
-----------------	----	--

ANTIPSIÓTICOS, ATÍPICOS, ANTAGONISTAS DE LA DOPAMINA Y LA SEROTONINA

<i>asenapine maleate</i> (Saphris)	T2	QL(60 tabs/fill)
CAPLYTA	T4	QL(30 caps/fill)
<i>clozapine</i>	T2	
<i>clozapine</i> (Clozaril)	T2	
CLOZARIL (<i>clozapine</i>)	T4	
FANAPT 1 MG TABLET	T4	QL(60 tabs/fill)
FANAPT 10 MG TABLET	T4	QL(60 tabs/fill)
FANAPT 12 MG TABLET	T4	QL(60 tabs/fill)
FANAPT 2 MG TABLET	T4	QL(60 tabs/fill)
FANAPT 4 MG TABLET	T4	QL(60 tabs/fill)
FANAPT 6 MG TABLET	T4	QL(60 tabs/fill)
FANAPT 8 MG TABLET	T4	QL(60 tabs/fill)
FANAPT TITRATION PACK	T4	QL(8 tabs/fill)
GEODON (<i>ziprasidone hcl</i>)	T4	QL(60 caps/fill)
INVEGA ER 3 MG TABLET (<i>paliperidone</i>)	T4	QL(30 tabs/fill)
INVEGA ER 6 MG TABLET (<i>paliperidone</i>)	T4	QL(60 tabs/fill)
INVEGA ER 9 MG TABLET (<i>paliperidone</i>)	T4	QL(30 tabs/fill)
<i>olanzapine</i> (Zyprexa Zydys)	T2	QL(30 tabs/fill)
<i>quetiapine er 200 mg tablet</i> (Seroquel Xr)	T2	QL(30 tabs/fill)

T1 – Genéricos preferidos T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca ST – Tratamiento escalonad HD – Puede requerir entrega a domicilio
T2 – Genéricos no preferidos PA – Autorización previa AGE – Requisito de edad PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos
T3 – Marcas preferidas QL – Límite a la cantidad SP – Medicamentos de especialidad CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

Lista de medicamentos con receta

MEDICAMENTOS PSICOTERAPÉUTICOS (Esquizofrenia/antipsicóticos) ⁸ (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIPSICÓTICOS, ATÍPICOS, ANTAGONISTAS DE LA DOPAMINA Y LA SEROTONINA (cont.)		
<i>quetiapine er 300 mg tablet (Seroquel Xr)</i>	T2	QL(60 tabs/fill)
<i>quetiapine er 400 mg tablet (Seroquel Xr)</i>	T2	QL(60 tabs/fill)
<i>quetiapine er 50 mg tablet (Seroquel Xr)</i>	T2	QL(60 tabs/fill)
<i>quetiapine fumarate 100 mg tab (Seroquel)</i>	T1	
<i>quetiapine fumarate 200 mg tab (Seroquel)</i>	T1	QL(90 tabs/fill)
<i>quetiapine fumarate 25 mg tab (Seroquel)</i>	T1	
<i>quetiapine fumarate 300 mg tab (Seroquel)</i>	T1	QL(60 tabs/fill)
<i>quetiapine fumarate 400 mg tab (Seroquel)</i>	T1	
<i>quetiapine fumarate 50 mg tab (Seroquel)</i>	T1	
RISPERDAL 0.5 MG TABLET (<i>risperidone</i>)	T4	QL(60 tabs/fill)
RISPERDAL 1 MG TABLET (<i>risperidone</i>)	T4	QL(60 tabs/fill)
RISPERDAL 1 MG/ML SOLUTION (<i>risperidone</i>)	T4	
RISPERDAL 2 MG TABLET (<i>risperidone</i>)	T4	QL(60 tabs/fill)
RISPERDAL 3 MG TABLET (<i>risperidone</i>)	T4	QL(60 tabs/fill)
RISPERDAL 4 MG TABLET (<i>risperidone</i>)	T4	QL(60 tabs/fill)
<i>risperidone</i>	T2	QL(60 tabs/fill)
<i>risperidone 0.5 mg tablet (Risperdal)</i>	T1	QL(60 tabs/fill)
<i>risperidone 1 mg tablet (Risperdal)</i>	T1	QL(60 tabs/fill)
<i>risperidone 1 mg/ml solution (Risperdal)</i>	T2	
<i>risperidone 2 mg tablet (Risperdal)</i>	T1	QL(60 tabs/fill)
<i>risperidone 3 mg tablet (Risperdal)</i>	T1	QL(60 tabs/fill)
<i>risperidone 4 mg tablet (Risperdal)</i>	T1	QL(60 tabs/fill)
SECUADO	T4	QL(30 patches/fill)
VERSACLOZ	T4	
<i>ziprasidone hcl (Geodon)</i>	T2	QL(60 caps/fill)
ZYPREXA (<i>olanzapine</i>)	T4	QL(30 tabs/fill)
ZYPREXA ZYDIS (<i>olanzapine</i>)	T4	QL(30 tabs/fill)
ANTIPSICÓTICOS-ATÍPICOS, AG. PARCIAL DE D3/D2-5HT MIXTOS		
VRAYLAR 1.5 MG CAPSULE	T4	QL(30 caps/fill)
VRAYLAR 1.5 MG-3 MG PACK	T4	QL(7 caps/fill)
VRAYLAR 3 MG CAPSULE	T4	QL(30 caps/fill)
VRAYLAR 4.5 MG CAPSULE	T4	QL(30 caps/fill)
VRAYLAR 6 MG CAPSULE	T4	QL(30 caps/fill)

T1 – Genéricos preferidos T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca ST – Tratamiento escalonado HD – Puede requerir entrega a domicilio
T2 – Genéricos no preferidos PA – Autorización previa AGE – Requisito de edad PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos
T3 – Marcas preferidas QL – Límite a la cantidad SP – Medicamentos de especialidad CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

Lista de medicamentos con receta

MEDICAMENTOS PSICOTERAPÉUTICOS (Esquizofrenia/antipsicóticos) ⁸ (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIPSICÓTICOS-ATÍPICOS, AG. PARCIAL DE D2/5HT MIXTOS		
ABILIFY ASIMTUFI 720MG/2.4ML, 960MG/3.2ML	T4	
ABILIFY MYCITE	T4	QL(30 tabs/fill)
<i>aripiprazole</i>	T2	QL(60 tabs/fill)
<i>aripiprazole 1 mg/ml solution</i>	T2	
<i>aripiprazole 2 mg tablet (Abilify)</i>	T1	QL(30 tabs/fill)
<i>aripiprazole 10 mg tablet (Abilify)</i>	T1	QL(30 tabs/fill)
<i>aripiprazole 15 mg tablet (Abilify)</i>	T1	
<i>aripiprazole 20 mg tablet (Abilify)</i>	T1	QL(30 tabs/fill)
<i>aripiprazole 30 mg tablet (Abilify)</i>	T1	QL(30 tabs/fill)
REXULTI	T4	QL(30 tabs/fill)
ANTIPSICÓTICOS, ANTAGONISTAS DE LA DOPAMINA Y LA SEROTONINA		
<i>loxapine succinate</i>	T2	
ANTIPSICÓTICOS, ANTAGONISTAS DE LA DOPAMINA, TIOXANTENOS		
<i>thiothixene</i>	T2	
ANTIPSICÓTICOS, ANTAGONISTAS DE LA DOPAMINA, BUTIROFENONAS		
<i>haloperidol</i>	T1	
<i>haloperidol lactate</i>	T2	
ANTIPSICÓTICOS, ANTAGONISTAS DE LA DOPAMINA, DIHIDROINDOLONAS		
<i>molindone hcl</i>	T2	
ANTIPSICÓTICOS, FENOTIAZINAS		
<i>chlorpromazine hcl</i>	T2	
<i>fluphenazine hcl</i>	T2	
<i>perphenazine</i>	T2	
<i>thioridazine hcl</i>	T2	
<i>trifluoperazine hcl</i>	T2	
SSRI-ANTIPSIC., ATÍPICOS, ANTAG. DE LA DOPAMINA Y LA SEROTONINA		
<i>olanzapine/fluoxetine hcl</i>	T2	
<i>olanzapine/fluoxetine hcl (Symbyax)</i>	T2	
SYMBYAX (<i>olanzapine/fluoxetine hcl</i>)	T4	
MEDICAMENTOS PSICOTERAPÉUTICOS (Trastornos convulsivos)		
NEUROESTEROIDE MODULADOR DEL RECEPTOR GABA-A		
ZTALMY	T4	PA SP

T1 – Genéricos preferidos T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca ST – Tratamiento escalonado HD – Puede requerir entrega a domicilio
T2 – Genéricos no preferidos PA – Autorización previa AGE – Requisito de edad PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos
T3 – Marcas preferidas QL – Límite a la cantidad SP – Medicamentos de especialidad CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

Lista de medicamentos con receta

MEDICAMENTOS PSICOTERAPÉUTICOS (Trastornos del sueño/sedantes)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGENTES PARA EL TRATAMIENTO DE LA NARCOLEPSIA Y LOS TRASTORNOS DEL SUEÑO		
<i>armodafinil</i> (Nuvigil)	T2	PA QL(30 tabs/fill)
<i>modafinil 100 mg tablet</i> (Provigil)	T2	PA QL(30 tabs/fill)
SUNOSI	T3	PA QL(30 tabs/fill)
SEDANTES/HIPNÓTICOS (Trastornos del sueño/sedantes)		
AGENTE TIPO SEDANTE ANTINARCOLEPSIA Y ANTICATAPLEXIA		
LUMRYZ ER	T4	PA SP HD QL (30 packets/30 days)
SODIUM OXYBATE	T4	PA SP HD QL (540ml/30 days)
XYREM	T4	PA QL(540 mls/fill) SP HD
XYWAV	T4	PA QL(540 mls/fill) SP HD
BARBITÚRICOS		
<i>phenobarbital</i>	T2	
<i>secobarbital sodium</i>	T2	QL(30 caps/fill)
HIPNÓTICOS, AGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE LA MELATONINA MT1/MT2		
HETLIOZ	T4	PA QL(30 caps/fill) SP HD
HETLIOZ LQ	T4	PA QL(158 mls/fill) SP HD
<i>ramelteon</i> (Rozerem)	T2	QL(30 tabs/fill)
HIPNÓTICOS SEDANTES - BENZODIAZEPINAS		
estazolam	T2	
<i>flurazepam hcl</i>	T2	
HALCION (<i>triazolam</i>)	T4	
MIDAZOLAM HCL 10 MG/5 ML SYRUP	T4	
<i>midazolam hcl 2 mg/ml syrup</i>	T2	
MIDAZOLAM HCL 5 MG/2.5 ML SYRUP	T4	
RESTORIL (<i>temazepam</i>)	T4	
<i>temazepam</i> (Restoril)	T2	
<i>triazolam</i>	T2	
<i>triazolam</i> (Halcion)	T2	
HIPNÓTICOS SEDANTES, NO BARBITÚRICOS		
BELSOMRA	T4	ST QL(30 tabs/fill)
DAYVIGO	T4	ST
<i>doxepin hcl 3 mg tablet</i> (Silenor)	T2	ST QL(30 tabs/fill)
<i>doxepin hcl 6 mg tablet</i> (Silenor)	T2	ST QL(30 tabs/fill)
EDLUAR	T4	ST QL(30 tabs/fill)
<i>eszopiclone</i> (Lunesta)	T2	QL(30 tabs/fill)

T1 – Genéricos preferidos

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

T2 – Genéricos no preferidos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T3 – Marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

Lista de medicamentos con receta

SEDANTES/HIPNÓTICOS (Trastornos del sueño/sedantes) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
HIPNÓTICOS SEDANTES, NO BARBITÚRICOS (cont.)		
IGALMI	T4	
KETAMINE HCL	T4	
MKO (MIDAZOLAM-KETAMINE-ONDAN)	T4	
QUVIVIQ	T4	ST
SILENOR (<i>doxepin hcl</i>)	T4	ST QL(30 tabs/fill)
<i>zaleplon 10 mg capsule</i>	T2	QL(60 caps/fill)
<i>zaleplon 5 mg capsule</i>	T2	QL(30 caps/fill)
<i>zolpidem tartrate</i>	T2	QL(30 tabs/fill)
<i>zolpidem tartrate (Ambien Cr)</i>	T2	QL(30 tabs/fill)
<i>zolpidem tartrate (Ambien)</i>	T2	QL(30 tabs/fill)
PREPARACIONES CUTÁNEAS (Varias)		
IRRIGANTES		
<i>acetic acid</i>	T2	
<i>neomycin sulf/polymyxin b sulf</i>	T2	
PHYSIOLYTE (<i>physiological irrig soln no.1</i>)	T4	
PHYSIOSOL (<i>physiological irrig soln no.1</i>)	T4	
<i>ringer's solution</i>	T2	
<i>ringer's solution,lactated</i>	T2	
<i>sod,pot chlor/mag/sod,pot phos</i>	T2	
<i>sodium chloride irrig solution</i>	T2	
SORBITOL	T4	
SORBITOL-MANNITOL	T4	
water for irrigation,sterile	T2	
AGENTES OXIDANTES		
<i>hydrogen peroxide</i>	T2	
CONSERVANTES		
<i>formaldehyde</i>	T2	
PREPARACIONES CUTÁNEAS (Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)		
AGENTES ANTIPSORIÁSICOS, SISTÉMICOS		
<i>acitretin</i>	T2	
<i>methoxsalen</i>	T2	
SKYRIZI	T4	PA QL(150 mg/84 days) SP HD
SKYRIZI (2 SYRINGES) KIT	T4	PA QL(150 mg/84 days) SP HD

T1 – Genéricos preferidos T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca ST – Tratamiento escalonad HD – Puede requerir entrega a domicilio
T2 – Genéricos no preferidos PA – Autorización previa AGE – Requisito de edad PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos
T3 – Marcas preferidas QL – Límite a la cantidad SP – Medicamentos de especialidad CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

Lista de medicamentos con receta

PREPARACIONES CUTÁNEAS (Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGENTES ANTIPSORIÁSICOS, SISTÉMICOS (cont.)		
SKYRIZI PEN	T4	PA QL(150 mg/84 days) SP HD
TALTZ AUTOINJECTOR	T4	PA QL(1 ml/28 days) SP HD
TALTZ AUTOINJECTOR (2 PACK)	T4	PA QL(1 ml/28 days) SP HD
TALTZ AUTOINJECTOR (3 PACK)	T4	PA QL(1 ml/28 days) SP HD
TALTZ SYRINGE	T4	PA QL(1 ml/28 days) SP HD
TREMFYA	T4	PA QL SP HD
ANTIINFLAMATORIOS TÓPICOS, ANTIINFLAM. NO ESTEROIDEOS		
<i>diclofenac 2% solution pump (Pennsaid)</i>	T2	
<i>diclofenac sodium 1% gel</i>	T2	ST QL(500 gms/28 days) HD
FLECTOR	T3	ST QL(60 patches/fill) HD
LICART	T3	ST QL(30 patches/fill) HD
PREPARACIONES CUTÁNEAS (Condiciones cutáneas)		
AGENTES ANTIACNÉ, SISTÉMICOS		
ABSORICA (isotretinoin)	T4	ST
isotretinoin (Absorica)	T2	
AGENTES ANTIACNÉ, TÓPICOS		
ACZONE (<i>dapsone</i>)	T4	ST
<i>adapalene/benzoyl peroxide</i>	T2	
<i>adapalene/benzoyl peroxide (Epiduo Forte)</i>	T2	
AZELEX	T4	ST
<i>clindamycin phos/benzoyl perox</i>	T2	
<i>clindamycin phos/benzoyl perox (Acanya)</i>	T2	
<i>clindamycin/tretinoin (Veltin)</i>	T2	
<i>clindamycin/tretinoin (Ziana)</i>	T2	PA
<i>dapsone (Aczone)</i>	T2	
EPIDUO FORTE	T4	ST
EPIDUO FORTE (<i>adapalene/benzoyl peroxide</i>)	T4	ST
KLARON (<i>sulfacetamide sodium</i>)	T4	ST
NEUAC 1.2-5% KIT	T4	ST
<i>neuac gel</i>	T2	
ONEXTON	T3	ST
ONEXTON (<i>clindamycin phos/benzoyl perox</i>)	T4	ST
<i>sulfacetamide sodium (Klaron)</i>	T2	

T1 – Genéricos preferidos T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca ST – Tratamiento escalonado HD – Puede requerir entrega a domicilio
T2 – Genéricos no preferidos PA – Autorización previa AGE – Requisito de edad PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos
T3 – Marcas preferidas QL – Límite a la cantidad SP – Medicamentos de especialidad CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

Lista de medicamentos con receta

PREPARACIONES CUTÁNEAS (Condiciones cutáneas) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIPRURIGINOSOS, TÓPICOS		
<i>doxepin 5% cream</i> (Zonalon)	T2	ST QL(90 gms/30 days)
<i>doxepin hcl</i> (Zonalon)	T2	ST QL(90 gms/30 days)
ZONALON	T4	ST QL(90 gms/30 days)
ZONALON (<i>doxepin hcl</i>)	T4	ST QL(90 gms/30 days)
AGENTES ANTIPSORIÁSICOS		
<i>calcipotriene 0.005% cream</i> (Dovonex)	T2	QL(120 gms/30 days)
<i>calcipotriene 0.005% ointment</i>	T2	QL(120 gms/30 days)
<i>calcipotriene 0.005% solution</i>	T2	QL(120 mls/30 days)
<i>calcitriol 3 mcg/g ointment</i> (Vectical)	T2	
DOVONEX (<i>calcipotriene</i>)	T4	ST QL(120 gms/30 days)
DUOBRII	T4	ST QL(200 gms/30 days)
<i>tazarotene 0.05% gel</i> (Tazorac)	T2	PA
<i>tazarotene 0.1% cream</i> (Tazorac)	T2	PA
<i>tazarotene 0.1% gel</i> (Tazorac)	T2	PA
TWYNEO	T4	PA ST
VECTICAL (<i>calcitriol</i>)	T4	
VTAMA	T4	PA ST QL (1 tube/28 days)
ZIANA (<i>clindamycin/tretinoin</i>)	T4	PA ST
ZORYVE	T4	PA ST QL(60 gms/28 days)
AGENTES ANTISEBORREICOS		
ESKATA	T4	
OVACE (<i>sulfacetamide sodium</i>)	T4	
OVACE PLUS	T4	
OVACE PLUS WASH	T4	
PLEXION NS	T4	
<i>selenium sulfide</i>	T2	
SELRX	T4	
<i>sod sulfacetam 10% clnsng gel</i>	T2	
<i>sod sulfacetamide 10% shampoo</i>	T2	
<i>sod sulfacetamide 9.8% shampoo</i>	T2	
SODIUM SULFACETAMIDE 10% WASH	T4	
<i>sodium sulfacetamide 10% wash</i> (Ovace)	T2	
TERSI FOAM	T4	

T1 – Genéricos preferidos T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca ST – Tratamiento escalonado HD – Puede requerir entrega a domicilio
T2 – Genéricos no preferidos PA – Autorización previa AGE – Requisito de edad PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos
T3 – Marcas preferidas QL – Límite a la cantidad SP – Medicamentos de especialidad CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

Lista de medicamentos con receta

PREPARACIONES CUTÁNEAS (Condiciones cutáneas) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTISÉPTICOS, GENERALES		
ADVOCATE ALCOHOL 70% PREP PADS	T3	
ALCOHOL 70% PREP PADS	T3	
ALCOHOL 70% SWABS	T3	
<i>alcohol 70% swabs</i>	T2	
ALCOHOL 70% WIPES	T3	
<i>alcohol antiseptic pads</i>	T2	
<i>alcohol prep pads</i>	T2	
<i>alcohol swabs</i>	T2	
CARETOUCH ALCOHOL PREP PAD	T3	
CURITY ALCOHOL PREPS	T3	
CVS ALCOHOL 70% PREP PADS	T3	
<i>cvs isopropyl alcohol 70% wipe</i>	T2	
DROPSAFE PREP PADS	T3	
EASY COMFORT ALCOHOL PAD	T3	
EASY TOUCH ALCOHOL PREP PADS	T3	
<i>fifty50 alcohol prep pads</i>	T2	
HM ALCOHOL 70% PREP PADS	T3	
INCONTROL ALCOHOL PADS	T3	
PHARM CHOICE ALCOHOL PREP PADS	T3	
<i>pharm choice alcohol prep pads</i>	T2	
PRO COMFORT ALCOHOL PADS	T3	
PURE COMFORT ALCOHOL PAD	T3	
<i>qc alcohol 70% swabs</i>	T2	
<i>ra alcohol swabs</i>	T2	
RA ISOPROPYL ALCOHOL 70% WIPES	T3	
RELION ALCOHOL 70% SWABS	T3	
SAPS ALCOHOL 70% PREP PADS	T3	
SINGLE USE SWAB	T3	
SM ALCOHOL 70% PREP PADS	T3	
<i>sm alcohol prep pads</i>	T2	
SURE COMFORT ALCOHOL	T3	
SURE-PREP ALCOHOL PREP PADS	T3	
TRUE COMFORT ALCOHOL PADS	T3	
TRUE COMFORT PRO ALCOHOL PADS	T3	

T1 – Genéricos preferidos T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca ST – Tratamiento escalonad HD – Puede requerir entrega a domicilio
T2 – Genéricos no preferidos PA – Autorización previa AGE – Requisito de edad PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos
T3 – Marcas preferidas QL – Límite a la cantidad SP – Medicamentos de especialidad CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

Lista de medicamentos con receta

PREPARACIONES CUTÁNEAS (Condiciones cutáneas) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTISÉPTICOS, GENERALES (cont.)		
ULTILET ALCOHOL SWAB	T3	
<i>v-r alcohol prep pads</i>	T2	
WEBCOL	T3	
ANTISÉPTICOS, VARIOS		
GUAIACOL	T3	
PREPARACIONES PARA ÚLCERAS POR DIABETES, TÓPICAS		
REGRANEX	T3	QL(15 gms/fill)
INMUNOMODULADORES		
<i>imiquimod</i>	T2	
<i>imiquimod (Zyclara)</i>	T2	
RUBEFACIENTES/CONTRAIRRITANTES		
CANTHARIDIN-ACETONE	T4	
<i>methyl salicylate</i>	T2	
INHIBIDORES DE LA QUINASA DE JANUS (JAK)		
CIBINQO	T4	PA QL(30 tabs/30 days) SP
COMBINACIONES DE QUERATOLÍTICOS-GLUCOCORTICOIDES		
VANOXIDE-HC	T4	ST
QUERATOLÍTICOS		
<i>benzepro 6% foaming cloths</i>	T2	
BENZEPRO 7% CREAMY WASH (<i>benzoyl peroxide microspheres</i>)	T4	ST
<i>benzoyl peroxide</i>	T2	
<i>benzoyl peroxide (Pacnex)</i>	T2	
ENZOCLEAR	T4	ST
INOVA	T4	ST
INOVA 4-1	T4	ST
INOVA 8-2	T4	ST
PACNEX (<i>benzoyl peroxide</i>)	T4	ST
<i>podofilox 0.5% gel</i>	T2	ST QL(7 gms/30 days)
<i>podofilox 0.5% topical soln</i>	T2	
PR BENZOYL PEROXIDE (<i>benzoyl peroxide microspheres</i>)	T4	ST
PROTECTORES		
PHARMABASE BARRIER (<i>zinc oxide</i>)	T4	
<i>zinc oxide 20% ointment</i>	T2	
ZINC OXIDE PASTE	T3	

T1 – Genéricos preferidos

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca

ST – Tratamiento escalonad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

T2 – Genéricos no preferidos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T3 – Marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

Lista de medicamentos con receta

PREPARACIONES CUTÁNEAS (Condiciones cutáneas) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGENTES PARA LA ROSÁCEA, TÓPICOS		
<i>azelaic acid</i> (Finacea)	T2	
EPSOLAY	T4	ST
FINACEA 15% FOAM	T3	ST
FINACEA 15% GEL (<i>azelaic acid</i>)	T4	ST
<i>ivermectin 1% cream</i> (Soolantra)	T2	QL(45 gms/30 days)
METROCREAM (<i>metronidazole</i>)	T4	ST
METROGEL (<i>metronidazole</i>)	T4	ST
<i>metronidazole</i>	T2	
<i>metronidazole</i> (Metrocream)	T2	
<i>metronidazole</i> (Metrogel)	T2	
MIRVASO	T3	PA
RHOFADE	T4	PA
<i>rosadan 0.75% cream</i> (Metrocream)	T2	
ROSADAN 0.75% CREAM KIT	T4	ST
<i>rosadan 0.75% gel</i>	T2	
ROSADAN 0.75% GEL KIT	T4	ST
SOOLANTRA (<i>ivermectin</i>)	T4	ST QL(60 gms/30 days)
ADHESIVOS PARA TEJIDOS/HERIDAS		
ARTISS	T4	
SURGISEAL STYLUS	T4	
SURGISEAL TEARDROP	T4	
SURGISEAL TWIST	T4	
TISSEEL VHSD	T4	
TÓP. ANTIINFLAM., INHIB. DE LA FOSFODIESTERASA-4 (PDE4)		
EUCRISA	T3	ST QL(120 gms/30 days)
ZORYVE	T4	
AGENTE ANTIACNÉ TÓPICO, AGONISTA DEL RECEPTOR DE ÁCIDO RETINOICO		
AKLIEF	T4	PA ST
ARAZLO	T4	PA
AGENTES TÓPICOS, VARIOS		
MEDIHONEY	T4	
<i>trichloroacetic acid</i>	T2	
TRICHLOROACETIC ACID 100% (<i>trichloroacetic acid</i>)	T4	
TRICHLOROACETIC ACID 20% (<i>trichloroacetic acid</i>)	T3	

T1 – Genéricos preferidos

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

T2 – Genéricos no preferidos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T3 – Marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

Lista de medicamentos con receta

PREPARACIONES CUTÁNEAS (Condiciones cutáneas) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGENTES TÓPICOS, VARIOS (cont.)		
TRICHLOROACETIC ACID 25%	T4	
TRICHLOROACETIC ACID 30%	T3	
TRICHLOROACETIC ACID 35%	T3	
TRICHLOROACETIC ACID 40%	T3	
TRICHLOROACETIC ACID 50%	T3	
TRICHLOROACETIC ACID 75%	T4	
TRICHLOROACETIC ACID 80%	T3	
TRICHLOROACETIC ACID 85%	T3	
TRICHLOROACETIC ACID 90%	T3	
DERIVADOS DE LA PLEUROMUTILINA, ANTIBIÓTICOS TÓPICOS		
ALTABAX	T4	ST QL(30 gms/fill)
ANTIINFLAMATORIOS ESTEROIDEOS TÓPICOS		
ALA-SCALP (<i>hydrocortisone</i>)	T4	ST
<i>alclometasone dipropionate</i>	T2	
<i>amcinonide</i>	T2	ST
<i>betamethasone dipropionate</i>	T2	
<i>betamethasone va 0.1% cream</i>	T2	
<i>betamethasone va 0.1% lotion</i>	T2	
<i>betamethasone valer 0.1% ointm</i>	T2	
<i>betamethasone valer 0.12% foam</i>	T2	ST
<i>betamethasone/propylene glyc</i>	T2	
betamethasone/propylene glyc (Diprolene)	T2	
BRYHALI	T4	ST
CAPEX SHAMPOO	T4	ST
<i>clobetasol 0.05% cream (Temovate)</i>	T2	QL(120 gms/30 days)
<i>clobetasol 0.05% gel</i>	T2	QL(120 gms/30 days)
<i>clobetasol 0.05% ointment (Temovate)</i>	T2	QL(120 gms/30 days)
<i>clobetasol 0.05% shampoo (Clobex)</i>	T2	ST QL(236 mls/30 days)
<i>clobetasol 0.05% solution</i>	T2	QL(100 mls/30 days)
<i>clobetasol 0.05% topical lotn</i>	T2	ST QL(118 mls/30 days)
<i>clobetasol emollient 0.05% crm</i>	T2	QL(120 gms/30 days)
<i>clobetasol emollnt 0.05% foam</i>	T2	ST QL(100 gms/30 days)
<i>clobetasol prop 0.05% foam (Olux)</i>	T2	ST QL(100 gms/30 days)
<i>clobetasol prop 0.05% spray (Clobex)</i>	T2	ST QL(125 mls/30 days)

T1 – Genéricos preferidos T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca ST – Tratamiento escalonad HD – Puede requerir entrega a domicilio
T2 – Genéricos no preferidos PA – Autorización previa AGE – Requisito de edad PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos
T3 – Marcas preferidas QL – Límite a la cantidad SP – Medicamentos de especialidad CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

Lista de medicamentos con receta

PREPARACIONES CUTÁNEAS (Condiciones cutáneas) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIINFLAMATORIOS ESTEROIDEOS TÓPICOS (cont.)		
<i>clobetasol propionate/emoll</i>	T2	ST QL(100 gms/30 days)
CLOBEX 0.05% SHAMPOO (<i>clobetasol propionate</i>)	T4	ST QL(236 mls/30 days)
CLOBEX 0.05% SPRAY (<i>clobetasol propionate</i>)	T4	ST QL(125 mls/30 days)
<i>clocortolone pivalate</i> (Cloderm)	T2	
<i>clocortolone pivalate 0.1% crm</i> (Cloderm)	T2	
CLODAN 0.05% KIT	T4	ST QL(2 kits/28 days)
<i>clodan 0.05% shampoo</i> (Clobex)	T2	ST QL(236 mls/30 days)
CLODERM	T4	ST
CLODERM (<i>clocortolone pivalate</i>)	T4	ST
CORDRAN 0.025% CREAM	T4	ST QL(120 gms/30 days)
CORDRAN 0.05% CREAM (<i>flurandrenolide</i>)	T4	ST QL(120 gms/30 days)
CORDRAN 0.05% LOTION (<i>flurandrenolide</i>)	T4	ST QL(120 mls/30 days)
CORDRAN 0.05% OINTMENT (<i>flurandrenolide</i>)	T4	ST QL(120 gms/30 days)
CORDRAN 4 MCG/SQ CM TAPE LARGE	T4	ST
CUTIVATE (<i>fluticasone propionate</i>)	T4	ST
DERMA-SMOOTH-FS (<i>fluocinolone acetonide</i>)	T4	ST
DERMA-SMOOTH-FS (<i>fluocinolone/shower cap</i>)	T4	ST
DERMASORB HC	T4	ST
DERMASORB TA	T4	ST
DERMATOP (<i>prednicarbate</i>)	T4	ST
DESONATE (<i>desonide</i>)	T4	ST
<i>desonide</i> (Desonate)	T2	ST
<i>desonide 0.05% cream</i> (Tridesilon)	T2	
<i>desonide 0.05% gel</i> (Desonate)	T2	ST
<i>desonide 0.05% lotion</i>	T2	ST
<i>desonide 0.05% ointment</i>	T2	
<i>desoximetasone</i> (Topicort)	T2	ST
<i>diflorasone diacet/emollient</i>	T2	ST
<i>diflorasone diacetate</i>	T2	ST QL(120 gms/30 days)
DIPROLENE (<i>betamethasone/propylene glyc</i>)	T4	ST
<i>fluocinolone acetonide</i>	T2	
<i>fluocinolone acetonide</i> (Derma-Smooth-Fs)	T2	
<i>fluocinolone acetonide</i> (Synalar)	T2	
<i>fluocinolone/shower cap</i> (Derma-Smooth-Fs)	T2	

T1 – Genéricos preferidos T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca ST – Tratamiento escalonad HD – Puede requerir entrega a domicilio
T2 – Genéricos no preferidos PA – Autorización previa AGE – Requisito de edad PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos
T3 – Marcas preferidas QL – Límite a la cantidad SP – Medicamentos de especialidad CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

Lista de medicamentos con receta

PREPARACIONES CUTÁNEAS (Condiciones cutáneas) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIINFLAMATORIOS ESTEROIDEOS TÓPICOS (cont.)		
<i>fluocinonide 0.05% cream</i>	T2	QL(120 gms/30 days)
<i>fluocinonide 0.05% gel</i>	T2	QL(120 gms/30 days)
<i>fluocinonide 0.05% ointment</i>	T2	QL(120 gms/30 days)
<i>fluocinonide 0.05% solution</i>	T2	QL(120 gms/30 days)
<i>fluocinonide 0.1% cream (Vanos)</i>	T2	ST QL(120 gms/30 days)
<i>fluocinonide/emollient base</i>	T2	QL(120 gms/30 days)
<i>flurandrenolide 0.05% cream (Cordran)</i>	T2	ST QL(120 gms/30 days)
<i>flurandrenolide 0.05% lotion (Cordran)</i>	T2	ST QL(120 mls/30 days)
<i>flurandrenolide 0.05% ointment (Cordran)</i>	T2	ST QL(120 gms/30 days)
<i>fluticasone prop 0.005% oint</i>	T2	
<i>fluticasone prop 0.05% cream (Cutivate)</i>	T2	
<i>fluticasone prop 0.05% lotion (Cutivate)</i>	T2	ST
<i>fluticasone propionate (Cutivate)</i>	T2	ST
<i>halcinonide (Halog)</i>	T2	ST
<i>halobetasol propionate</i>	T2	
<i>halobetasol prop 0.05% cream</i>	T2	
<i>halobetasol prop 0.05% foam</i>	T2	ST
<i>halobetasol prop 0.05% ointmnt</i>	T2	
<i>halobetasol prop 0.05% cream (Ultravate)</i>	T2	
<i>halobetasol prop 0.05% ointmnt (Ultravate)</i>	T2	
HALOG	T4	ST
HALOG (<i>halcinonide</i>)	T4	ST
<i>hydrocort buty 0.1% lipid crm (Locoid Lipocream)</i>	T2	QL(120 gms/30 days)
<i>hydrocort buty 0.1% lipo cream (Locoid Lipocream)</i>	T2	QL(120 gms/30 days)
<i>hydrocort/min oil/petrolat,wht</i>	T2	
<i>hydrocortisone</i>	T2	
<i>hydrocortisone (Ala-Scalp)</i>	T2	
<i>hydrocortisone (Anusol-Hc)</i>	T2	ST QL (10gm/28 days)
<i>hydrocortisone buty 0.1% cream</i>	T2	QL(120 gms/30 days)
<i>hydrocortisone butyr 0.1% lotn (Locoid)</i>	T2	ST QL(118 mls/30 days)
<i>hydrocortisone butyr 0.1% oint</i>	T2	ST
<i>hydrocortisone butyr 0.1% soln</i>	T2	ST QL(120 mls/30 days)
IMPEKLO	T4	ST QL(136 gms/28 days)
KENALOG 0.147 MG/GRAM SPRAY (<i>triamcinolone acetonide</i>)	T4	ST QL(100 gms/30 days)

T1 – Genéricos preferidos T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca ST – Tratamiento escalonad HD – Puede requerir entrega a domicilio
T2 – Genéricos no preferidos PA – Autorización previa AGE – Requisito de edad PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos
T3 – Marcas preferidas QL – Límite a la cantidad SP – Medicamentos de especialidad CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

Lista de medicamentos con receta

PREPARACIONES CUTÁNEAS (Condiciones cutáneas) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIINFLAMATORIOS ESTEROIDEOS TÓPICOS (cont.)		
KENALOG 0.147 MG/GRAM SPRAY (<i>triamcinolone acetonide</i>)	T4	ST QL(100 gms/30 days)
KENALOG 0.147 MG/GRAM SPRAY (<i>triamcinolone acetonide</i>)	T4	ST QL(126 gms/30 days)
<i>mometasone furoate 0.1% cream</i>	T2	
<i>mometasone furoate 0.1% oint</i>	T2	
<i>mometasone furoate 0.1% soln</i>	T2	
<i>nolix 0.05% cream</i> (Cordran)	T2	ST QL(120 gms/30 days)
<i>nolix 0.05% lotion</i> (Cordran)	T2	ST QL(120 mls/30 days)
NUCORT	T4	ST
OLUX (<i>clobetasol propionate</i>)	T4	ST QL(100 gms/30 days)
PANDEL	T4	ST
<i>prednicarbate</i>	T2	
<i>prednicarbate</i> (Dermatop)	T2	
SCALACORT DK	T4	ST
SYNALAR	T4	ST
SYNALAR (<i>fluocinolone acetonide</i>)	T4	ST
SYNALARTS	T4	ST
TEMOVATE (<i>clobetasol propionate</i>)	T4	ST QL(120 gms/30 days)
TEXACORT	T4	ST
TOPICORT 0.05% CREAM (<i>desoximetasone</i>)	T4	ST
TOPICORT 0.05% GEL (<i>desoximetasone</i>)	T4	ST
TOPICORT 0.05% OINTMENT (<i>desoximetasone</i>)	T4	ST
TOPICORT 0.25% CREAM (<i>desoximetasone</i>)	T4	ST
TOPICORT 0.25% OINTMENT (<i>desoximetasone</i>)	T4	ST
<i>triamcinolone 0.025% cream</i>	T2	
<i>triamcinolone 0.025% lotion</i>	T2	
<i>triamcinolone 0.025% oint</i>	T2	
<i>triamcinolone 0.05% ointment</i>	T2	ST
<i>triamcinolone 0.1% cream</i>	T2	
<i>triamcinolone 0.1% lotion</i>	T2	
<i>triamcinolone 0.1% ointment</i>	T2	
<i>triamcinolone 0.147 mg/g spray</i> (Kenalog)	T2	ST QL(126 gms/30 days)
<i>triamcinolone 0.147 mg/g spray</i> (Kenalog)	T2	ST QL(100 gms/30 days)
<i>triamcinolone 0.5% cream</i>	T2	
<i>triamcinolone 0.5% ointment</i>	T2	

T1 – Genéricos preferidos

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

T2 – Genéricos no preferidos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T3 – Marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

Lista de medicamentos con receta

PREPARACIONES CUTÁNEAS (Condiciones cutáneas) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIINFLAMATORIOS ESTEROIDEOS TÓPICOS (cont.)		
<i>triamcinolone acetonide</i>	T2	ST
<i>triderm 0.1% cream</i>	T2	
<i>triderm 0.5% cream</i>	T2	ST
TRIDESILON (<i>desonide</i>)	T4	ST
ULTRAVATE X	T4	ST
ANTIINFLAMATORIOS ESTEROIDEOS TÓPICOS-ANESTÉSICOS LOCALES		
ANALPRAM HC 2.5%-1% LOTION (<i>hydrocortisone/pramoxine</i>)	T4	ST
EPIFOAM	T4	ST
<i>hydrocort-pramoxine 2.5-1% cm</i>	T2	ST
<i>lidocaine/hydrocortisone ac</i>	T2	
<i>lidocaine-hc 3-0.5% cream</i>	T2	
PRAMOSONE	T4	ST
ANTIPARASITARIOS TÓPICOS		
<i>lindane</i>	T2	
<i>malathion (Ovide)</i>	T2	
OVIDE (<i>malathion</i>)	T4	
INHIBIDORES DE LA QUINASA DE JANUS (JAK) TÓPICOS		
OPZELURA	T4	PA QL(240 gms/28 days)
PREPARACIONES ANTIBACTERIANAS TÓPICAS		
<i>iodine/potassium iodide</i>	T2	
<i>iodine/sodium iodide</i>	T2	
IODOFLEX	T4	
IODOSORB	T4	
ANÁLOGOS DE VIT. D/ANTIINFLAMATORIOS ESTEROIDEOS TÓPICOS		
<i>calcipotriene/betamethasone (Taclonex)</i>	T2	ST QL(60 gms/30 days)
<i>calcipotriene/betamethasone (Taclonex)</i>	T2	QL(60 gms/30 days)
ENSTILAR	T3	ST QL(60 gms/30 days)
TACLONEX 0.005%-0.064% SUSPENS (<i>calcipotriene/betamethasone</i>)	T4	QL(60 gms/30 days)
TACLONEX OINTMENT (<i>calcipotriene/betamethasone</i>)	T4	ST QL(60 gms/30 days)
WYNZORA	T4	ST QL(60 gms/30 days)
ENZIMAS TÓPICAS/DE LAS MEMBR. MUCOSAS/ SUBCUT.		
SANTYL	T3	QL(180 gms/fill)
DERIVADOS DE LA VITAMINA A		
<i>adapalene 0.1% cream (Differin)</i>	T2	

T1 – Genéricos preferidos

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca

ST – Tratamiento escalonad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

T2 – Genéricos no preferidos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T3 – Marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

Lista de medicamentos con receta

PREPARACIONES CUTÁNEAS (Condiciones cutáneas) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
DERIVADOS DE LA VITAMINA A (cont.)		
ADAPALENE 0.1% LOTION	T4	ST
<i>adapalene 0.1% solution</i>	T2	
<i>adapalene 0.1% swab</i>	T2	ST
<i>adapalene 0.3% gel</i>	T2	
<i>adapalene 0.3% gel pump (Differin)</i>	T2	
ALTRENO	T4	PA
<i>avita 0.025% cream (Retin-A)</i>	T2	PA
AVITA 0.025% GEL	T4	PA
DIFFERIN	T4	ST
DIFFERIN (<i>adapalene</i>)	T4	ST
RETIN-A (<i>tretinoin</i>)	T4	PA
RETIN-A MICRO PUMP 0.06% GEL	T4	PA
RETIN-A MICRO PUMP 0.08% GEL	T4	PA
<i>tretinoin</i>	T2	
<i>tretinoin 0.01% gel (Retin-A)</i>	T2	PA
<i>tretinoin 0.025% cream (Retin-A)</i>	T2	PA
<i>tretinoin 0.025% gel (Retin-A)</i>	T2	PA
<i>tretinoin 0.05% cream (Retin-A)</i>	T2	PA
<i>tretinoin 0.05% gel (Atralin)</i>	T2	PA
<i>tretinoin 0.1% cream (Retin-A)</i>	T2	PA
<i>tretinoin microspheres (Retin-A Micro Pump)</i>	T2	PA
<i>tretinoin microspheres (Retin-A Micro)</i>	T2	PA
TRETIN-X	T4	PA
AGENTES PARA DEJAR DE FUMAR (Productos para dejar de fumar)⁸		
AGENTES PARA DEJAR DE FUMAR (ESTIM. GANGLIONARES, OTROS)		
NICOTROL	T4	QL(180 ds/365 days) PPACA
NICOTROL NS	T4	QL(180 ds/365 days) PPACA
AGENTES PARA DEJAR DE FUMAR-AGONISTA PARCIAL DE LOS RECEPT. DE NICOTINA		
APO-VARENICLINE 0.5 MG TABLET	T3	QL(180 ds/365 days) PPACA
APO-VARENICLINE 1 MG TABLET	T3	QL(180 ds/365 days) PPACA
CHANTIX	T4	QL(180 ds/365 days) PPACA
<i>varenicline starting month box</i>	T2	
AGENTES PARA DEJAR DE FUMAR, OTROS		
<i>bupropion hcl sr 150 mg tablet</i>	T2	QL(180 ds/365 days) PPACA

T1 – Genéricos preferidos T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca ST – Tratamiento escalonado HD – Puede requerir entrega a domicilio
T2 – Genéricos no preferidos PA – Autorización previa AGE – Requisito de edad PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos
T3 – Marcas preferidas QL – Límite a la cantidad SP – Medicamentos de especialidad CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

Lista de medicamentos con receta

PREPARACIONES PARA LA TIROIDES (Agentes hormonales)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
PREPARACIONES ANTITIROIDEAS		
<i>methimazole</i> (Tapazole)	T1	HD
<i>propylthiouracil</i>	T2	HD
TAPAZOLE (<i>methimazole</i>)	T4	HD
HORMONAS TIROIDEAS		
<i>adthyza 120 mg tablet</i>	T2	HD
<i>adthyza 15 mg tablet</i>	T2	HD
<i>adthyza 30 mg tablet</i>	T2	HD
<i>adthyza 60 mg tablet</i>	T2	HD
<i>adthyza 90 mg tablet</i>	T2	HD
ARMOUR THYROID	T3	HD
ERMEZA SOLUTION	T4	ST HD
<i>levothyroxine sodium</i> (Synthroid)	T1	HD
<i>liothyronine sodium</i> (Cytomel)	T2	HD
<i>thyroid, pork</i>	T2	HD
PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (SIDA/VIH)		
INHIBIDORES DEL CITOCROMO P450		
TYBOST	T4	SP
PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Asma/EPOC/condiciones respiratorias)		
FIBROSIS QUÍSTICA - AGENTES OSMÓTICOS, INHALACIÓN		
BRONCHITOL	T4	PA SP HD
FIBROSIS QUÍSTICA-COMB. DE POTENCIADOR DE CFTR Y CORRECTOR		
ORKAMBI 100 MG-125 MG TABLET	T4	PA QL (112 tabs/fill) SP HD
ORKAMBI 100-125 MG GRANULE PKT	T4	PA QL (56 packs/fill) SP HD
ORKAMBI 150-188 MG GRANULE PKT	T4	PA QL (56 packs/fill) SP HD
ORKAMBI 200 MG-125 MG TABLET	T4	PA QL (112 tabs/fill) SP HD
ORKAMBI 75-94 MG GRANULE PKT	T4	PA QL (56 packs/fill) SP HD
SYMDEKO	T4	PA QL (56 tabs/fill) SP HD
TRIKAFTA 80-40-60MG/59.5MG PKT	T4	SP PA HD QL (56 packets/28 days)
TRIKAFTA 100-50-75 MG/75MG PKT	T4	SP PA HD QL (56 packets/28 days)
FIB. QUÍSTICA-POTENCIADOR DE LA REG. DE LA CONduc. TRANSMEMB. (CFTR)		
KALYDECO 150 MG TABLET	T4	PA QL (56 tabs/fill) SP HD
KALYDECO 13.4MG GRANULES PKT	T4	PA SP QL (56 packets/28 days)

T1 – Genéricos preferidos T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca ST – Tratamiento escalonado HD – Puede requerir entrega a domicilio
T2 – Genéricos no preferidos PA – Autorización previa AGE – Requisito de edad PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos
T3 – Marcas preferidas QL – Límite a la cantidad SP – Medicamentos de especialidad CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

Lista de medicamentos con receta

PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Asma/EPOC/condiciones respiratorias) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
FIB. QUÍSTICA-POTENCIADOR DE LA REG. DE LA CONduc. TRANSMEMB. (CFTR) (cont.)		
KALYDECO 5.8 MG GRANULES PKT	T4	PA QL(56 packs/fill) SP HD
KALYDECO 25 MG, 50 MG, 75 MG GRANULES PACKET	T4	PA QL(56 packs/fill) SP HD
SURFACTANTES PULMONARES		
CUROSURF	T4	
INFASURF	T4	
SURFAXIN	T4	
SURVANTA	T4	
MUCOLÍTICOS		
PULMOZYME	T4	PA SP HD
FIBROSIS PULMONAR - INHIBIDORES DE ENZIMAS SISTÉMICAS		
OFEV	T4	PA QL(60 caps/fill) SP HD
INHIBIDORES DE ENZIMAS SISTÉMICAS		
JOENJA 70 MG TABLET	T4	PA SP QL (60 tabs/30 days)
VIJOICE 50 MG, 125 MG TABLET	T4	PA QL(28 tabs/28 days) SP
VIJOICE 250 MG DAILY DOSE PACK	T4	PA QL(56 tabs/28 days) SP
ZOKINVY	T4	PA QL(120 caps/fill) SP
INHIBIDORES DE LA LINFOPOYETINA ESTROMAL TÍMICA (TSLP)		
TEZSPIRE 210 MG/1.91 ML PEN	T4	SP PA HD QL (1 pen/28 days)
TEZSPIRE 210 MG/1.91 ML SYRING	T4	SP PA HD QL (1 syringe/28 days)
PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Modificadores de la sangre/trastornos hemorrágicos)		
INHIBIDORES DE LA TIROSINA QUINASA DEL BAZO		
TAVALISSE	T4	PA QL(60 tabs/fill) SP
PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Medicamentos para la presión arterial/para el corazón)		
ANTAGONISTAS DEL RECEPTOR DE LA BRADIQUININA B2		
<i>icatibant acetate (Firazyr)</i>	T2	PA SP HD
<i>icatibant acetate (Firazyr)</i>	T2	PA SP
INHIBIDORES DE CALICREÍNA PLASMÁTICA		
ORLADEYO	T4	PA SP
ORLADEYO 110MG CAPSULE	T4	PA SP QL (28 caps/28 days)
ORLADEYO 150MG CAPSULE	T4	PA SP QL (28 caps/28 days)
TAKHZYRO 300MG/2ML	T4	PA SP HD QL (2 units/28 days)

T1 – Genéricos preferidos T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca ST – Tratamiento escalonado HD – Puede requerir entrega a domicilio
T2 – Genéricos no preferidos PA – Autorización previa AGE – Requisito de edad PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos
T3 – Marcas preferidas QL – Límite a la cantidad SP – Medicamentos de especialidad CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

Lista de medicamentos con receta

PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Cáncer)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGENTES DE RESCATE/ANTÍDOTOS PARA QUIMIOTERAPIA		
<i>leucovorin calcium</i>	T2	CSL
MESNEX	T4	SP CSL
VISTOGARD	T4	PA QL(20 packs/30 days) SP CSL
RADIOFÁRMACOS DE USO TERAPÉUTICO		
SODIUM IODIDE I-123	T4	CSL
PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Productos dentales)		
PREPARACIONES Y AYUDAS DENTALES		
<i>chlorhexidine gluconate (Peridex)</i>	T1	
PERIDEX (<i>chlorhexidine gluconate</i>)	T4	
<i>triamcinolone 0.1% paste</i>	T2	
<i>triamcinolone acetonide</i>	T2	
INHIBIDORES DE LA COLAGENASA PERIODONTAL		
<i>doxycycline hyclate 20 mg tab</i>	T2	
PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Disfunción eréctil)		
MEDICAMENTOS PARA TRATAR LA DISFUNCIÓN ERÉCTIL (ED)		
CAVERJECT 20 MCG VIAL	T2	PA QL(12 vials/fill)
CAVERJECT 40 MCG VIAL	T2	PA QL(12 vials/fill)
CAVERJECT IMPULSE 10 MCG KIT	T2	PA QL(12 kits/fill)
CAVERJECT IMPULSE 10 MCG SYRNG	T2	PA QL(12 syringes/fill)
CAVERJECT IMPULSE 20 MCG KIT	T2	PA QL(12 kits/fill)
CAVERJECT IMPULSE 20 MCG SYRNG	T2	PA QL(12 syringes/fill)
CIALIS (<i>tadalafil</i>)	T4	PA QL(8 tabs/30 days)
EDEX 10 MCG CARTRIDGE 2-PK KIT	T3	PA QL(6 kits/fill)
EDEX 10 MCG CARTRIDGE 6-PK KIT	T3	PA QL(2 kits/fill)
EDEX 20 MCG CARTRIDGE 2-PK KIT	T3	PA QL(6 kits/fill)
EDEX 20 MCG CARTRIDGE 6-PK KIT	T3	PA QL(2 kits/fill)
EDEX 40 MCG CARTRIDGE 2-PK KIT	T3	PA QL(6 kits/fill)
EDEX 40 MCG CARTRIDGE 6-PK KIT	T3	PA QL(2 kits/fill)
IFE-BIMIX 30/1	T3	
LEVITRA (<i>ildenafil hcl</i>)	T3	PA QL(8 tabs/fill)
MUSE	T2	PA QL(12 supps/fill)
PAPAVERINE-PHENTOLAMINE	T3	
PAPAVERINE-PHENTOLMN-ALPROSTD	T3	

T1 – Genéricos preferidos T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca ST – Tratamiento escalonado HD – Puede requerir entrega a domicilio
T2 – Genéricos no preferidos PA – Autorización previa AGE – Requisito de edad PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos
T3 – Marcas preferidas QL – Límite a la cantidad SP – Medicamentos de especialidad CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

Lista de medicamentos con receta

PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Disfunción eréctil) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
MEDICAMENTOS PARA TRATAR LA DISFUNCIÓN ERÉCTIL (ED) (cont.)		
STENDRA	T3	PA QL(8 tabs/fill)
tadalafil 2.5 mg tablet	T2	PA QL(30 tabs/30 days)
tadalafil 5 mg tablet (Cialis)	T2	
tadalafil 10 mg tablet (Cialis)	T2	
tadalafil 20 mg tablet (Cialis)	T2	
TRI-MIX (PAPVRN-PHNTLMN-PGE1)	T3	
vardenafil hcl	T2	PA QL(8 tabs/fill)
vardenafil hcl (Levitra)	T2	PA QL(8 tabs/fill)
VIAGRA (sildenafil citrate)	T4	PA QL(8 tabs/fill)
PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Condiciones oculares)		
AGONISTA PARCIAL DE RECEPTORES NICOTÍNICOS, ALFA4-BETA2		
TYRWAYA	T4	PA
PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Condiciones gastrointestinales/pirosis)		
AGENTES PARA USO ESTOMATOLÓGICO		
PROTHELIAL	T4	
SILATRIX	T4	
KIT PARA PREPARAR COMPUESTOS		
FIRST-MOUTHWASH BLM	T4	
AGENTES ORALES PARA LA MUCOSITIS/ESTOMATITIS		
GELCLAIR	T4	
GELX	T4	
ORAMAGICRX	T4	
AGENTES ANTIINFLAMATORIOS ORALES PARA LA MUCOSITIS/ESTOMATITIS		
EPISIL	T4	
AGENTES ESTIMULANTES DE LA SALIVA		
NUMOISYN	T4	
AGENTES SUSTITUTOS DE LA SALIVA		
AQUORAL	T4	
BOCASAL	T4	
CAPHOSOL	T4	
MUCOSITISRX	T4	
NEUTRASAL	T4	

T1 – Genéricos preferidos T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca ST – Tratamiento escalonad HD – Puede requerir entrega a domicilio
T2 – Genéricos no preferidos PA – Autorización previa AGE – Requisito de edad PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos
T3 – Marcas preferidas QL – Límite a la cantidad SP – Medicamentos de especialidad CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

Lista de medicamentos con receta

PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Condiciones gastrointestinales/pirosis) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGENTES SUSTITUTOS DE LA SALIVA (cont.)		
NUMOISYN	T4	
SALIVAMAX	T4	
PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Agentes hormonales)		
ANTAGONISTAS DE RECEPTORES DE LA HORMONA DE CRECIMIENTO		
SOMAVERT	T4	PA SP HD
AGENTES PARA EL TRAT. DEL HIPERPARATIROID. - TIPO ANÁLOGO DE VITAMINA D		
<i>doxercalciferol</i>	T2	ST
<i>paricalcitol</i>	T2	ST SP HD
<i>paricalcitol (Zemplar)</i>	T2	ST SP HD
RAYALDEE	T4	ST
ZEMPLAR (<i>paricalcitol</i>)	T4	ST SP HD
PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Varios)		
ABORTIVOS-ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE LA PROGESTERONA		
MIFEPREX	T4	
<i>mifepristone 200 mg tablet</i>	T2	
INHIBIDORES DE AMONIACO		
CARBAGLU	T4	PA SP HD
<i>carglumic acid</i>	T2	PA SP HD
PHEBURANE	T4	PA SP
AGENTES PARA LA AMILOIDOSIS-SUPRESIÓN DE LA TRANSTIRETINA (TTR)		
TEGSEDI	T4	PA SP HD QL (4 syr/28 days)
PREPARACIONES ANTIALCOHÓLICAS		
<i>acamprosate calcium</i>	T2	
<i>disulfiram</i>	T2	
TRATAMIENTO ANTIFIBRÓTICO - ANÁLOGOS DE LA PIRIDONA		
<i>pirfenidone 267mg capsules</i>	T2	PA SP HD QL (270 caps/30 days)
<i>pirfenidone 267 mg tablet (Esbriet)</i>	T2	
<i>pirfenidone 801 mg tablet (Esbriet)</i>	T2	
INHIBIDORES DE LA ESTERASA CI		
HAEGARDA	T4	PA SP HD
HAEGARDA 2,000UNIT VIAL	T4	PA SP HD QL (24 vials/28 days)
HAEGARDA 3,000UNIT VIAL	T4	PA SP HD QL (16 vials/28 days)
CALCIMIMÉTICO, POTENCIADOR DEL CALCIO PARATIROIDEO		
<i>cinacalcet hcl (Sensipar)</i>	T2	PA SP

T1 – Genéricos preferidos T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca ST – Tratamiento escalonado HD – Puede requerir entrega a domicilio
T2 – Genéricos no preferidos PA – Autorización previa AGE – Requisito de edad PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos
T3 – Marcas preferidas QL – Límite a la cantidad SP – Medicamentos de especialidad CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

Lista de medicamentos con receta

PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Varios) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
KIT PARA PREPARAR COMPUESTOS		
FIRST-MOUTHWASH BLM	T4	
AGENTES CRIOPRESERVANTES		
<i>dimethyl sulfoxide</i>	T2	
MEDICAMENTOS PARA TRATAR LA TIROSINEMIA HEREDITARIA		
<i>nitisinone</i> (Orfadin)	T2	PA SP HD
NITYR	T4	PA SP
ORFADIN	T4	PA SP
ORFADIN (<i>nitisinone</i>)	T4	PA SP
MEDICAMENTOS PARA TRATAR DIAG. DE GAUCHER TIPO I, REDUCTORES DE SUSTRATOS		
CERDELGA	T4	PA SP HD QL (56 caps/28 days)
ALÉRGENOS E IRRITANTES AMBIENTALES, OTROS		
T.R.U.E. TEST	T4	
AGENTES PARA INHALACIÓN GENERALES		
HYPER-SAL	T4	
<i>nebusal 3% vial</i>	T2	
NEBUSAL 6% VIAL	T4	
<i>sodium chloride for inhalation</i>	T2	
TRATAMIENTO DE TRASTORNO GENÉTICO - TRATAMIENTO POR DEFICIENCIA DE PROTEÍNA SMN		
EVRYSDI	T4	PA QL(240 mls/fill) SP HD
INHIBIDOR DE LA GLUCOSILCERAMIDA SINTASA (GCS)		
<i>miglustat</i> (Zavesca)	T2	PA QL(90 caps/30 days) sp
OPFOLDA	T4	PA QL(8 caps/fill) SP HD
MEDICAMENTOS HOMEOPÁTICOS		
VERTIGOHEEL	T4	
SUPRESORES DE LOS SÍNTOMAS MENOPÁUSICOS - ANTAG. DEL RECEPT. NK3		
VEOZAH	T4	
SUPRESORES DE LOS SÍNTOMAS MENOPÁUSICOS - SSRI		
<i>paroxetine mesylate</i> (Brisdelle)	T2	ST QL(30 caps/fill) HD
REEMPLAZO ENZIMÁTICO PARA ENFERMEDADES METABÓLICAS, HIPOFOSFATASIA		
STRENSIQ	T4	PA SP
AGENTES PARA TRATAR LA INTOXIC. POR METALES		
CHEMET	T3	PA
<i>deferasirox</i> (Exjade)	T2	PA SP HD
<i>deferasirox</i> (Jadenu Sprinkle)	T2	PA SP HD
<i>deferasirox</i> (Jadenu)	T2	PA SP HD

T1 – Genéricos preferidos T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca ST – Tratamiento escalonado HD – Puede requerir entrega a domicilio
T2 – Genéricos no preferidos PA – Autorización previa AGE – Requisito de edad PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos
T3 – Marcas preferidas QL – Límite a la cantidad SP – Medicamentos de especialidad CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

Lista de medicamentos con receta

PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Varios) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGENTES PARA TRATAR LA INTOXIC. POR METALES (cont.)		
<i>deferiprone</i> (Ferriprox (3 Times A Day))	T2	PA SP HD
<i>deferiprone</i> (Ferriprox)	T2	PA SP HD
FERRIPROX	T4	PA SP
FERRIPROX (2 TIMES A DAY)	T4	PA SP
FERRIPROX (3 TIMES A DAY) (<i>deferiprone</i>)	T4	PA SP
FERRIPROX 1,000 MG TABLET (<i>deferiprone</i>)	T4	PA SP
FERRIPROX 100 MG/ML SOLUTION	T4	PA SP
FERRIPROX 500 MG TABLET (<i>deferiprone</i>)	T4	PA SP
GALZIN	T4	
RADIOGARDASE	T4	
SYPRINE (<i>trientine hcl</i>)	T4	PA SP HD
<i>trientine hcl</i> (Syprine)	T2	PA SP HD
PÉPTIDOS NATRIURÉTICOS		
VOXZOGO	T4	PA SP HD
CHAPERÓN FARMACOLÓGICO-ESTAB. DE LA ALFA-GALACTOSIDASA A		
GALAFOLD	T4	PA QL(15 caps/fill) SP HD
AGENTE PARA TRATAR LA FENILCETONURIA-COFACTOR DE LA FENILALANINA HIDROXILASA		
<i>sapropterin dihydrochloride</i> (Kuvan)	T2	PA SP
<i>sapropterin dihydrochloride</i> (Kuvan)	T2	PA SP HD
ESTABILIZADORES DE PROTEÍNAS		
VYNDAMAX	T4	PA SP HD
VYNDAQEL	T4	PA SP HD
AGONISTAS DEL RECEPTOR DE ÁCIDO RETINOICO (RAR)		
SOHONOS 1 MG CAPSULE	T4	PA QL(112 caps/fill) SP
SOHONOS 1.5 MG CAPSULE	T4	PA QL(112 caps/fill) SP
SOHONOS 10 MG CAPSULE	T4	PA QL(56 caps/fill) SP
SOHONOS 2.5 MG CAPSULE	T4	PA QL(140 caps/fill) SP
SOHONOS 5 MG CAPSULE	T4	PA QL(84 caps/fill) SP
SOLVENTES		
CVS ISOPROPYL ALCOHOL 91%	T4	
<i>cvs isopropyl alcohol 91%</i>	T2	
CVS ISOPROPYL RUB ALCOHOL 70%	T4	
<i>cvs isopropyl rub alcohol 70%</i>	T2	

T1 – Genéricos preferidos T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca ST – Tratamiento escalonado HD – Puede requerir entrega a domicilio
T2 – Genéricos no preferidos PA – Autorización previa AGE – Requisito de edad PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos
T3 – Marcas preferidas QL – Límite a la cantidad SP – Medicamentos de especialidad CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

Lista de medicamentos con receta

PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Varios) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
SOLVENTES (cont.)		
<i>eql isopropyl alcohol 91%</i>	T2	
<i>eql isopropyl rub alcohol 70%</i>	T2	
FT ISOPROPYL ALCOHOL 91%	T4	
FT ISOPROPYL RUB ALCOHOL 70%	T4	
<i>gnp isopropyl alcohol 99%</i>	T2	
<i>hm isopropyl alcohol 70%</i>	T2	
<i>hm isopropyl alcohol 91%</i>	T2	
INSTACLEAN	T3	
ISOPROPANOL	T3	
<i>isopropyl 70% alcohol</i>	T2	
<i>isopropyl alcohol</i>	T2	
<i>isopropyl alcohol 70%</i>	T2	
<i>isopropyl alcohol 91%</i>	T2	
<i>isopropyl alcohol 99%</i>	T2	
<i>isopropyl rubbing alcohol 70%</i>	T2	
ISOPROPYL RUBBING ALCOHOL 70%, 91%	T4	
<i>kro isopropyl alcohol 91%</i>	T2	
MURI-LUBE MINERAL OIL	T3	
<i>polyethylene glycol</i>	T2	
<i>qc isopropyl alcohol 91%</i>	T2	
<i>qc isopropyl rubbing alcohol</i>	T2	
<i>ra isopropyl alcohol 70%</i>	T2	
<i>ra isopropyl alcohol 91%</i>	T2	
<i>sm isopropyl alcohol 70%</i>	T2	
SM ISOPROPYL ALCOHOL 91%	T4	
<i>sm isopropyl alcohol 91%</i>	T2	
<i>sm isopropyl alcohol 99%</i>	T2	
<i>swan isopropyl alcohol 70%</i>	T2	
EXCIPIENTES		
GELFILM	T4	
HYDROXYPROPYLCELLULOSE	T3	
HYPROMELLOSE	T3	

T1 – Genéricos preferidos T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca ST – Tratamiento escalonad HD – Puede requerir entrega a domicilio
T2 – Genéricos no preferidos PA – Autorización previa AGE – Requisito de edad PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos
T3 – Marcas preferidas QL – Límite a la cantidad SP – Medicamentos de especialidad CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

Lista de medicamentos con receta

PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Nutritivos/alimenticios)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGENTES PARA DEFICIENCIAS METABÓLICAS		
<i>betaine</i> (Cystadane)	T2	PA SP HD
CARNITOR (<i>levocarnitine</i> (with sugar))	T4	
CARNITOR (<i>levocarnitine</i>)	T4	
CARNITOR SF (<i>levocarnitine</i>)	T4	
<i>levocarnitine</i> 4 gm/20 ml vial	T2	
<i>levocarnitine</i> (Carnitor Sf)	T2	
<i>levocarnitine</i> (Carnitor)	T2	
<i>levocarnitine</i> (with sugar) (Carnitor)	T2	
PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Productos para la osteoporosis)		
AGENTES QUE ESTIM. LA FORMACIÓN DE HUESO - HORMONA PARATIROIDEA		
FORTEO (<i>teriparatide</i>)	T4	PA QL(1 pens/28 days) SP HD
<i>teriparatide</i> 600 mcg/2.4ml pen (Forteo)	T2	PA QL(1 pen/28 days) SP HD
TERIPARATIDE 620 MCG/2.48 ML	T4	PA QL(1 pen/28 days) SP HD
COMBINACIONES DE INHIBIDORES DE LA RESORCIÓN ÓSEA Y VITAMINA D		
FOSAMAX PLUS D	T4	ST QL(4 tabs/28 days) HD
INHIBIDORES DE LA RESORCIÓN ÓSEA		
ACTONEL 150 MG TABLET (<i>risedronate sodium</i>)	T4	ST QL(1 tab/30 days) HD
ACTONEL 35 MG TABLET (<i>risedronate sodium</i>)	T4	ST QL(4 tabs/28 days) HD
<i>alendronate sod</i> 70 mg/75 ml	T2	QL(300 mls/28 days) HD
<i>alendronate sodium</i> 5 mg, 10 mg tablet	T1	QL(30 tabs/fill) HD
<i>alendronate sodium</i> 35 mg tab	T1	QL(4 tabs/28 days) HD
<i>alendronate sodium</i> 40 mg tab	T2	HD
<i>alendronate sodium</i> 70 mg tab (Fosamax)	T1	QL(4 tabs/28 days) HD
AELVIA (<i>risedronate sodium</i>)	T4	ST QL(4 tabs/28 days) HD
BINOSTO	T4	ST QL(4 tabs/28 days) HD
EVISTA (<i>raloxifene hcl</i>)	T4	HD
FOSAMAX (<i>alendronate sodium</i>)	T4	ST QL(4 tabs/28 days) HD
<i>ibandronate sodium</i>	T2	QL(1 tab/30 days) HD
<i>raloxifene hcl</i> (Evista)	T2	HD PPACA
<i>risedronate sodium</i> (Atelvia)	T2	QL(4 tabs/28 days) HD
<i>risedronate sodium</i> 150 mg tab (Actonel)	T2	QL(1 tab/30 days) HD
<i>risedronate sodium</i> 30 mg tab	T2	QL(30 tabs/fill) HD
<i>risedronate sodium</i> 35 mg tab (Actonel)	T2	QL(4 tabs/28 days) HD
<i>risedronate sodium</i> 5 mg tablet	T2	QL(30 tabs/fill) HD

T1 – Genéricos preferidos T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca ST – Tratamiento escalonado HD – Puede requerir entrega a domicilio
T2 – Genéricos no preferidos PA – Autorización previa AGE – Requisito de edad PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos
T3 – Marcas preferidas QL – Límite a la cantidad SP – Medicamentos de especialidad CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

Lista de medicamentos con receta

PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
ANTIINFLAM. ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE INTERLEUCINA-1		
ARCALYST	T4	PA QL(4 vls/28 days) SP HD
AGENTES PARA LA FIBROMIALGIA, INHIB. DE LA RECAPT. DE SEROTONINA-NOREPINEFRINA		
SAVELLA 100 MG TABLET	T3	ST QL(60 tabs/fill) HD
SAVELLA 12.5 MG TABLET	T3	ST QL(60 tabs/fill) HD
SAVELLA 25 MG TABLET	T3	ST QL(60 tabs/fill) HD
SAVELLA 50 MG TABLET	T3	ST QL(60 tabs/fill) HD
SAVELLA TITRATION PACK	T3	ST QL(1 pack/30 days) HD
INMUNOMODULADORES, INHIB. ESPECÍF. DE ESTIM. DE LINFOCITOS B (BLYS)		
BENLYSTA	T4	PA QL(4 mls/28 days) SP HD
PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Trastornos convulsivos)		
AGENTES NEUROPÁTICOS		
<i>pregabalin</i> (Lyrica Cr)	T2	PA HD
PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Condiciones cutáneas)		
INHIBIDORES DE LA INTERLEUCINA-13 (IL-13), ANTICUERPOS MONOCLONALES		
ADBRY	T4	PA QL(4 syringes/28 days) SP HD
INHIBIDORES DE LA QUINASA DE JANUS (JAK)		
LITFULO	T4	PA QL(28 caps/28 days) SP HD
AGENTES CICATRIZANTES LOCALES		
FILSUVEZ	T4	SP
PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Abuso de sustancias)		
AGENTES PARA EL TRATAMIENTO PARA LA ABSTINENCIA DE OPIOIDES, TIPO OPIOIDES		
<i>buprenorphine 2 mg tablet sl</i>	T2	
<i>buprenorphine 8 mg tablet sl</i>	T2	
<i>buprenorphine hcl/naloxone hcl</i>	T2	
<i>buprenorphine hcl/naloxone hcl</i> (Suboxone)	T2	
ZUBSOLV	T3	
PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Medicamentos para trasplante)		
INHIBIDORES DE LA QUINASA RHO		
REZUROCK	T4	PA QL(30 tabs/fill) SP
PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Condiciones urinarias)		
AGENTES PARA LA HIPERTROFIA PROSTÁTICA BENIGNA/MICCIÓN		
<i>alfuzosin hcl</i> (Uroxatral)	T2	HD

T1 – Genéricos preferidos T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca ST – Tratamiento escalonad HD – Puede requerir entrega a domicilio
T2 – Genéricos no preferidos PA – Autorización previa AGE – Requisito de edad PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos
T3 – Marcas preferidas QL – Límite a la cantidad SP – Medicamentos de especialidad CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

Lista de medicamentos con receta

PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Condiciones urinarias) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
AGENTES PARA LA HIPERTROFIA PROSTÁTICA BENIGNA/MICCIÓN (cont.)		
<i>dutasteride</i> (Avodart)	T2	ST HD
<i>finasteride</i> (Proscar)	T2	HD
FLOMAX (<i>tamsulosin hcl</i>)	T4	ST HD
PROSCAR (<i>finasteride</i>)	T4	ST HD
<i>silodosin</i> (Rapaflo)	T2	HD
<i>tamsulosin hcl</i> (Flomax)	T1	HD
INHIB. DE LA 5-ALFA REDUCTASA-ANTAG. ADRENÉRGICO ALFAI PARA TRATAR LA HPB		
<i>dutasteride/tamsulosin hcl</i> (Jalyn)	T2	ST HD
JALYN (<i>dutasteride/tamsulosin hcl</i>)	T4	ST HD
AGENTES QUE REDUCEN LA CISTINA, CISTINOSIS NEFROPÁTICA		
CYSTAGON	T4	SP
AGENTES PARA CÁLCULOS RENALES		
THIOLA EC	T4	PA SP
<i>tiopronin</i> (Thiola)	T2	PA SP
<i>tiopronin</i>	T2	PA SP
AGENTES PARA LA VEJIGA HIPERACTIVA, RECEPTORES ADRENÉRGICOS BETA 3		
GEMTESA	T4	HD
MYRBETRIQ	T3	HD
ANTIESPASMÓDICOS DE LAS VÍAS URINARIAS, ANTAG. SELECTIVO DE M(3)		
<i>darifenacin hydrobromide</i>	T2	HD
<i>solifenacin succinate</i> (Vesicare)	T2	HD
AGENTE ANTIESPASMÓDICO/ANTIINCONTINENCIA DE LAS VÍAS URINARIAS		
<i>fesoterodine fumarate</i> (Toviaz)	T2	HD
<i>flavoxate hcl</i>	T2	HD
GELNIQUE	T3	QL (30 packs/fill) HD
<i>oxybutynin chloride</i>	T2	HD
OXYTROL	T4	ST QL (8 patches/28 days) HD
<i>tolterodine tartrate</i> (Detrol La)	T2	HD
<i>tolterodine tartrate</i> (Detrol)	T2	HD
<i>trospium chloride</i>	T2	HD
PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Control del peso)		
ESTIM. DEL APETITO PARA LA ANOREXIA, CAQUEXIA, SÍND. DE DESGASTE		
<i>megestrol 625 mg/5 ml susp</i>	T2	
<i>megestrol acet 40 mg/ml susp</i>	T2	
<i>megestrol acet 400 mg/10 ml</i>	T2	

T1 – Genéricos preferidos T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca ST – Tratamiento escalonado HD – Puede requerir entrega a domicilio
T2 – Genéricos no preferidos PA – Autorización previa AGE – Requisito de edad PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos
T3 – Marcas preferidas QL – Límite a la cantidad SP – Medicamentos de especialidad CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

Lista de medicamentos con receta

VITAMINAS (Nutritivas/alimenticias)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
COMBINACIONES MULTIVITAMÍNICAS ANTIOXIDANTES		
50 PLUS ADULT EYE HEALTH	T4	
<i>a/c/e/zinc ox/cupric ox/lutein</i>	T2	
ADULT 50 PLUS EYE HEALTH	T4	
ANTIOXIDANT FORMULA	T4	
EQ VISION FORMULA TABLET	T3	
<i>eq eye health plus lutein tab</i>	T2	
EYE HEALTH AND LUTEIN	T4	
EYE HEALTH PLUS LUTEIN TABLET	T4	
EYE MULTIVITAMIN	T3	
EYE MULTIVITAMIN WITH LUTEIN	T4	
EYEPROTECT	T4	
<i>gnp healthy eyes tablet</i>	T2	
HEALTHY EYES TABLET	T3	
<i>healthy eyes tablet</i>	T2	
I-CAPS	T3	
ICAPS AREDS FORMULA DR TABLET	T4	
ICAPS AREDS2	T4	
LIPOTRIAD	T4	
LIPOTRIAD VISIONARY	T4	
MACULAR BENEFITS	T4	
MACULAR HEALTH FORMULA	T4	
MACUVEX	T4	
MACUZIN	T4	
MULTI-BETIC	T3	
OCULAR VITAMINS	T4	
OCUVEL	T4	
OCUVITE ADULT 50 PLUS	T3	
OCUVITE WITH LUTEIN	T3	
PRESERVISION AREDS	T3	
PRESERVISION LUTEIN	T3	
VISION FORMULA TABLET	T4	
VISION FORMULA WITH LUTEIN	T4	
VISION OPTIMIZER	T4	
VISTA ADVANCED AREDS2	T4	

T1 – Genéricos preferidos T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca ST – Tratamiento escalonado HD – Puede requerir entrega a domicilio
 T2 – Genéricos no preferidos PA – Autorización previa AGE – Requisito de edad PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos
 T3 – Marcas preferidas QL – Límite a la cantidad SP – Medicamentos de especialidad CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

Lista de medicamentos con receta

VITAMINAS (Nutritivas/alimenticias) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
COMBINACIONES MULTIVITAMÍNICAS ANTIOXIDANTES (cont.)		
<i>vit a/vit c/vit e/zinc/copper</i>	T2	
<i>vits a,c,e/lutein/minerals</i>	T2	
BIOFLAVONOIDES		
<i>bioflav,lemon/vit bcomp,c</i>	T2	
<i>bioflav,lemon/vit bcomp,c (Lipo-Flavonoid Plus)</i>	T2	
CITRUS BIOFLAVONOIDS	T4	
EAR HEALTH PLUS CAPLET	T4	
<i>ear health plus caplet (Lipo-Flavonoid Plus)</i>	T2	
FLOGEN	T4	
INNER EAR PLUS	T4	
LIPO FLAVONOID	T4	
LIPO-FLAVONOID PLUS (<i>bioflav,lemon/vit bcomp,c</i>)	T3	
QUERCETIN	T4	
<i>rutin</i>	T2	
VASCULERA	T4	
VASOFLEX D1	T4	
VENALIV	T4	
PREPARACIONES CON ÁCIDO FÓLICO		
<i>cvs folic acid 800 mcg tablet</i>	T2	PPACA
DENOVO	T4	
DEPLIN-ALGAL OIL (<i>levomefolate/algae oil</i>)	T4	
ENLYTE	T4	
FA-8	T4	
<i>folic acid 0.4 mg tablet</i>	T2	PPACA
<i>folic acid 0.8 mg tablet</i>	T2	PPACA
<i>folic acid 1 mg tablet</i>	T2	
<i>folic acid 1,000 mcg tablet</i>	T2	
FOLIC ACID 20 MG CAPSULE	T4	
<i>folic acid 400 mcg tablet</i>	T2	PPACA
FOLIC ACID 5 MG CAPSULE	T4	
<i>folic acid 5 mg/ml vial</i>	T2	
<i>folic acid 50 mg/10 ml vial</i>	T2	
FOLIC ACID 800 MCG CAPSULE	T4	
<i>folic acid 800 mcg tablet</i>	T2	PPACA

T1 – Genéricos preferidos T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca ST – Tratamiento escalonado HD – Puede requerir entrega a domicilio
T2 – Genéricos no preferidos PA – Autorización previa AGE – Requisito de edad PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos
T3 – Marcas preferidas QL – Límite a la cantidad SP – Medicamentos de especialidad CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

Lista de medicamentos con receta

VITAMINAS (Nutritivas/alimenticias) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
PREPARACIONES CON ÁCIDO FÓLICO (cont.)		
<i>folic acid/b6/ca phos/ginger</i>	T2	
FOLIKA-V	T4	
FOLITE	T4	
GENICIN VITA-Q	T4	
<i>gnp folic acid 400 mcg tablet</i>	T2	PPACA
<i>hm folic acid 400 mcg tablet</i>	T2	PPACA
HYLAZINC	T4	
<i>levomefolate calcium</i>	T2	
<i>levomefolate/algae oil (Deplin-Algal Oil)</i>	T2	
METHYLFOLATE	T4	
<i>ra folic acid 0.4 mg tablet</i>	T2	PPACA
<i>ra folic acid 800 mcg tablet</i>	T2	PPACA
<i>sm folic acid 0.4 mg tablet</i>	T2	PPACA
<i>sm folic acid 400 mcg tablet</i>	T2	PPACA
<i>sv folic acid 800 mcg tablet</i>	T2	PPACA
<i>true folic acid 1600mcg dfe tb</i>	T2	
<i>true folic acid 667 mcg dfe tb</i>	T2	PPACA
XAQUIL XR	T4	
PREPARACIONES DE VITAMINAS GERIÁTRICAS		
<i>a thru z advanced formula tab (Vision Plus Lutein)</i>	T2	
<i>a thru z select tablet (Vision Plus Lutein)</i>	T2	
CENTRUM SILVER CHEWABLE TABLET	T3	
<i>eldertonic elixir</i>	T2	
ELDERTONIC LIQUID	T4	
GERITOL COMPLETE	T3	
GERITOL TONIC	T3	
<i>multivit with iron,minerals</i>	T2	
<i>multivit with minerals/lutein (Vision Plus Lutein)</i>	T2	
REQ49+	T4	
SPECTRAVITE ADULT 50+	T4	
VISION PLUS LUTEIN (<i>multivit with minerals/lutein</i>)	T3	
PREPARACIONES MULTIVITAMÍNICAS		
<i>a thru z advanced formula tab</i>	T2	
A THRU Z MEN'S ULTIMATE TABLET	T3	

T1 – Genéricos preferidos

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

T2 – Genéricos no preferidos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T3 – Marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

Lista de medicamentos con receta

VITAMINAS (Nutritivas/alimenticias) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
PREPARACIONES MULTIVITAMÍNICAS (cont.)		
A THRU Z SELECT MEN 50+ TABLET	T4	
<i>a thru z select multivit tab</i>	T2	
<i>a thru z select multivit tab</i> (Centrum Silver)	T2	
<i>a thru z select multivit tab</i> (Certavite Senior)	T2	
<i>a thru z select tablet</i> (Centrum Silver)	T2	
<i>a thru z select tablet</i> (Certavite Senior)	T2	
<i>a thru z select women's tablet</i>	T2	
<i>a/c/e/zinc/sod selenate/copper</i>	T2	
ABC COMPLETE SENIOR WOMEN'S	T4	
ACTIVNUTRIENTS	T4	
ADEK GUMMIES PLUS ZINC	T4	
ADULT MULTI GUMMIES	T4	
ADULT MULTIVITAMIN GUMMIES	T4	
ADULT ONE DAILY GUMMIES	T4	
ADULTS' DAILY FORMULA	T4	
ADULTS MULTIVITAMIN	T4	
ADVANCED MULTI EA	T4	
ALIVE DAILY SUPPORT PRENATAL	T4	
ALIVE MAX POTENCY	T4	
ALIVE MEN'S 50 PLUS GUMMY	T4	
ALIVE MEN'S ENERGY	T4	
ALIVE MEN'S GUMMY	T4	
ALIVE PREMIUM PRENATAL	T4	
ALIVE WOMEN'S 50 PLUS	T4	
ALIVE WOMEN'S 50 PLUS ULTRA	T4	
ALIVE WOMEN'S ENERGY	T4	
ALIVE WOMEN'S GUMMY VITAMIN	T4	
ALIVE WOMEN'S ULTRA POTENCY	T4	
<i>amino acids/mv,tx,iron,mineral</i>	T2	
AMLADEX	T4	
ANIMI-3	T4	
AQUADEKS	T3	
BACMIN	T4	
BARIATRIC MULTIVITAMINS	T4	

T1 – Genéricos preferidos T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca ST – Tratamiento escalonad HD – Puede requerir entrega a domicilio
T2 – Genéricos no preferidos PA – Autorización previa AGE – Requisito de edad PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos
T3 – Marcas preferidas QL – Límite a la cantidad SP – Medicamentos de especialidad CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

Lista de medicamentos con receta

VITAMINAS (Nutritivas/alimenticias) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
PREPARACIONES MULTIVITAMÍNICAS (cont.)		
<i>b-complex plus vitamin c cplt</i>	T2	
<i>b-complex with vitamin c</i>	T2	
<i>b-complex with vitamin c (Support-500)</i>	T2	
<i>b-complex w-vitamin c caplet</i>	T2	
BEROCCA	T4	
<i>beta-carotene(a)-vits c,e/mins</i>	T2	
BIO-35	T4	
BLADDER 2.2	T3	
BODY, HAIR, SKIN AND NAILS	T4	
CENTRAL-VITE	T4	
CENTRAL-VITE WOMEN'S MATURE (<i>multivit-min/iron/folic/lutein</i>)	T4	
CENTRAVITES ADULTS	T4	
CENTRUM	T3	
CENTRUM ADULT 50 FRESH-FRUITY	T4	
CENTRUM ADULT 50 PLUS	T4	
CENTRUM CHEWABLES ADULTS TAB	T3	
CENTRUM CHEWABLES ADULTS TAB	T4	
CENTRUM COMPLETE	T3	
CENTRUM FLAVOR BURST ADULT	T4	
CENTRUM MEN	T3	
CENTRUM MULTIGUMMIES	T4	
CENTRUM SILVER MEN	T4	
CENTRUM SILVER TABLET (<i>multivit-min/fa/lycopen/lutein</i>)	T4	
CENTRUM SILVER ULTRA MEN'S (<i>multivit-min/fa/lycopen/lutein</i>)	T3	
CENTRUM SILVER WOMEN (<i>multivit-min/iron/folic/lutein</i>)	T4	
CENTRUM SPECIALIST ENERGY	T4	
CENTRUM SPECIALIST HEART	T3	
CENTRUM ULTRA MEN'S	T3	
CENTURY MEN'S	T4	
<i>certavite senior tablet (Centrum Silver)</i>	T2	
<i>certavite senior tablet (Certavite Senior)</i>	T2	
<i>CERTAVITE SENIOR TABLET (multivit-min/fa/lycopen/lutein)</i>	T4	
<i>certavite-antioxidant tablet (Certavite-Antioxidant)</i>	T2	
<i>CERTAVITE-ANTIOXIDANT TABLET (multivitamin/iron/folic acid)</i>	T4	

T1 – Genéricos preferidos

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

T2 – Genéricos no preferidos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T3 – Marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

Lista de medicamentos con receta

VITAMINAS (Nutritivas/alimenticias) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
PREPARACIONES MULTIVITAMÍNICAS (cont.)		
<i>certavite-antioxidant tablet (Tab-A-Vite Multivit With Iron)</i>	T2	
COMPLETE MEN	T3	
COMPLETE MEN 50 PLUS	T4	
COMPLETE MULTIVITAMIN-MINERAL	T4	
CONCEPT DHA (<i>mvn-min75/iron/iron ps/om3/dha</i>)	T4	
CONCEPT OB (<i>mvn-min 74/iron fum/iron/fa</i>)	T4	
CORVITE	T4	
CULTURELLE PROBIOTIC-MULTIVIT	T4	
<i>cvs b-complex-vit c caplet</i>	T2	
CVS DAILY MULTIPLE TABLET	T3	
<i>cvs daily multiple tablet (One-A-Day)</i>	T2	
<i>cvs hair, skin and nails cplt</i>	T2	
<i>cvs one daily essential tablet (Daily-Vite)</i>	T2	
DAILY GUMMIES	T4	
DAILY MULTIVITAMIN	T4	
<i>daily-vite tablet (Daily-Vite)</i>	T2	
DAILY-VITE TABLET (<i>multivitamin with folic acid</i>)	T4	
DAYAVITE	T4	
DECUBI VITE	T4	
DEKAS BARIATRIC	T4	
DEKAS ESSENTIAL	T4	
DEKAS PLUS	T4	
DERMACINRX FOLIFLEX	T4	
DERMACINRX FOLITIN-Z	T4	
DERMACINRX MULTITAM	T4	
DERMACINRX RIBOTIN-E	T4	
DERMACINRX VENEXA	T4	
DERMACINRX VENEXA FE	T4	
DERMACINRX VENTRIXYL	T4	
DERMACINRX VENTRIXYL FE	T4	
DERMACINRX VITRAMYN	T4	
DERMACINRX VITRANOL	T4	
DERMACINRX VITRANOL FE	T4	
DERMACINRX VITREXATE	T4	

T1 – Genéricos preferidos

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca

ST – Tratamiento escalonad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

T2 – Genéricos no preferidos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T3 – Marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

Lista de medicamentos con receta

VITAMINAS (Nutritivas/alimenticias) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
PREPARACIONES MULTIVITAMÍNICAS (cont.)		
DERMACINRX VITREXATE FE	T4	
DERMACINRX ZINTREXYL-C	T4	
DIABETES HEALTH FORMULA	T4	
DIABETIC VITAMIN	T4	
DIALYVITE 800 WITH IRON	T4	
ELON MATRIX 5000 COMPLETE	T4	
ENBRACE HR	T4	
ENDUR-VM IRON-FREE	T4	
ENDUR-VM WITH IRON	T4	
EQ ONE DAILY WOMEN'S HEALTH TB	T4	
EQ ONE DAILY WOMEN'S TABLET	T3	
<i>eq1 one daily men's tablet</i>	T2	
ESSENTIAL MAN	T4	
ESSENTIAL MAN 50+	T4	
ESSENTIAL WOMAN 50+	T4	
ESTROVEN MENOPAUSE	T4	
<i>fa/mv,ca,iron,min/lycopene/lut</i>	T2	
FATIGUE RELIEF COMPLEX (<i>bcomp,c/st.jhn wrt/s.ginsg/pgn</i>)	T4	
FOLAGENT DHA	T4	
FOLAMAX	T4	
FOLAMED DHA	T4	
<i>folic acid/multivit,iron,miner</i>	T2	
<i>folic acid/mv,iron,min/lutein</i>	T2	
FOLIC ACID-VIT B-6-VIT B-12	T4	
<i>folic/mvi ther-min/lycop/lut</i>	T2	
FOLIKA-CI	T4	
FOLIKA-MG	T4	
FORTAVIT	T4	
FREEDAVITE	T4	
GENADEK STEP 1	T4	
GENADEK STEP 2	T4	
GERBER GS PRENATAL NOURISH PLS	T4	
GNP B-COMPLEX PLUS VIT C TAB	T4	
<i>gnp one daily tablet</i>	T2	

T1 – Genéricos preferidos T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca ST – Tratamiento escalonad HD – Puede requerir entrega a domicilio
T2 – Genéricos no preferidos PA – Autorización previa AGE – Requisito de edad PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos
T3 – Marcas preferidas QL – Límite a la cantidad SP – Medicamentos de especialidad CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

Lista de medicamentos con receta

VITAMINAS (Nutritivas/alimenticias) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
PREPARACIONES MULTIVITAMÍNICAS (cont.)		
HAIR FORMULA	T4	
HAIR, SKIN AND NAILS CAPLET	T4	
HAIR, SKIN AND NAILS SOFTGEL	T4	
HAIR, SKIN AND NAILS TABLET (<i>multivitamin/folic acid/biotin</i>)	T4	
HEARTBURN ACID REFLUX	T4	
<i>high potency multivitamin tab</i>	T2	
HIGH POTENCY MULTIVITAMIN TAB	T4	
<i>high potency multivitamin tab (Certavite-Antioxidant)</i>	T2	
<i>high potency multivitamin tab (Tab-A-Vite Multivit With Iron)</i>	T2	
HM HAIR, SKIN AND NAILS TABLET	T4	
HM MEN'S ONE DAILY TABLET	T3	
ICAPS MV	T3	
ICAPS TABLET	T3	
IMMUNERX	T4	
INFUVITE ADULT	T4	
K-PAX IMMUNE SUPPORT	T3	
<i>lecithin/pyridoxine/kelp</i>	T2	
<i>lmeolate/b3/copp/zn/sel/chrom</i>	T2	
MAXIMIN	T4	
MEBOLIC	T4	
MEN 50 PLUS ADVANCED ONE DAILY	T4	
MEN 50 PLUS MULTIVITAMIN	T4	
MEN'S 50 PLUS DAILY FORMULA	T4	
MEN'S 50 PLUS MULTIVITAMIN	T4	
MEN'S DAILY FORMULA	T4	
MEN'S DAILY GUMMIES	T4	
MEN'S DAILY PACK	T4	
MEN'S MULTIVITAMIN	T4	
MONOCAPS	T4	
MULTI FOR HER 50 PLUS	T4	
MULTI FOR HER SOFTGEL	T4	
<i>multi for her tablet</i>	T2	
MULTI PRO	T4	
MULTI-DAY PLUS MINERALS	T4	

T1 – Genéricos preferidos T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca ST – Tratamiento escalonado HD – Puede requerir entrega a domicilio
T2 – Genéricos no preferidos PA – Autorización previa AGE – Requisito de edad PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos
T3 – Marcas preferidas QL – Límite a la cantidad SP – Medicamentos de especialidad CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

Lista de medicamentos con receta

VITAMINAS (Nutritivas/alimenticias) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
PREPARACIONES MULTIVITAMÍNICAS (cont.)		
MULTILEX TABLET	T4	
<i>multilex tablet</i>	T2	
MULTILEX T-M	T4	
<i>multivit 47/iron/folate 1/dha</i>	T2	
<i>multivit infusn,adult 1,vit k</i>	T2	
<i>multivit no.51/iron/folic acid</i>	T2	
<i>multivit with calcium,iron,min</i>	T2	
<i>multivit with iron,minerals</i>	T2	
<i>multivit,calc,mins/iron/folic</i>	T2	
<i>multivit,iron,minerals/lutein</i>	T2	
<i>multivit,stress formula/zinc (Stress Formula With Zinc)</i>	T2	
<i>multivit/iron/folic acid/hb179</i>	T2	
<i>multivitamin</i>	T2	
MULTI-VITAMIN	T4	
<i>multivitamin combination no.55</i>	T2	
<i>multivitamin combination no.56</i>	T2	
MULTIVITAMIN GUMMIES	T4	
MULTIVITAMIN LIQUID	T4	
<i>multivitamin tablet</i>	T2	
<i>multivitamin with folic acid (Daily-Vite)</i>	T2	
<i>multivitamin with iron</i>	T2	
MULTIVITAMIN WITH MINERALS	T4	
<i>multivitamin with minerals</i>	T2	
<i>multivitamin,stress formula</i>	T2	
<i>multivitamin,ther and minerals</i>	T2	
<i>multivitamin,therapeutic</i>	T2	
<i>multivitamin,therapeutic (Oncovite)</i>	T2	
<i>multivitamin/ferrous gluconate</i>	T2	
<i>multivitamin/iron/folic acid (Certavite-Antioxidant)</i>	T2	
<i>multivitamin/iron/folic acid (Tab-A-Vite Multivit With Iron)</i>	T2	
MULTI-VITE	T4	
<i>multivit-min/fa/lycopen/lutein</i>	T2	
<i>multivit-min/fa/lycopen/lutein (Centrum Silver)</i>	T2	
<i>multivit-min/fa/lycopen/lutein (Certavite Senior)</i>	T2	

T1 – Genéricos preferidos

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

T2 – Genéricos no preferidos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T3 – Marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

Lista de medicamentos con receta

VITAMINAS (Nutritivas/alimenticias) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
PREPARACIONES MULTIVITAMÍNICAS (cont.)		
<i>multivit-min/ferrous gluconate</i>	T2	
<i>multivit-min/folic acid/biotin</i>	T2	
<i>multivit-min/iron fum/folic ac</i>	T2	
<i>multivit-min/iron/folic/lutein</i> (Central-Vite Women'S Mature)	T2	
<i>multivit-min/iron/folic/lutein</i> (Centrum Silver Women)	T2	
<i>multivit-min69/iron/folic acid</i>	T2	
<i>multivit-minerals/fa/lycopene</i>	T2	
<i>multivit-minerals/folic acid</i> (One-A-Day)	T2	
<i>multivit-minerals/folic/ginkgo</i>	T2	
<i>multivit-mins no.7/folic acid</i>	T2	
<i>multivit-mins/iron/folic/lycop</i>	T2	
<i>mv, min 59/iron/folic/docusate</i>	T2	
<i>mv,cal,min/iron/folic acid/lut</i>	T2	
<i>mv,iron,min/ginkgo/pan.ginseng</i>	T2	
<i>mv-min/iron/folic ac/vit k/lut</i>	T2	
<i>mv-mins 71/iron/folic no.1/dha</i>	T2	
<i>mv-mins/folic/lycopene/ginkgo</i>	T2	
<i>mv-mn/folic acid/lutein/hrb178</i>	T2	
<i>mvn no.53/iron/folic/dss/dha</i>	T2	
<i>mvn-min 74/iron fum/iron/fa</i> (Concept Ob)	T2	
<i>mvn-min75/iron/iron ps/om3/dha</i> (Concept Dha)	T2	
MVW MODULATR FORM MINI MULTIVT	T4	
NEEVODHA	T4	
NEOVITE	T4	
NESTABS ONE	T4	
NICOMIDE	T4	
NIVA-PLUS (<i>multivit-mins60/iron fum/folic</i>)	T4	
NUTRIVIT	T3	
OB COMPLETE	T4	
OBSTETRIX ONE	T4	
O-CAL FA	T4	
OCUVITE EYE PLUS MULTI	T4	
<i>om-3/dha/epa/b12/fa/b6/phytost</i>	T2	
OMNIVEX	T4	

T1 – Genéricos preferidos

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca

ST – Tratamiento escalonad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

T2 – Genéricos no preferidos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T3 – Marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

Lista de medicamentos con receta

VITAMINAS (Nutritivas/alimenticias) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
PREPARACIONES MULTIVITAMÍNICAS (cont.)		
ONCOVITE (<i>multivitamin,therapeutic</i>)	T3	
ONE DAILY ESSENTIAL TABLET	T4	
<i>one daily essential tablet</i>	T2	
<i>one daily essential tablet (Daily-Vite)</i>	T2	
ONE DAILY HEALTHY WEIGHT	T4	
ONE DAILY MEN'S	T3	
ONE DAILY MEN'S 50 PLUS	T4	
ONE DAILY MEN'S 50 PLUS D3	T4	
ONE DAILY MEN'S HEALTH	T4	
ONE DAILY MEN'S MULTIVITAMIN	T4	
<i>one daily multivit-mineral tab</i>	T2	
ONE DAILY MULTIVITAMIN TABLET	T4	
<i>one daily multivitamin tab</i>	T2	
ONE DAILY MULTIVIT-MINERAL TAB	T4	
<i>one daily multivitamin tablet (Daily-Vite)</i>	T2	
<i>one daily tablet</i>	T2	
ONE DAILY WOMEN 50 PLUS TAB	T4	
ONE DAILY WOMEN'S 50 PLUS ADV	T4	
ONE DAILY WOMEN'S 50+	T3	
ONE DAILY WOMEN'S FORMULA	T4	
<i>one daily women's health tab</i>	T2	
ONE DAILY WOMEN'S MULTIVITAMIN	T4	
ONE-A-DAY (<i>multivit-minerals/folic acid</i>)	T4	
ONE-A-DAY ENERGY	T4	
ONE-A-DAY MEN VITACRAVES	T4	
ONE-A-DAY MENOPAUSE FORMULA	T4	
ONE-A-DAY MEN'S	T3	
ONE-A-DAY MEN'S 50 PLUS	T3	
ONE-A-DAY MEN'S 50 PLUS (<i>mv-mins/folic/lycopene/ginkgo</i>)	T3	
ONE-A-DAY MEN'S COMPLETE	T4	
ONE-A-DAY PROACTIVE 65 PLUS	T4	
ONE-A-DAY VITACRAVES	T4	
ONE-A-DAY VITACRAVES IMMUNITY	T4	
ONE-A-DAY VITACRAVES OMEGA-3	T4	

T1 – Genéricos preferidos T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca ST – Tratamiento escalonado HD – Puede requerir entrega a domicilio
T2 – Genéricos no preferidos PA – Autorización previa AGE – Requisito de edad PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos
T3 – Marcas preferidas QL – Límite a la cantidad SP – Medicamentos de especialidad CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

Lista de medicamentos con receta

VITAMINAS (Nutritivas/alimenticias) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
PREPARACIONES MULTIVITAMÍNICAS (cont.)		
ONE-A-DAY VITACRAVES SOUR	T4	
ONE-A-DAY WEIGHTSMART	T3	
ONE-A-DAY WOMEN VITACRAVES	T4	
ONE-A-DAY WOMEN'S 50 PLUS	T4	
ONE-A-DAY WOMEN'S COMPLETE	T3	
ONE-A-DAY WOMEN'S HEALTHY SKIN	T4	
ONE-A-DAY WOMEN'S PETITES	T4	
ONE-A-DAY WOMEN'S TABLET	T3	
ONE-A-DAY WOMEN'S TABLET	T4	
ONE-DAILY MULTI	T4	
ONE-DAILY MULTI-VIT POWDER PKT	T4	
<i>one-daily multi-vitamin tab</i>	T2	
ONE-DAILY MULTI-VITAMIN-IRON	T4	
ONE-DAILY MULTIVITAMIN-MINERAL	T4	
ONEVITE	T4	
OPTIFAST	T4	
OPTISOURCE	T4	
OPURITY MULTIVITAMIN	T4	
POLY VITAMIN-IRON	T4	
PRENATE AM	T4	
PRENATE CHEWABLE	T4	
PRENATE ESSENTIAL	T4	
PROCERV HP	T4	
PROFOLA	T4	
PRORENAL QD	T3	
PROTECT CARDIO AF	T4	
PROTECT IRON	T4	
PROTECT PLUS SO	T4	
PUREFE OB PLUS	T4	
PUREFE PLUS	T4	
QUINTABS	T4	
QUINTABS-M	T4	
RA MEN'S ONE DAILY TABLET	T3	
<i>ra one daily essential tablet (One-A-Day)</i>	T2	

T1 – Genéricos preferidos T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca ST – Tratamiento escalonado HD – Puede requerir entrega a domicilio
T2 – Genéricos no preferidos PA – Autorización previa AGE – Requisito de edad PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos
T3 – Marcas preferidas QL – Límite a la cantidad SP – Medicamentos de especialidad CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

Lista de medicamentos con receta

VITAMINAS (Nutritivas/alimenticias) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
PREPARACIONES MULTIVITAMÍNICAS (cont.)		
<i>ra one daily women's tablet</i>	T2	
REMEDIENT	T4	
<i>sm b complex with vit c tablet</i>	T2	
<i>sm super b complex-c caplet</i>	T2	
SOLO	T4	
SPECTRAVITE MEN 50 PLUS	T4	
SPECTRAVITE ULTRA MEN 50+	T4	
SPECTRAVITE ULTRA MEN'S	T4	
STRESS B-COMPLEX	T4	
<i>stress formula tablet</i>	T2	
STRESS FORMULA WITH ZINC TAB (<i>multivit, stress formula/zinc</i>)	T4	
<i>stress formula with zinc tab (Stress Formula With Zinc)</i>	T2	
<i>stress-c with zinc tablet (Stress Formula With Zinc)</i>	T2	
STROVITE FORTE (<i>multivit, iron, min 5/folic acid</i>)	T4	
STROVITE ONE	T4	
SUPER GINSENG MULTIVITAMIN	T4	
SUPER MULTIPLE-LOW IRON	T4	
SUPPORT-500 (<i>b-complex with vitamin c</i>)	T4	
SV HAIR, SKIN AND NAILS CAPLET	T4	
TAB-A-VITE MULTIVIT WITH IRON	T4	
<i>tab-a-vite multivit with iron</i>	T2	
TAB-A-VITE MULTIVIT WITH IRON (<i>multivitamin/iron/folic acid</i>)	T4	
THERAGRAN-M PREMIER 50 PLUS	T4	
<i>thera-m caplet</i>	T2	
THERA-M CAPLET	T4	
<i>thera-m tablet</i>	T2	
THERAMILL FORTE	T4	
THERANATAL LACTATION SUPPORT	T4	
THEREMS-H	T3	
TOBAKIENT	T4	
TRUE MULTIVITAMIN	T4	
TRUEPLUS MULTIVITAMIN (<i>multivit-min/folic acid/vit k1</i>)	T4	
UDAMIN SP	T4	
ULTRA FREEDA	T4	

T1 – Genéricos preferidos T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca ST – Tratamiento escalonad HD – Puede requerir entrega a domicilio
T2 – Genéricos no preferidos PA – Autorización previa AGE – Requisito de edad PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos
T3 – Marcas preferidas QL – Límite a la cantidad SP – Medicamentos de especialidad CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

Lista de medicamentos con receta

VITAMINAS (Nutritivas/alimenticias) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
PREPARACIONES MULTIVITAMÍNICAS (cont.)		
VITABEX PLUS	T4	
VITAJOY ADULT MULTI	T4	
<i>vitamin b complex-vit c cap</i> (Support-500)	T2	
<i>vitamin b complex-vit c caplet</i>	T2	
<i>vitamin b complex-vitamin c tb</i>	T2	
VITAMIN D3-ALOE	T4	
<i>vitamins a and d</i>	T2	
VITAMINS A-D-E	T4	
VITREXYL	T4	
VITREXYL PLUS IRON	T4	
VITRUM 50 PLUS SENIOR	T3	
WELLESSE MULTI VITAMIN PLUS	T4	
WOMEN 50 PLUS MULTIVIT ADVANCE	T4	
WOMEN'S 50 PLUS ADVANCED	T4	
WOMEN'S 50 PLUS DAILY FORMULA	T4	
<i>women's daily formula caplet</i>	T2	
WOMEN'S DAILY FORMULA CAPLET	T3	
WOMEN'S DAILY FORMULA TABLET	T4	
WOMENS DAILY GUMMIES	T4	
WOMEN'S DAILY PACK	T4	
WOMEN'S MULTIVITAMIN	T4	
WOMEN'S MULTIVITAMIN W-BIOTIN	T4	
XYZBAC	T4	
ZYVANA	T4	
ZYVIT	T4	
PREPARACIONES DE NIACINA		
<i>cvs niacin 400 mg capsule</i>	T2	
<i>cvs niacin flush free 500 mg</i>	T2	
ENDUR-AMIDE	T4	
ENDUR-THINE	T4	
<i>gnp niacin 250 mg tablet</i>	T2	
<i>gnp niacin 400 mg capsule</i>	T2	
<i>hm niacin tr 250 mg tablet</i> (Slo-Niacin)	T2	
<i>niacin</i>	T2	

T1 – Genéricos preferidos T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca ST – Tratamiento escalonado HD – Puede requerir entrega a domicilio
T2 – Genéricos no preferidos PA – Autorización previa AGE – Requisito de edad PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos
T3 – Marcas preferidas QL – Límite a la cantidad SP – Medicamentos de especialidad CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

Lista de medicamentos con receta

VITAMINAS (Nutritivas/alimenticias) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
PREPARACIONES DE NIACINA (cont.)		
<i>niacin</i> (inositol niacinate)	T2	
<i>niacin</i> (Slo-Niacin)	T2	
<i>niacin 100 mg tablet</i>	T2	
<i>niacin 250 mg tablet</i>	T2	
<i>niacin 50 mg tablet</i>	T2	
<i>niacin 500 mg capsule</i>	T2	
<i>niacin 500 mg capsule sa</i>	T2	
NIACIN 500 MG SOFTGEL	T3	
<i>niacin 500 mg tablet</i>	T2	
<i>niacin 750 mg tablet sa</i> (Slo-Niacin)	T2	
NIACIN ER 1,000 MG TABLET	T3	
<i>niacin er 250 mg tablet</i> (Slo-Niacin)	T2	
<i>niacin er 500 mg caplet</i>	T2	
<i>niacin er 500 mg capsule</i>	T2	
<i>niacin er 500 mg tablet</i>	T2	
<i>niacin flush free 500 mg cap</i>	T2	
NIACIN FLUSH FREE 750 MG CAP	T3	
<i>niacin sa 250 mg capsule</i>	T2	
<i>niacin tr 250 mg capsule</i>	T2	
<i>niacin tr 250 mg tablet</i> (Slo-Niacin)	T2	
<i>niacin tr 500 mg caplet</i>	T2	
<i>niacin tr 500 mg tablet</i>	T2	
<i>niacinamide 500 mg tablet</i>	T2	
NIACINAMIDE ER 500 MG TABLET	T4	
NO FLUSH NIACIN	T4	
<i>ra niacin 100 mg tablet</i>	T2	
RA NIACIN 500 MG TABLET	T4	
<i>ra niacin 500 mg tablet</i>	T2	
SLO-NIACIN 250 MG TABLET (<i>niacin</i>)	T3	
<i>slo-niacin 500 mg tablet</i>	T2	
SLO-NIACIN 750 MG TABLET (<i>niacin</i>)	T3	
<i>sv niacin flush free 500 mg</i>	T2	

T1 – Genéricos preferidos

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca

ST – Tratamiento escalonad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

T2 – Genéricos no preferidos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T3 – Marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

Lista de medicamentos con receta

VITAMINAS (Nutritivas/alimenticias) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
PREPARACIONES DE PANTENOL		
CALCIUM PANTOTHENATE	T4	
PANTETHINE	T4	
PREPARACIONES DE VITAMINAS PEDIÁTRICAS		
ABDEK MULTIVITAMIN	T4	
ANIMAL SHAPES COMPLETE	T4	
AQUADEKS	T3	
CENTRUM KIDS	T4	
CHILD CHEWABLE VITAMN COMPLETE	T4	
CHILD COMPLETE CHEWABLE VITAMN	T4	
CHILD COMPLETE MULTIVITAMIN	T4	
CHILD MULTIVITAMIN PLUS IRON	T4	
CHILDREN MULTIVITAMIN	T4	
<i>children multivitamin chew tab</i>	T2	
CHILDREN MULTIVITAMIN GUMMIES	T4	
CHILDREN MULTIVITAMIN GUMMIES (<i>pediatric multivitamin no.120</i>)	T4	
CHILDREN'S CHEW MULTIVIT-IRON (<i>pedi multivit no.91/iron fum</i>)	T4	
<i>childrens chew vitamin tab</i> (Flintstones With Extra C)	T2	
<i>childrens chew vitamin tab</i> (Flintstones)	T2	
CHILDREN'S CHEWABLE	T4	
CHILDREN'S MULTI-VIT GUMMIES	T4	
CHILDREN'S MULTIVITAMIN GUMMY	T4	
CHILD'S CHEWABLE VITAMIN TAB	T4	
CHILD'S OMEGA-3 DHA MULTIVITAM	T4	
CULTURELLE KIDS PROBIOTIC-MV	T4	
CULTURELLE KIDS PRO-MV-LUTEIN	T4	
CVS CHILD GUMMY DINOS GUMMIES	T4	
<i>cvs gummy dinos vitamin</i>	T4	
DEKAS PLUS	T2	
EMERGEN-C KIDZ	T4	
EQ CHILD MULTIVITAMIN GUMMIES	T4	
FLINTSTONES COMPLETE GUMMIES	T3	
FLINTSTONES COMPLETE TABLET (<i>multivit with iron,minerals</i>)	T4	
FLINTSTONES EXTRA C GUMMIES	T3	
FLINTSTONES EXTRA C TAB CHEW (<i>multivitamin</i>)	T4	

T1 – Genéricos preferidos T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca ST – Tratamiento escalonad HD – Puede requerir entrega a domicilio
T2 – Genéricos no preferidos PA – Autorización previa AGE – Requisito de edad PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos
T3 – Marcas preferidas QL – Límite a la cantidad SP – Medicamentos de especialidad CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

Lista de medicamentos con receta

VITAMINAS (Nutritivas/alimenticias) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
PREPARACIONES DE VITAMINAS PEDIÁTRICAS (cont.)		
FLINTSTONES GUMMIES	T3	
FLINTSTONES GUMMIES CHEW TAB	T3	
FLINTSTONES IMMUNITY SUPPORT	T4	
FLINTSTONES MULTIVIT CHEW TAB (<i>pedi multivit no.25/folic acid</i>)	T4	
FLINTSTONES MULTI-VIT GUMMIES	T4	
FLINTSTONES PLUS CALCIUM	T3	
FLINTSTONES SOUR-GUM CHEW TAB	T3	
FLINTSTONES TAB CHEW	T4	
FLINTSTONES TABLET CHEWABLE (multivitamin)	T3	
FLINTSTONES WITH IRON	T4	
FLORIVA	T3	
FLORIVA PLUS	T4	
GENADEK	T4	
GERBER GROW MIGHTY	T4	
GERBER LIL BRAINIES	T4	
GUMMIES CHILDREN MULTIVITAMIN	T4	
GUMMY	T4	
INFANT-TODDLER MULTIVITAMIN	T4	
INFANT-TODDLER MULTIVIT-IRON	T4	
infant-toddler multivit-iron	T2	
INFANT-TODDLER TRI-VITAMIN	T4	
INFUVITE PEDIATRIC	T3	
JUST 4 KIDZ MULTIVIT-PROBIOTIC	T4	
KIDS COD LIVER OIL +D	T4	
KIDS MULTIVITAMIN-MINERALS	T3	
LIVITA FOR CHILDREN	T4	
M.V.I. PEDIATRIC	T3	
<i>multivit with iron,minerals</i>	T2	
<i>multivit with iron,minerals (Flintstones Complete)</i>	T2	
<i>multivit with iron,minerals (Scooby-Doo)</i>	T2	
<i>multivitamin (Flintstones With Extra C)</i>	T2	
<i>multivitamin (Flintstones)</i>	T2	
<i>multivitamin with iron</i>	T2	
MULTI-VIT-FLOR	T4	

T1 – Genéricos preferidos

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca

ST – Tratamiento escalonad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

T2 – Genéricos no preferidos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T3 – Marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

Lista de medicamentos con receta

VITAMINAS (Nutritivas/alimenticias) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
PREPARACIONES DE VITAMINAS PEDIÁTRICAS (cont.)		
MULTIVIT-FLUOR 0.25 MG TAB CHW	T4	
<i>multivit-fluor 0.25 mg tab chw</i>	T2	PPACA
<i>multivit-fluor 0.25 mg/ml drop</i>	T2	PPACA
<i>multivit-fluor 0.5 mg tab chew</i>	T2	PPACA
MULTIVIT-FLUOR 0.5 MG TAB CHEW	T4	
<i>multivit-fluor 0.5 mg/ml drop</i>	T2	PPACA
<i>multivit-fluoride 1 mg tab chw</i>	T2	PPACA
MULTIVIT-FLUORIDE 1 MG TAB CHW	T4	
MVW COMPLETE FORMLTN PEDIATRIC	T4	
MVW COMPLETE FORMULATION D3000	T4	
MVW COMPLETE FORMULATION D5000	T4	
MVW COMPLETE FORMULTN MULTIVIT	T4	
MVW MODULATR FORMLTN PEDIATRIC	T4	
NANO VM 1-3	T3	
NANO VM 4-8	T3	
NANOVM 9-18	T4	
NANOVM T-F	T4	
NOVAFERRUM PEDIATRIC MV-IRON	T4	
NOVAMV	T4	
ONE-A-DAY KID'S	T4	
ONE-A-DAY TEEN HER VITACRAVES	T4	
ONE-A-DAY TEEN HIM VITACRAVES	T4	
<i>ped mvit a,c,d3 no.21/fluoride</i>	T2	PPACA
<i>pedi multivit 158/iron/vit k1</i>	T2	
<i>pedi multivit 45/fluoride/iron</i>	T2	
<i>pedi multivit no.12 w-fluoride</i>	T2	PPACA
<i>pedi multivit no.159/iron sulf</i>	T2	
<i>pedi multivit no.23/folic acid</i>	T2	
<i>pedi multivit no.25/folic acid (Flintstones)</i>	T2	
PEDIA POLY-VITE	T4	
<i>pedia poly-vite iron 5mg/0.5ml</i>	T2	
PEDIA POLY-VITE WITH IRON DROP	T4	
PEDIA TRI-VITE	T4	
<i>pediatric multivit no.36/iron</i>	T2	

T1 – Genéricos preferidos T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca ST – Tratamiento escalonado HD – Puede requerir entrega a domicilio
T2 – Genéricos no preferidos PA – Autorización previa AGE – Requisito de edad PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos
T3 – Marcas preferidas QL – Límite a la cantidad SP – Medicamentos de especialidad CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

Lista de medicamentos con receta

VITAMINAS (Nutritivas/alimenticias) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
PREPARACIONES DE VITAMINAS PEDIÁTRICAS (cont.)		
<i>pediatric multivitamin no.17</i>	T2	
PEDIATRIC POLY-VITAMIN	T4	
PEDIATRIC POLY-VITAMIN-IRON	T4	
PEDIATRIC POLY-VITE	T4	
PEDIATRIC POLY-VITE WITH IRON	T4	
PEDIATRIC TRI-VITAMIN	T4	
PEDIATRIC TRI-VITE	T4	
POLY-VI-FLOR	T4	
POLY-VI-FLOR WITH IRON	T4	
poly-vi-sol 0.5 ml oral syring	T2	
POLY-VI-SOL 1 ML ENFIT SYRINGE	T4	
POLY-VI-SOL 250MCG-50MG/ML DRP	T4	
POLY-VI-SOL WITH IRON	T4	
POLY-VITA	T4	
POLY-VITA WITH IRON	T4	
QUFLORA	T4	
QUFLORA FE	T4	
SCOOBY-DOO ONE A DAY GUMMIES	T4	
SCOOBY-DOO ONE A DAY TABLET (<i>multivit with iron,minerals</i>)	T3	
TRI-VI-FLOR	T4	
TRI-VI-SOL	T4	
TROPICAL LIQUID NUTRITION (<i>pediatric multivitamin no.118</i>)	T4	
<i>vit a palmitate/vit c/vit d3</i>	T2	
ZOO FRIENDS	T4	
ZOO FRIENDS COMPLETE	T4	
PREPARACIONES DE VITAMINAS A Y D		
cod liver oil softgel	T2	
gnp norwegian cod liver oil	T2	
SV COD LIVER OIL SOFTGEL	T4	
PREPARACIONES DE VITAMINA A		
A-25	T4	
AQUASOL A	T3	
<i>beta-carotene</i>	T2	
<i>cvs vitamin a 2,400 mcg sftgl</i>	T2	

T1 – Genéricos preferidos T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca ST – Tratamiento escalonado HD – Puede requerir entrega a domicilio
T2 – Genéricos no preferidos PA – Autorización previa AGE – Requisito de edad PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos
T3 – Marcas preferidas QL – Límite a la cantidad SP – Medicamentos de especialidad CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

Lista de medicamentos con receta

VITAMINAS (Nutritivas/alimenticias) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
PREPARACIONES DE VITAMINA A (cont.)		
<i>gnp vitamin a 10,000 unit sfgl</i>	T2	
NORWEGIAN COD LIVER OIL SFGL	T4	
PREVENT	T3	
<i>ra vitamin a 10,000 unit sftgl</i>	T2	
VITAMIN A BETA CAROTENE	T4	
<i>vitamin a 10,000 unit capsule</i>	T2	
<i>vitamin a 10,000 unit softgel</i>	T2	
VITAMIN A 10,000 UNIT SOFTGEL	T4	
<i>vitamin a 3,000 mcg softgel</i>	T2	
<i>vitamin a 8,000 unit capsule</i>	T2	
<i>vitamin a 8,000 unit softgel</i>	T2	
VITAMIN A PALMITATE	T4	
<i>vitamin a/vit c/zinc/propolis</i>	T2	
VITAMINS A D	T4	
PREPARACIONES DE VITAMINA B		
5-MTHF PLUS B12	T4	HD
<i>acetylcyst/methylb12/levomefol</i>	T2	HD
ALBA-LYBE	T3	HD
APETEX (<i>vitamin b complex/lysine</i>)	T3	HD
APETIGEN (<i>vitamin b complex/lysine</i>)	T3	HD
ARKALIOX	T4	HD
B ACTIV	T4	HD
<i>b comp no3/folic/c/biotin/zinc</i>	T2	HD
<i>b comp/ferrous gluc/lysin/znox</i>	T2	HD
<i>b complex 11/folic/c/biot/zinc</i>	T2	HD
<i>b complex c no.10/folic acid</i>	T2	HD
<i>b complex capsule</i>	T2	HD
<i>b complex tablet</i>	T2	HD
<i>b complex w-c no.20/folic acid (Virt-Caps)</i>	T2	HD
B-COMPLEX FAST DISSOLVE TABLET	T4	HD
B COMPLEX WITH B-12	T4	HD
B COMPLEX WITH VITAMIN C	T4	HD
B COMPLEX-FOLIC ACID (<i>cyanocobalamin/folic ac/vit b6</i>)	T4	HD
<i>b12/levomefolate calcium/b-6</i>	T2	HD

T1 – Genéricos preferidos T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca ST – Tratamiento escalonado HD – Puede requerir entrega a domicilio
T2 – Genéricos no preferidos PA – Autorización previa AGE – Requisito de edad PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos
T3 – Marcas preferidas QL – Límite a la cantidad SP – Medicamentos de especialidad CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

Lista de medicamentos con receta

VITAMINAS (Nutritivas/alimenticias) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
PREPARACIONES DE VITAMINA B (cont.)		
B-50 COMPLEX	T4	HD
<i>balanced b-100 complex tab sa</i>	T2	HD
<i>b-complex 100 injection</i>	T2	HD
<i>b-complex injection vial</i>	T2	HD
<i>b-complex plus vitamin c cplt (Vita-Bee With C)</i>	T2	HD PPACA
<i>b-complex tablet</i>	T2	HD PPACA
B-COMPLEX WITH B-12	T4	HD
<i>b-complex with b12 tablet</i>	T2	HD
<i>b-complex with vit c caplet (Vita-Bee With C)</i>	T2	HD PPACA
<i>b-complex with vit c tablet (Vita-Bee With C)</i>	T2	HD PPACA
B-COMPLEX-VITAMIN C TR TABLET	T3	HD
BIOTIN 1,000 MCG GUMMIES	T4	HD
<i>biotin 1,000 mcg tablet</i>	T2	HD
BIOTIN 10 MG TABLET	T3	HD
BIOTIN 10,000 MCG SOFTGEL	T4	HD
BIOTIN 10,000 MCG TABLET	T3	HD
<i>biotin 2,500 mcg softgel (Hard Nails)</i>	T2	HD
<i>biotin 300 mcg tablet</i>	T2	HD
BIOTIN 5 MG TABLET	T4	HD
<i>biotin 5,000 mcg capsule (Meribin)</i>	T2	HD
BIOTIN 5,000 MCG FAST DISSOLVE	T4	HD
BIOTIN 5,000 MCG QUICK DISSOLV	T4	HD
<i>biotin 5,000 mcg softgel (Meribin)</i>	T2	HD
BIOTIN 5,000 MCG TABLET	T4	HD
<i>biotin 800 mcg tablet</i>	T2	HD
BIOTIN FORTE 3 MG TABLET	T4	HD
BIOTIN FORTE 5 MG TABLET	T3	HD
BREWER'S YEAST	T4	HD
B-STRESS	T4	HD
CARDIOTEK-RX	T4	HD
CEREFOLIN (<i>vit b12/levomefolate/vit b6/b2</i>)	T4	HD
CEREFOLIN NAC	T4	HD
COMPLEX B-100 ER CAPLET	T4	HD
<i>complex b-100 tablet sa</i>	T2	HD

T1 – Genéricos preferidos T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca ST – Tratamiento escalonado HD – Puede requerir entrega a domicilio
T2 – Genéricos no preferidos PA – Autorización previa AGE – Requisito de edad PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos
T3 – Marcas preferidas QL – Límite a la cantidad SP – Medicamentos de especialidad CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

Lista de medicamentos con receta

VITAMINAS (Nutritivas/alimenticias) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
PREPARACIONES DE VITAMINA B (cont.)		
COMPLEX B-50	T4	HD
CVS BALANCED B-100 TR CAPLET	T4	HD
<i>cvs biotin 1,000 mcg tablet</i>	T2	HD
CVS BIOTIN 10,000 MCG SOFTGEL	T4	HD
<i>cvs super b-complex-vit c cplt (Vita-Bee With C)</i>	T2	HD PPACA
<i>cyanocobalamin/folic ac/vit b6</i>	T2	HD
<i>cyanocobalamin/folic ac/vit b6</i>	T2	HD PPACA
<i>cyanocobalamin/folic ac/vit b6 (Niva-Fol)</i>	T2	HD
CYTO B7	T4	HD
DIALYVITE 3000	T4	HD
DIALYVITE 5000	T4	HD
DIALYVITE 800 CHEWABLE WAFER	T4	HD
DIALYVITE 800 PLUS D	T4	HD
<i>dialyvite 800 tablet</i>	T2	HD PPACA
DIALYVITE 800 WITH ZINC	T4	HD
DIALYVITE 800-ULTRA D	T3	HD
DIALYVITE SUPREME D	T4	HD
ELFOLATE PLUS	T4	HD
ENDUR-B COMPLEX	T4	HD
<i>egl b complex 50 tablet</i>	T2	HD
<i>folic acid/b complex c no.17</i>	T2	HD
<i>folic acid/vit b complex and c</i>	T2	HD PPACA
<i>folic acid/vit b complex and c</i>	T2	HD
<i>folic acid/vit b complex and c (Hylavite)</i>	T2	HD
<i>folic acid/vit b complex and c (Vita-Bee With C)</i>	T2	HD PPACA
<i>folic acid/vit bcomp,c/cu/zinc</i>	T2	HD
FOLIKA-BC	T4	HD
FOLIKA-NC	T4	HD
FOLIKA-T	T4	HD
FOLINIC-PLUS	T4	HD
FOLTX	T4	HD
GENICIN VITA-S	T4	HD
<i>gnp biotin 5,000 mcg capsule (Meribin)</i>	T2	HD
HAIR-SKIN-NAILS	T4	HD

T1 – Genéricos preferidos T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca ST – Tratamiento escalonad HD – Puede requerir entrega a domicilio
T2 – Genéricos no preferidos PA – Autorización previa AGE – Requisito de edad PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos
T3 – Marcas preferidas QL – Límite a la cantidad SP – Medicamentos de especialidad CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

Lista de medicamentos con receta

VITAMINAS (Nutritivas/alimenticias) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
PREPARACIONES DE VITAMINA B (cont.)		
HARD NAILS (<i>biotin</i>)	T4	HD
HM BIOTIN 10,000 MCG TABLET	T4	HD
<i>hm biotin 5,000 mcg capsule</i> (Meribin)	T2	HD
HOMOCYSTEINE FORMULA	T4	HD
HYLAVITE (<i>folic acid/vit b complex and c</i>)	T4	HD
<i>levomefolate/b6/b12/algal oil</i>	T2	HD
LEVOMEFOLATE-NAC-MECOBAL-ALGAL	T4	HD
LEVOMEFOL-PYRIDOXAL-MEC-ALGAL	T4	HD
<i>l-mefol/a-cyst/meb12/algal oil</i>	T2	HD
L-METHYLFOL-ALGAL-NAC-ME-CBL	T4	HD
L-METHYLFOL-ALGAL-P5P-ME-CBL	T4	HD
LORID	T4	HD
LORMATE	T4	HD
<i>mecobal/levomefolat ca/b6 phos</i>	T2	HD
MEDTYCHOLL-B COMPLEX W-LIVER	T4	HD
MEGA BIOTIN	T4	HD
MERIBIN (<i>biotin</i>)	T3	HD
METANX	T4	HD
METHAVER	T4	HD
METHYL PROTECT	T4	HD
MULTIVITAMIN-ZINC-STRESS	T4	HD
NEPHRON FA	T4	HD
NEPHRO-VITE	T3	HD
NIVA-FOL (<i>cyanocobalamin/folic ac/vit b6</i>)	T4	HD
NUFOLA	T4	HD
PODIAPN	T4	HD
POTABA	T4	HD
PRORENAL	T3	HD
QUIN B STRONG	T4	HD
<i>ra balanced b-100 tablet</i>	T2	HD PPACA
<i>ra b-complex-vitamin b-12 tab</i>	T2	HD
<i>ra biotin 2,500 mcg capsule</i> (Hard Nails)	T2	HD
RENAL VITAMIN	T4	HD
RENAL-VITE	T4	HD

T1 – Genéricos preferidos T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca ST – Tratamiento escalonad HD – Puede requerir entrega a domicilio
T2 – Genéricos no preferidos PA – Autorización previa AGE – Requisito de edad PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos
T3 – Marcas preferidas QL – Límite a la cantidad SP – Medicamentos de especialidad CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

Lista de medicamentos con receta

VITAMINAS (Nutritivas/alimenticias) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
PREPARACIONES DE VITAMINA B (cont.)		
RENAPLEX	T4	HD
RENAPLEX-D	T4	HD
RIBOZEL	T4	HD
<i>sm biotin 5,000 mcg capsule (Meribin)</i>	T2	HD
SM BIOTIN 5,000 MCG TABLET	T4	HD
<i>sm stress formula+zinc tablet</i>	T2	HD
<i>super b complex-vit c caplet (Vita-Bee With C)</i>	T2	HD PPACA
<i>super b-50 complex capsule</i>	T2	HD
<i>super b-50 complex capsule</i>	T2	HD PPACA
<i>super quints b-50 tablet</i>	T2	HD PPACA
<i>super quints b-50 tablets</i>	T2	HD
SV BIOTIN 1,000 MCG SOFTGEL	T4	HD
<i>sv biotin 5,000 mcg softgel (Meribin)</i>	T2	HD
TRONVITE	T4	HD
ULTRA B-100 COMPLEX TABLET	T4	HD
<i>ultra b-100 complex tablet</i>	T2	HD
VB7 MAX	T4	HD
VIRT-CAPS (<i>b complex w-c no.20/folic acid</i>)	T4	HD
<i>vit b comp c 19/folic acid/d3</i>	T2	HD PPACA
<i>vit b comp no.3/folic/c/biotin</i>	T2	HD
<i>vit b comp/c/fa/iron sulf/vite</i>	T2	HD PPACA
<i>vit b comp/c/folic/iron/vit e</i>	T2	HD PPACA
<i>vit b complex 100 combo no.2</i>	T2	HD
<i>vit b 12/levomefolate/vit b6/b2 (Cerefolin)</i>	T2	HD
VITA-BEE WITH C (<i>folic acid/vit b complex and c</i>)	T4	HD
VITAL-D RX	T4	HD
VITAJOY BIOTIN	T4	HD
<i>vitamin b complex</i>	T2	HD
<i>vitamin b complex capsule</i>	T2	HD
<i>vitamin b complex softgel</i>	T2	HD
<i>vitamin b complex tablet</i>	T2	HD PPACA
<i>vitamin b complex tablet</i>	T2	HD
<i>vitamin b complex/folic acid</i>	T2	HD PPACA
<i>vitamin b complex/lysine (Apetex)</i>	T2	HD

T1 – Genéricos preferidos T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca ST – Tratamiento escalonado HD – Puede requerir entrega a domicilio
T2 – Genéricos no preferidos PA – Autorización previa AGE – Requisito de edad PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos
T3 – Marcas preferidas QL – Límite a la cantidad SP – Medicamentos de especialidad CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

Lista de medicamentos con receta

VITAMINAS (Nutritivas/alimenticias) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
PREPARACIONES DE VITAMINA B (cont.)		
<i>vitamin b complex/lysine</i> (Apetigen)	T2	HD
<i>vitamin b complex-vitamin c tb</i> (Vita-Bee With C)	T2	HD PPACA
<i>vitamin b-complex c caplet</i>	T2	HD PPACA
VITA-RESPA	T4	HD
VITASURE	T4	HD
WEST-VITE WITH FOLIC ACID	T4	HD
XVITE	T4	HD
ZELDANA	T4	HD
PREPARACIONES DE VITAMINA B1		
CYTO B-1	T4	
<i>thiamine 100 mg tablet</i>	T2	
<i>thiamine 200 mg/2 ml vial</i>	T2	
<i>thiamine 250 mg tablet</i>	T2	
THIAMINE 500 MG TABLET	T4	
<i>thiamine hcl</i>	T2	
<i>thiamine mononitrate</i> (vit b1)	T2	
VITAMIN B1	T4	
PREPARACIONES DE VITAMINA B12		
ABANEU-SL	T4	
APATATE	T3	
B-12 1,000 MCG FAST DISSOLVE	T4	
B-12 1,000 MCG LOZENGE	T4	
B-12 1,000 MCG QUICK DISSOLVE	T4	
<i>b-12 1,000 mcg tablet</i>	T2	
B-12 1,000 MCG/15 ML LIQUID	T3	
<i>b-12 1,000 mcg/15 ml liquid</i>	T2	
<i>b-12 2,500 mcg microlozenge</i>	T2	
<i>b12 2,500 mcg tablet sl</i>	T2	
<i>b-12 2,500 mcg tablet sl</i>	T2	
B-12 3,000 MCG TABLET SL	T4	
<i>b-12 3,000 mcg/ml subling liq</i>	T2	
B-12 5,000 MCG FAST DISSOLVE	T4	
B12 5,000 MCG MICROLOZENGE	T4	
B-12 5,000 MCG MICROLOZENGE	T3	

T1 – Genéricos preferidos T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca ST – Tratamiento escalonad HD – Puede requerir entrega a domicilio
T2 – Genéricos no preferidos PA – Autorización previa AGE – Requisito de edad PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos
T3 – Marcas preferidas QL – Límite a la cantidad SP – Medicamentos de especialidad CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

Lista de medicamentos con receta

VITAMINAS (Nutritivas/alimenticias) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
PREPARACIONES DE VITAMINA B12 (cont.)		
B-12 5,000 MCG ODT	T4	
B-12 5,000 MCG QUICK DISSOLVE	T4	
B-12 5,000 MCG SUBLINGUAL TAB	T4	
B-12 5,000 MCG/ML SUBLING LIQ	T4	
B-12 500 MCG QUICK DISSOLVE TB	T4	
<i>b-12 500 mcg tablet</i>	T2	
B12 ACTIVE	T4	
B-12 DUAL SPECTRUM	T4	
<i>b-12 er 1,000 mcg tab</i>	T2	
B-12 WITH FOLIC ACID	T4	
<i>cvs b-12 1,000 mcg tablet</i>	T2	
CVS B-12 5,000 MCG MICROLOZENG	T4	
CVS B-12 5,000 MCG MICROLOZENG	T3	
CVS VIT B-12 500 MCG LOZENGE	T3	
<i>cvs vit b-12 500 mcg lozenge</i>	T2	
<i>cvs vit b-12 tr 1,000 mcg tab</i>	T2	
<i>cvs vit b-12 tr 2,000 mcg tab</i>	T2	
CVS VIT B12 2,500 MCG SOFT CHW	T4	
CVS VITAMIN B-12 500 MCG GUMMY	T4	
<i>cvs vitamin b-12 500 mcg tab</i>	T2	
CVS VITAMIN B12 5,000 MCG TAB	T4	
<i>cyanocobalamin (vitamin b-12)</i>	T2	QL (4 units/30 days)
<i>cyanocobalamin (vitamin b-12) (Nascobal)</i>	T2	ST QL (4 units/30 days)
<i>eql vitamin b-12 500 mcg tab</i>	T2	
<i>fn vitamin b-12 1,000 mcg tab</i>	T2	
FOLTRATE	T4	
<i>gnp b12 2,500 mcg tablet sl</i>	T2	
<i>gnp vit b-12 er 1,000 mcg tab</i>	T2	
<i>gnp vitamin b-12 500 mcg tab</i>	T2	
<i>hm vit b-12 tr 1,000 mcg tab</i>	T2	
<i>hm vitamin b-12 500 mcg tablet</i>	T2	
<i>hydroxocobalamin</i>	T2	
INTRINSI B12-FOLATE	T4	
METHYL B-12	T4	

T1 – Genéricos preferidos

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca

ST – Tratamiento escalonad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

T2 – Genéricos no preferidos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T3 – Marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

Lista de medicamentos con receta

VITAMINAS (Nutritivas/alimenticias) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
PREPARACIONES DE VITAMINA B12 (cont.)		
METHYLCOBALAMIN	T4	
METHYLCOBALAMIN 5,000 MCG TAB	T4	
MTX SUPPORT	T4	
NASCOBAL (<i>cyanocobalamin (vitamin b-12)</i>)	T3	ST QL(4 units/30 days)
NEURIN-SL	T4	
OPURITY	T4	
<i>ra vit b12 1,000 mcg tab sa</i>	T2	
RA VIT B-12 1,000 MCG/ML LIQ	T4	
<i>ra vitamin b-12 100 mcg tablet</i>	T2	
<i>ra vitamin b12 er 2,000 mcg tb</i>	T2	
RAPID B-12 ENERGY	T4	
<i>sm vitamin b12 1,000 mcg tab</i>	T2	
<i>sm vitamin b-12 100 mcg tablet</i>	T2	
<i>sm vitamin b-12 500 mcg tablet</i>	T2	
<i>sv b-12 2,500 mcg microlozenge</i>	T2	
SV B-12 5,000 MCG MICROLOZENGE	T3	
SV VIT B-12 500 MCG LOZENGE	T3	
<i>sv vitamin b-12 500 mcg tablet</i>	T2	
<i>sv vitamin b12 tr 1,000 mcg tb</i>	T2	
<i>true vitamin b-12 1000 mcg tab</i>	T2	
<i>true vitamin b-12 500 mcg tab</i>	T2	
VIT B-12 500 MCG SUBLING TAB	T4	
VITAMIN B12	T4	
VITAMIN B-12 1,000 MCG SOFTGEL	T4	
<i>vitamin b-12 1,000 mcg tab sl</i>	T2	
<i>vitamin b-12 1,000 mcg tablet</i>	T2	
<i>vitamin b-12 100 mcg tablet</i>	T2	
<i>vitamin b-12 2,000 mcg tab sa</i>	T2	
VITAMIN B-12 2,000 MCG TABLET	T4	
<i>vitamin b-12 2,500 mcg tab sl</i>	T2	
VITAMIN B-12 250 MCG LOZENGE	T4	
<i>vitamin b-12 250 mcg tablet</i>	T2	
VITAMIN B-12 3,000 MCG SL LOZ	T4	
VITAMIN B-12 3,000 MCG SOFTGEL	T4	

T1 – Genéricos preferidos T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca ST – Tratamiento escalonad HD – Puede requerir entrega a domicilio
T2 – Genéricos no preferidos PA – Autorización previa AGE – Requisito de edad PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos
T3 – Marcas preferidas QL – Límite a la cantidad SP – Medicamentos de especialidad CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

Lista de medicamentos con receta

VITAMINAS (Nutritivas/alimenticias) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
PREPARACIONES DE VITAMINA B12 (cont.)		
VITAMIN B-12 3,000 MCG TAB SL	T4	
VITAMIN B-12 5,000 MCG ODT	T4	
VITAMIN B-12 5,000 MCG SOFTGEL	T4	
VITAMIN B-12 5,000 MCG TAB SL	T3	
<i>vitamin b-12 5,000 mcg tab sl</i>	T2	
VITAMIN B-12 5,000 MCG TAB SL	T4	
VITAMIN B-12 5,000 MCG TABLET	T4	
VITAMIN B-12 50 MCG LOZENGE	T4	
VITAMIN B-12 500 MCG LOZENGE	T3	
<i>vitamin b12 50 mcg tablet</i>	T2	
<i>vitamin b12 500 mcg tablet</i>	T2	
VITAMIN B12 2,500 MCG TABLET	T4	
<i>vitamin b-12 500 mcg tablet</i>	T2	
<i>vitamin b-12 tr 1,000 mcg tab</i>	T2	
<i>vitamin b-12 tr 2,000 mcg tab</i>	T2	
VITAMIN B12-FOLIC ACID	T4	
PREPARACIONES DE VITAMINA B2		
CYTO B-2	T4	
<i>riboflavin (vitamin b2)</i>	T2	
<i>riboflavin 100 mg tablet</i>	T2	
RIBOFLAVIN 400 MG TABLET	T4	
<i>riboflavin 50 mg tablet</i>	T2	
PREPARACIONES DE VITAMINA B6		
CHROMIUM PICOLINATE KLB6	T4	
<i>cvs vitamin b-6 100 mg tablet</i>	T2	
<i>eql vitamin b-6 100 mg tablet</i>	T2	
<i>gnp vitamin b-6 100 mg tablet</i>	T2	
<i>pyridoxine 100 mg/ml vial</i>	T2	
<i>pyridoxine 25 mg tablet</i>	T2	
<i>pyridoxine 250 mg tablet</i>	T2	
PYRIDOXINE 50 MG TABLET (<i>pyridoxine hcl (vitamin b6)</i>)	T3	
<i>pyridoxine 50 mg tablet (Pyridoxine Hcl)</i>	T2	
PYRIDOXINE 500 MG TABLET (<i>pyridoxine hcl (vitamin b6)</i>)	T4	
<i>pyridoxine hcl (vitamin b6)</i>	T2	

T1 – Genéricos preferidos T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca ST – Tratamiento escalonado HD – Puede requerir entrega a domicilio
T2 – Genéricos no preferidos PA – Autorización previa AGE – Requisito de edad PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos
T3 – Marcas preferidas QL – Límite a la cantidad SP – Medicamentos de especialidad CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

Lista de medicamentos con receta

VITAMINAS (Nutritivas/alimenticias) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
PREPARACIONES DE VITAMINA B6 (cont.)		
<i>pyridoxine hcl (vitamin b6)</i> (Pyridoxine Hcl)	T2	
<i>ra vitamin b-6 100 mg tablet</i>	T2	
<i>ra vitamin b-6 50 mg tablet</i>	T2	
<i>sm vitamin b-6 100 mg tablet</i>	T2	
<i>sv vitamin b-6 100 mg tablet</i>	T2	
TRUE VITAMIN B-6 10 MG TABLET	T2	
<i>true vitamin b-6 100 mg tablet</i>	T2	
<i>true vitamin b-6 25 mg tablet</i>	T2	
<i>true vitamin b-6 50 mg tablet</i>	T2	
VB6 P5P	T4	
<i>vitamin b-6 100 mg tablet</i>	T2	
<i>vitamin b-6 25 mg tablet</i>	T2	
<i>vitamin b-6 250 mg tablet</i>	T2	
<i>vitamin b-6 50 mg tablet</i>	T2	
PREPARACIONES DE VITAMINA C		
ASCOR	T4	
<i>ascorbate calcium</i>	T2	
<i>ascorbic acid</i>	T2	
<i>ascorbic acid 500 mg tablet</i>	T2	
<i>ascorbic acid 500 mg/ml vial</i>	T2	
ASCORBIC ACID GRANULES	T3	
<i>ascorbic acid/ascorbate sodium</i>	T2	
BIO C 1:1	T4	
<i>c-1,000 mg tablet sa</i>	T2	
<i>cod liver oil tab chewable</i>	T2	
<i>cvs vit c-rose hip 1,000 mg tb</i>	T2	
<i>cvs vit c-rose hip 500 mg chew</i>	T2	
<i>cvs vit c-rose hips 500 mg tab</i>	T2	
<i>cvs vitamin c 1,000 mg caplet</i>	T2	
CVS VITAMIN C 1,000 MG POWDER	T4	
<i>cvs vitamin c 250 mg tablet</i>	T2	
<i>cvs vitamin c 500 mg caplet</i>	T2	
<i>cvs vitamin c 500 mg tablet</i>	T2	
CYTO C	T4	

T1 – Genéricos preferidos T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca ST – Tratamiento escalonad HD – Puede requerir entrega a domicilio
T2 – Genéricos no preferidos PA – Autorización previa AGE – Requisito de edad PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos
T3 – Marcas preferidas QL – Límite a la cantidad SP – Medicamentos de especialidad CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

Lista de medicamentos con receta

VITAMINAS (Nutritivas/alimenticias) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
PREPARACIONES DE VITAMINA C (cont.)		
EMERGEN-C	T4	
EMERGEN-C IMMUNE PLUS	T4	
EMERGEN-C MSM LITE	T4	
<i>eql vitamin c 1,000 mg tablet</i>	T2	
ESSENCE C	T4	
ESTER-C 1,000 MG TABLET	T4	
ESTER-C 500 MG TABLET	T3	
FLEVOXIN	T4	
FRUIT C-100 TABLET CHEWABLE	T4	
<i>fruit c-100 tablet chewable</i>	T2	
FRUIT C-200	T4	
<i>gnp vit c-rose hips 500 mg tab</i>	T2	
<i>gnp vitamin c 1,000 mg tablet</i>	T2	
<i>gnp vitamin c 250 mg tablet</i>	T2	
<i>gnp vitamin c 500 mg tab chew</i>	T2	
<i>gnp vitamin c 500 mg tablet</i>	T2	
<i>gnp vitamin c er 500 mg tablet</i>	T2	
<i>hm vit c-rose hip 1,000 mg tab</i>	T2	
<i>hm vit c-rose hips 500 mg cplt</i>	T2	
<i>hm vitamin c 500 mg tab chew</i>	T2	
LIQUID C	T4	
PAN-C 500	T4	
PERIDIN-C	T3	
<i>ra vit c-rose hips 500 mg tab</i>	T2	
<i>ra vitamin c 1,000 mg tab sa</i>	T2	
<i>ra vitamin c 1,000 mg tablet</i>	T2	
<i>ra vitamin c 250 mg tablet</i>	T2	
<i>ra vitamin c 500 mg chew tab</i>	T2	
<i>ra vitamin c 500 mg tab chew</i>	T2	
<i>ra vitamin c 500 mg tablet</i>	T2	
RA VITAMIN C 53 MG DROP	T4	
<i>ra vitamin c tr 500 mg caplet</i>	T2	
<i>sm vit c-rose hips 500 mg tab</i>	T2	
<i>sm vitamin c 1,000 mg tablet</i>	T2	

T1 – Genéricos preferidos T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca ST – Tratamiento escalonad HD – Puede requerir entrega a domicilio
T2 – Genéricos no preferidos PA – Autorización previa AGE – Requisito de edad PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos
T3 – Marcas preferidas QL – Límite a la cantidad SP – Medicamentos de especialidad CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

Lista de medicamentos con receta

VITAMINAS (Nutritivas/alimenticias) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
PREPARACIONES DE VITAMINA C (cont.)		
<i>sm vitamin c 250 mg tablet</i>	T2	
<i>sm vitamin c 500 mg chew tab</i>	T2	
<i>sm vitamin c 500 mg tab chew</i>	T2	
<i>sm vitamin c 500 mg tablet</i>	T2	
<i>sm vitamin c with rose hips</i>	T2	
SPAN C	T4	
<i>sv vit c-rose hip 1,000 mg tab</i>	T2	
<i>sv vit c-rose hips 1,000 mg tb</i>	T2	
<i>sv vit c-rose hips 500 mg tab</i>	T2	
<i>sv vitamin c 500 mg tab chew</i>	T2	
<i>sv vitamin c tr 1,000 mg tab</i>	T2	
<i>true vitamin c 1,000 mg tablet</i>	T2	
<i>true vitamin c 250 mg tablet</i>	T2	
<i>true vitamin c 500 mg tablet</i>	T2	
<i>vit c-rose hip 1,000 mg caplet</i>	T2	
<i>vit c-rose hips 1,000 mg cplt</i>	T2	
<i>vit c-rose hips 1,000 mg tab</i>	T2	
VIT C-ROSE HIPS 500 MG CHEW TB	T4	
<i>vit c-rose hips 500 mg tablet</i>	T2	
<i>vit c-rose hips tr 1,000 mg</i>	T2	
<i>vit c-rose hips tr 500 mg cplt</i>	T2	
<i>vit c-rose hips tr 500 mg tab</i>	T2	
VITAJoy DAILY C	T4	
<i>vitamin c 1,000 mg caplet</i>	T2	
<i>vitamin c 1,000 mg tablet</i>	T2	
<i>vitamin c 1,500 mg tablet sa</i>	T2	
<i>vitamin c 100 mg tablet</i>	T2	
VITAMIN C 125 MG GUMMIES	T4	
<i>vitamin c 250 mg tablet</i>	T2	
VITAMIN C 250 MG TABLET CHEW	T4	
<i>vitamin c 250 mg tablet chew</i>	T2	
<i>vitamin c 500 mg capsule sa</i>	T2	
<i>vitamin c 500 mg chew tablet</i>	T2	
VITAMIN C 500 MG POWDER PACKET	T4	

T1 – Genéricos preferidos T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca ST – Tratamiento escalonad HD – Puede requerir entrega a domicilio
T2 – Genéricos no preferidos PA – Autorización previa AGE – Requisito de edad PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos
T3 – Marcas preferidas QL – Límite a la cantidad SP – Medicamentos de especialidad CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

Lista de medicamentos con receta

VITAMINAS (Nutritivas/alimenticias) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
PREPARACIONES DE VITAMINA C (cont.)		
VITAMIN C 500 MG SOFTGEL	T4	
<i>vitamin c 500 mg tablet</i>	T2	
<i>vitamin c 500 mg tablet chew</i>	T2	
VITAMIN C 500 MG WAFER	T4	
VITAMIN C 500 MG/15 ML LIQUID	T4	
<i>vitamin c 500 mg/5 ml liquid</i>	T2	
<i>vitamin c drops</i>	T2	
<i>vitamin c er 500 mg capsule</i>	T2	
VITAMIN C FIZZY DRINK	T4	
VITAMIN C POWDER	T4	
<i>vitamin c powder</i>	T2	
<i>vitamin c tr 1,000 mg tablet</i>	T2	
<i>vitamin c tr 500 mg caplet</i>	T2	
<i>vitamin c tr 500 mg tablet</i>	T2	
<i>vitamin c-500 mg tablet</i>	T2	
<i>vitamin c-500 mg tr capsule</i>	T2	
VITAMIN C-BIOFLAVINOIDS-RH	T4	
<i>vitamin c-rose hip 1,000 mg tb</i>	T2	
<i>v-r vitamin c 1,000 mg tablet</i>	T2	
<i>v-r vitamin c 250 mg tab chew</i>	T2	
<i>v-r vitamin c 500 mg tab chew</i>	T2	
XCELLENT C	T4	
ZINC PLUS	T4	
ZINC-VITAMIN C	T4	
PREPARACIONES DE VITAMINA D		
AQUA-D CONCENTRATE	T4	HD
BABY DDROPS	T4	HD
BABY VITAMIN D3	T4	HD
BABY'S SUPER DAILY D3	T4	HD
BIO-D-MULSION	T4	HD
BIO-D-MULSION FORTE	T4	HD
<i>calcitriol 0.25 mcg capsule (Rocaltrol)</i>	T2	HD
<i>calcitriol 0.5 mcg capsule (Rocaltrol)</i>	T2	HD
<i>calcitriol 1 mcg/ml ampul</i>	T2	HD

T1 – Genéricos preferidos T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca ST – Tratamiento escalonado HD – Puede requerir entrega a domicilio
T2 – Genéricos no preferidos PA – Autorización previa AGE – Requisito de edad PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos
T3 – Marcas preferidas QL – Límite a la cantidad SP – Medicamentos de especialidad CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

Lista de medicamentos con receta

VITAMINAS (Nutritivas/alimenticias) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
PREPARACIONES DE VITAMINA D (cont.)		
<i>calcitriol 1 mcg/ml solution (Rocaltrol)</i>	T2	HD
CHOLECAL DF	T4	HD
<i>cholecalciferol (vitamin d3)</i>	T2	HD
<i>cod liver oil</i>	T2	HD
<i>cod liver oil capsule</i>	T2	HD
<i>cod liver oil softgel</i>	T2	HD
<i>cvs vit d3 1,000 unit gummies</i>	T2	HD
<i>cvs vit d3 250 mcg softgel</i>	T2	HD
<i>cvs vitamin d3 25 mcg gummies</i>	T2	HD
<i>cvs vitamin d3 400 unit sftgl</i>	T2	HD
<i>cvs vitamin d3 1,000 unit sftgl</i>	T2	HD
<i>cvs vitamin d3 2,000 unit sftgl</i>	T2	HD
<i>cvs vitamin d3 5,000 unit sftgl</i>	T2	HD
<i>cvs vitamin d3 10 mcg softgel</i>	T2	HD
<i>cvs vitamin d3 25 mcg softgel</i>	T2	HD
<i>cvs vitamin d3 50 mcg softgel</i>	T2	HD
<i>cvs vitamin d3 125 mcg softgel</i>	T2	HD
CVS VITAMIN D3 250 MCG SOFTGEL	T4	HD
CYFOLEX	T4	HD
D3 LIQUID	T4	HD
D3 PLUS K2 DOTS	T4	HD
D3-50	T3	HD
DDROPS	T4	HD
<i>decara 10,000 unit softgel</i>	T2	HD
DECARA 25,000 UNIT VEGICAP	T3	HD
<i>decara 50,000 unit softgel</i>	T2	HD
DECARA K	T4	HD
DERMACINRX DOTREMIN	T4	HD
DERMACINRX FOLDITAM	T4	HD
DERMACINRX FOLIXAPURE	T4	HD
DERMACINRX FOLTAMIN	T4	HD
DERMACINRX FOLTREXYL	T4	HD
DERMACINRX PUREFOLIX	T4	HD
DIALYVITE VITAMIN D3 MAX	T4	HD

T1 – Genéricos preferidos T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca ST – Tratamiento escalonado HD – Puede requerir entrega a domicilio
T2 – Genéricos no preferidos PA – Autorización previa AGE – Requisito de edad PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos
T3 – Marcas preferidas QL – Límite a la cantidad SP – Medicamentos de especialidad CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

Lista de medicamentos con receta

VITAMINAS (Nutritivas/alimenticias) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
PREPARACIONES DE VITAMINA D (cont.)		
DOSOKAP	T4	HD
DOSOQUIN	T4	HD
DRISDOL (<i>ergocalciferol (vitamin d2)</i>)	T4	HD
<i>eql vitamin d3 2,000 unit sfgl</i>	T2	HD
<i>eql vitamin d3 400 unit sftgl</i>	T2	HD
ERGOCAL	T4	HD
<i>ergocalciferol (vitamin d2)</i>	T2	HD
FOLIC D3	T4	HD
FOLIKA-D	T4	HD
FOLIXAPURE	T4	HD
FOLVITE-D	T4	HD
<i>ft vitamin d3 25 mcg softgel</i>	T2	HD
<i>ft vitamin d3 50 mcg softgel</i>	T2	HD
GENICIN VITA-D	T4	HD
<i>gnp vit d3 10mcg(400 unit) chw</i>	T2	HD
<i>gnp vitamin d3 1,000 unit tab</i>	T2	HD
<i>gnp vitamin d3 10 mcg tablet</i>	T2	HD
<i>gnp vitamin d3 2,000 unit tab</i>	T2	HD
<i>gnp vitamin d3 25 mcg tablet</i>	T2	HD
<i>gnp vitamin d3 25mcg(1000 unt)</i>	T2	HD
<i>gnp vitamin d3 5,000 unit tab</i>	T2	HD
<i>hm vitamin d3 1,000 unit tab</i>	T2	HD
<i>hm vitamin d3 2,000 unit sftgl</i>	T2	HD
HM VITAMIN D3 4,000 UNIT SFTGL	T4	HD
IS-D-10,000	T4	HD
K2 PLUS D3	T4	HD
K2-D3 10,000	T4	HD
K2-D3 5000	T4	HD
MAXIMUM D3	T3	HD
NOXIFOL-D3	T4	HD
OPTIMAL D3 M	T4	HD
ORTHO DF	T4	HD
OSTACHOL	T4	HD
<i>qc cod liver oil</i>	T2	HD

T1 – Genéricos preferidos

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca

ST – Tratamiento escalonad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

T2 – Genéricos no preferidos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T3 – Marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

Lista de medicamentos con receta

VITAMINAS (Nutritivas/alimenticias) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
PREPARACIONES DE VITAMINA D (cont.)		
<i>ra cod liver oil</i>	T2	HD
<i>ra cod liver oil softgel</i>	T2	HD
<i>ra vitamin d3 1,000 unit tab</i>	T2	HD
<i>ra vitamin d3 2,000 unit sftgl</i>	T2	HD
<i>ra vitamin d3 2,000 unit sftgl</i>	T2	HD
<i>ra vitamin d3 5,000 unit sftgl</i>	T2	HD
REPLESTA NX	T3	HD
REVESTA	T4	HD
ROCALTROL (<i>calcitriol</i>)	T4	ST HD
ROXIFOL-D	T4	HD
<i>sm vitamin d3 1,000 unit tab</i>	T2	HD
<i>sm vitamin d3 2,000 unit sftgl</i>	T2	HD
<i>sm vitamin d3 25 mcg tablet</i>	T2	HD
<i>sm vitamin d3 50 mcg softgel</i>	T2	HD
SUPER DAILY D3	T4	HD
<i>sv vitamin d3 1,000 unit gummy</i>	T2	HD
<i>sv vitamin d3 1,000 unit sftgl</i>	T2	HD
<i>sv vitamin d3 2,000 unit sftgl</i>	T2	HD
<i>sv vitamin d3 25mcg(1000 unit)</i>	T2	HD
<i>sv vitamin d3 400 unit softgel</i>	T2	HD
<i>sv vitamin d3 5,000 unit sftgl</i>	T2	HD
<i>thera-d 2000 tablet</i>	T2	HD
THERA-D 4000 TABLET	T4	HD
<i>thera-d rapid repletion tablet</i>	T2	HD
<i>thera-d sport 2,000 unit tab</i>	T2	HD
<i>true vitamin d3 1,250 mcg tab</i>	T2	HD
<i>true vitamin d3 10 mcg capsule</i>	T2	HD
<i>true vitamin d3 10 mcg tablet</i>	T2	HD
<i>true vitamin d3 125 mcg cap</i>	T2	HD
<i>true vitamin d3 125 mcg tablet</i>	T2	HD
<i>true vitamin d3 25 mcg capsule</i>	T2	HD
<i>true vitamin d3 25 mcg tablet</i>	T2	HD
TRUE VITAMIN D3 1,250 MCG CAP	T4	HD
TRUE VITAMIN D3 250 MCG CAP	T4	HD

T1 – Genéricos preferidos T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca ST – Tratamiento escalonado HD – Puede requerir entrega a domicilio
T2 – Genéricos no preferidos PA – Autorización previa AGE – Requisito de edad PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos
T3 – Marcas preferidas QL – Límite a la cantidad SP – Medicamentos de especialidad CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

Lista de medicamentos con receta

VITAMINAS (Nutritivas/alimenticias) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
PREPARACIONES DE VITAMINA D (cont.)		
TRUE VITAMIN D3 250 MCG TABLET	T4	HD
<i>vit d3 125 mcg (5000 unit) tab</i>	T2	HD
VIT D3 5,000 UNIT FAST DISSOLV	T4	HD
<i>vitamin d2 1.25mg(50,000 unit) (Drisdol)</i>	T2	HD
VITAMIN D2 2,000 UNIT TABLET	T3	HD
<i>vitamin d2 400 unit tablet</i>	T2	HD
VITAMIN D2 50 MCG (2,000 UNIT)	T4	HD
VITAMIN D3 50 MCG DISSOLVE TAB	T4	HD
<i>vitamin d3 1,000 unit gummies</i>	T2	HD
<i>vitamin d3 1,000 unit gummy</i>	T2	HD
<i>vitamin d3 1,000 unit softgel</i>	T2	HD
VITAMIN D3 1,000 UNIT SPRAY	T4	HD
<i>vitamin d3 1,000 unit tab chew</i>	T2	HD
<i>vitamin d3 1,000 unit tablet</i>	T2	HD
VITAMIN D3 1,000 UNIT/10 ML LQ	T4	HD
<i>vitamin d3 1,250 mcg capsule</i>	T2	HD
<i>vitamin d3 1.25 mg softgel</i>	T2	HD
<i>vitamin d3 10 mcg tablet</i>	T2	HD
<i>vitamin d3 10 mcg(400 unit)/ml</i>	T2	HD
<i>vitamin d3 10 mcg/ml drop</i>	T2	HD
<i>vitamin d3 10 mcg/ml liquid</i>	T2	HD
VITAMIN D3 10,000 UNIT CAPSULE	T4	HD
<i>vitamin d3 10,000 unit softgel</i>	T2	HD
VITAMIN D3 10,000 UNIT TABLET	T4	HD
<i>vitamin d3 125 mcg (5000 unit)</i>	T2	HD
<i>vitamin d3 125 mcg capsule</i>	T2	HD
<i>vitamin d3 125 mcg softgel</i>	T2	HD
<i>vitamin d3 125 mcg tablet</i>	T2	HD
VITAMIN D3 125 MCG/0.5 ML DROP	T4	HD
<i>vitamin d3 2,000 unit softgel</i>	T2	HD
VITAMIN D3 2,000 UNIT TAB CHEW	T4	HD
<i>vitamin d3 2,000 unit tablet</i>	T2	HD
<i>vitamin d3 25 mcg (1,000 unit)</i>	T2	HD
<i>vitamin d3 25 mcg gummy</i>	T2	HD

T1 – Genéricos preferidos T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca ST – Tratamiento escalonado HD – Puede requerir entrega a domicilio
T2 – Genéricos no preferidos PA – Autorización previa AGE – Requisito de edad PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos
T3 – Marcas preferidas QL – Límite a la cantidad SP – Medicamentos de especialidad CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

Lista de medicamentos con receta

VITAMINAS (Nutritivas/alimenticias) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
PREPARACIONES DE VITAMINA D (cont.)		
<i>vitamin d3 25 mcg softgel</i>	T2	HD
<i>vitamin d3 25 mcg tablet</i>	T2	HD
VITAMIN D3 250 MCG TABLET	T4	HD
VITAMIN D3 3,000 UNIT TABLET	T4	HD
<i>vitamin d3 400 unit softgel</i>	T2	HD
<i>vitamin d3 400 unit tab chew</i>	T2	HD
<i>vitamin d3 400 unit tablet</i>	T2	HD
VITAMIN D3 400 UNIT/5 ML LIQ	T4	HD
<i>vitamin d3 400 unit/ml liquid</i>	T2	HD
<i>vitamin d3 5,000 unit capsule</i>	T2	HD
<i>vitamin d3 5,000 unit softgel</i>	T2	HD
<i>vitamin d3 5,000 unit tablet</i>	T2	HD
<i>vitamin d3 5,000 unit/ml drops</i>	T2	HD
<i>vitamin d3 50 mcg (2,000 unit)</i>	T2	HD
<i>vitamin d3 50 mcg capsule</i>	T2	HD
<i>vitamin d3 50 mcg softgel</i>	T2	HD
VITAMIN D3 62.5 MCG SOFTGEL	T4	HD
<i>vitamin d3 50 mcg tablet</i>	T2	HD
<i>vitamin d3 50,000 unit capsule</i>	T2	HD
<i>vitamin d3/folic acid</i>	T2	HD
<i>v-r cod liver oil capsule</i>	T2	HD
PREPARACIONES DE VITAMINA E		
AQUA-E	T3	
AQUA-E CONCENTRATE	T4	
<i>cvs vitamin e 180 mg softgel</i>	T2	
<i>cvs vitamin e 200 unit softgel</i>	T2	
<i>cvs vitamin e 268 mg softgel</i>	T2	
CVS VITAMIN E 450 MG SOFTGEL	T4	
<i>cvs vitamin e 90 mg softgel</i>	T2	
<i>eql vitamin e 1,000 unit sftgl</i>	T2	
<i>eql vitamin e 180 mg softgel</i>	T2	
<i>gnp vitamin e 180 mg softgel</i>	T2	
<i>gnp vitamin e 400 unit softgel</i>	T2	
GNP VITAMIN E 450 MG SOFTGEL	T4	

T1 – Genéricos preferidos

T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

T2 – Genéricos no preferidos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T3 – Marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

Lista de medicamentos con receta

VITAMINAS (Nutritivas/alimenticias) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
PREPARACIONES DE VITAMINA E (cont.)		
<i>gnp vitamin e 90 mg softgel</i>	T2	
<i>hm vitamin e 180 mg softgel</i>	T2	
<i>hm vitamin e 200 unit softgel</i>	T2	
<i>hm vitamin e 400 unit softgel</i>	T2	
MIXED TOCOTRIENOLS	T4	
<i>ra vitamin e 268 mg softgel</i>	T2	
SOLUVITA-E	T4	
<i>sv vitamin e 180 mg softgel</i>	T2	
<i>sv vitamin e 400 unit softgel</i>	T2	
<i>sv vitamin e 450 mg softgel</i>	T2	
<i>sv vitamin e 670 mg softgel</i>	T2	
<i>true vitamin e 180 mg capsule</i>	T2	
<i>true vitamin e 90 mg capsule</i>	T2	
TRUE VITAMIN E 450 MG CAPSULE	T4	
<i>vitamin e (dl,tocopheryl acet)</i>	T2	
<i>vitamin e 1,000 unit capsule</i>	T2	
<i>vitamin e 1,000 unit softgel</i>	T2	
VITAMIN E 1,000 UNIT SOFTGEL	T4	
<i>vitamin e 100 unit softgel</i>	T2	
VITAMIN E 100 UNIT TABLET	T4	
VITAMIN E 15 UNIT/0.3 ML DROP	T4	
<i>vitamin e 15 unit/0.3 ml drop</i>	T2	
<i>vitamin e 180 mg softgel</i>	T2	
<i>vitamin e 180mg(400 unit) sfgl</i>	T2	
<i>vitamin e 200 unit capsule</i>	T2	
<i>vitamin e 200 unit softgel</i>	T2	
<i>vitamin e 268 mg softgel</i>	T2	
<i>vitamin e 400 unit capsule</i>	T2	
<i>vitamin e 400 unit softgel</i>	T2	
<i>vitamin e 45 mg softgel</i>	T2	
VITAMIN E 450 MG SOFTGEL	T4	
<i>vitamin e 450 mg softgel</i>	T2	
<i>vitamin e 600 unit capsule</i>	T2	
<i>vitamin e 90 mg capsule</i>	T2	

T1 – Genéricos preferidos T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca ST – Tratamiento escalonado HD – Puede requerir entrega a domicilio
T2 – Genéricos no preferidos PA – Autorización previa AGE – Requisito de edad PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos
T3 – Marcas preferidas QL – Límite a la cantidad SP – Medicamentos de especialidad CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

Lista de medicamentos con receta

VITAMINAS (Nutritivas/alimenticias) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
PREPARACIONES DE VITAMINA E (cont.)		
<i>vitamin e 90 mg softgel</i>	T2	
VITAMIN E NATURAL OIL DROPS	T3	
VITAMIN E OIL	T4	
VITAMIN E OIL DROPS	T3	
VITAMIN E OIL DROPS	T4	
VITAMIN E-OIL	T3	
WHEAT GERM OIL	T3	
XCELLENT E	T4	
PREPARACIONES DE VITAMINA K		
AQUA-K CONCENTRATE	T4	
K1-1000	T4	
K2 LIQUID	T4	
K2-45	T4	
MEPHYTON (<i>phytonadione (vit k1)</i>)	T4	QL(10 tabs/fil)
<i>phytonadione (vit k1)</i>	T2	
PHYTONADIONE 1 MG/0.5 ML SYR	T3	
PHYTONADIONE 1 MG/0.5 ML VIAL	T3	
<i>phytonadione 10 mg/ml ampul</i>	T2	
<i>phytonadione 10 mg/ml vial</i>	T2	
VITAMIN K	T3	
VITAMIN K-1	T3	
VITAMIN K2	T4	
VITAMIN K2 (MENAQUINONE-4)	T4	
VITAMINAS (Vitaminas)		
PREPARACIONES MULTIVITAMÍNICAS		
CENTRUM ADULTS 50 PLUS MINIS	T4	
CENTRUM MEN 50 PLUS MINIS	T4	
DAVIMET-M	T4	
PREPARACIONES DE VITAMINAS PEDIÁTRICAS		
CHILDREN'S MULTI	T4	

T1 – Genéricos preferidos T4 – Marcas no preferidas y medicamentos de especialidad de marca ST – Tratamiento escalonad HD – Puede requerir entrega a domicilio
T2 – Genéricos no preferidos PA – Autorización previa AGE – Requisito de edad PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos
T3 – Marcas preferidas QL – Límite a la cantidad SP – Medicamentos de especialidad CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos

Exclusiones y limitaciones de la cobertura

Los planes de beneficios de salud varían, pero en general, para que un medicamento esté cubierto, debe tener la aprobación de la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) y debe ser recetado por un profesional de cuidado de la salud, comprado en una farmacia con licencia y medicamento necesario. Si su plan brinda cobertura para determinados medicamentos con receta preventivos sin que tenga que pagar ninguna parte del costo, es posible que deba usar una farmacia de la red para que le despachen la receta. Si usa una farmacia que no participa en la red de su plan, es posible que no se le cubra la receta. Es posible que para algunos medicamentos se necesite autorización previa o que estén sujetos a requisitos de tratamiento escalonado, límites a la cantidad u otros requisitos de administración de la utilización.

Por lo general, los planes no otorgan cobertura para los siguientes casos en virtud del beneficio de farmacia, a excepción de lo exigido por la ley estatal o federal, o por los términos de su plan específico:⁹

- Medicamentos de venta libre (OTC), que pueden adquirirse sin receta, a excepción de la insulina, a menos que la ley estatal o federal exija que dichos medicamentos estén cubiertos.
 - Medicamentos o suministros con receta para los que hay un equivalente terapéutico o una alternativa terapéutica disponible con receta o de venta libre.
 - Medicamentos inyectables administrados por el médico que están cubiertos por el beneficio médico del Plan, a menos que estén cubiertos por la Lista de medicamentos con receta del Plan o que Cigna Healthcare lo apruebe.
 - Dispositivos anticonceptivos implantables cubiertos por el beneficio médico del Plan.
Medicamentos que no son médicamente necesarios.
 - Medicamentos experimentales o en investigación, incluidos los medicamentos aprobados por la FDA utilizados con fines diferentes de los aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) de los Estados Unidos, a menos que el medicamento esté reconocido para el tratamiento de la indicación particular.
 - Medicamentos que no están aprobados por la FDA.
 - Dispositivos, suministros y aparatos con y sin receta, a excepción de los suministros para los que se indica específicamente que están cubiertos.
 - Medicamentos usados para la fertilidad,¹⁰ la disfunción sexual, con fines estéticos, para bajar de peso, para dejar de fumar¹⁰ o para mejorar el desempeño atlético.
 - Cualquier vitamina con receta (a excepción de las vitaminas prenatales) o suplementos alimenticios, a menos que la ley estatal o federal exija que dichos productos estén cubiertos.
 - Agentes inmunizantes, productos biológicos para inmunización para la alergia, sueros biológicos, sangre, plasma sanguíneo y otros derivados hematológicos o fracciones sanguíneas y medicamentos usados para profilaxis en caso de viaje.
 - Reemplazo de medicamentos con receta y suministros relacionados debido a pérdida o robo.
 - Medicamentos que deba tomar o que se le deban administrar a una persona cubierta mientras sea paciente en un hospital con licencia, un centro de cuidados especiales, un hogar de ancianos u otra institución similar, que opere o permita que operen en su establecimiento instalaciones para despachar productos farmacéuticos.
 - Recetas cuya fecha de emisión tenga más de un año de antigüedad.
 - La cobertura de productos farmacológicos con receta por una cantidad despachada (días de suministro) que supera el límite de suministro aplicable o es inferior a cualquier suministro mínimo aplicable indicado en el Programa, o que supera uno o más límites de cantidad o límites de dosis establecidos por el Comité de P&T.
 - Más de una receta médica o renovación para un determinado período de suministro de recetas para el mismo producto farmacológico con receta indicado por uno o más médicos y despachado por una o más farmacias.
 - Productos farmacológicos con receta despachados fuera de la jurisdicción de los Estados Unidos, salvo que se requieran para un tratamiento de emergencia o de cuidado de urgencia.
- Además de las exclusiones de farmacia estándares del plan, es posible que algunos productos farmacológicos nuevos aprobados por la FDA (inclusive, a modo de ejemplo, medicamentos, suministros médicos o dispositivos que están cubiertos por planes de beneficios de farmacia estándares) no estén cubiertos durante los primeros seis meses de disponibilidad en el mercado, a menos que Cigna Healthcare los apruebe por ser médicamente necesarios.

Índice de medicamentos

Símbolos

1.5 VOLT BATTERIES	157	ACTICLATE	39
IST	37, 47, 48, 94, 95, 136, 151	acti-lance	136, 151
IST TIER UNILET COMFORTOUCH.....	151	ACTI-LANCE	136, 151
2-IN-1	136, 151	acti-lance lite.....	151
2-IN-1 LANCET DEVICE	151	acti-lance univers.....	151
2TEK.....	129	ACTI-LANCE UNIVERS	151
5-MTHF.....	216	ACTIMMUNE.....	62
50 PLUS ADULT EYE.....	197	ACTIQ	22
A		ACTIVE FE	109
A-25	215	ACTIVELLA.....	123
abacavir	66, 67	ACTIVNUTRIENTS.....	200
abacavir/lamivudine/zidovudine	66	ACTONEL	194
abacavir sulfate/lamivudine	66	ACTOPLUS MET	50
ABANEU-SL.....	221	ACTOS	50
ABATRON.....	109	ACULAR.....	101
ABC COMPLETE	200	acyclovir	69, 70, 71
ABDEK.....	212	ACZONE.....	175
ABILIFY.....	172	ADACEL TDAP	74
abiraterone.....	56	ADALIMUMAB-ADAZ	54
ABSORICA	175	ADALIMUMAB-ADB.....	54
ABSTRAL	22	adapalene.....	175, 184, 185
ACAM2000.....	75	ADAPALENE	185
acamprosate.....	190	adapalene/benzoyl peroxide.....	175
acarbose	49	ADBRY.....	195
ACCOLATE	32	ADDYI	170
ACCRUFER.....	109	adefovir	70
ACCU-CHEK	129, 136, 151, 157	ADEK GUMMIES.....	200
ACCUPRIL.....	82	ADEMPAS	79
ACCURETIC.....	80	ADIPEX-P.....	62
ACCUTREND.....	129	ADJUSTABLE LANCING DEVICE	129
ACD-A.....	43	ADLARITY.....	71
ACD SOLUTION A	43	ADLYXIN.....	48
ACE.....	80, 82	ADRENALIN CHLORIDE	100
ACE AEROSOL.....	157	adthyza	186
acebutolol.....	83	ADULT 50 PLUS EYE HEALTH.....	197
acetaminophen/caff/dihydrocod.....	22	ADULT MULTI.....	200
acetaminophen with codeine.....	21	ADULT ONE DAILY.....	200
acetazolamide.....	98	ADULTS' DAILY FORMULA.....	200
acetic acid	52, 101, 174	ADULTS MULTIVITAMIN	200
acetic acid/oxyquinoline	52	ADVAIR DISKUS.....	31
acetylcysteine	32	ADVAIR HFA.....	31
acetylcyst/methylb12/levomefol	216	ADVANCED	129, 136, 151, 197, 200, 204, 210
a/c/e/zinc ox/cupric ox/lutein.....	197	ADVANCED LANCING DEVICE.....	129
a/c/e/zinc/sod selenate/copper	200	ADVANCED MULTI EA.....	200
acitretin	174	ADVANCED TRAVEL LANCETS.....	151
ACTEMRA.....	127, 128	ADVOCATE.....	129, 136, 152, 177
ACTHIB	74, 75	ADVOCATE CONTROL SOLUTION.....	129

Índice de medicamentos

ADVOCATE LANCET	152	ALLZITAL	19
ADVOCATE LANCETS	152	almotriptan.....	19
ADVOCATE LANCING DEVICE.....	129	almotriptan malate.....	15
ADVOCATE RAPID-SAFE LANCING DV	129	alosetron.....	119
ADVOCATE REDI-CODE+ CTRL SOLN.....	129	ALPHAGAN P.....	103
ADZENYS	72	alprazolam.....	164
AEMCOLO.....	39	ALTABAX.....	180
AEROCHAMBER.....	157	ALTACE	82
AEROTRACH	157	ALTAFLUOR BENOX.....	102
AEROVENT	157	ALTERNATE.....	129, 136, 152
AFLURIA QUAD	74	ALTERNATE SITE LANCETS	152
AGAMATRIX CONTROL	129	ALTERNATE SITE LANCING DEVICE.....	129
AGRYLIN	66	ALTRENO.....	185
AIMOVIG	15	ALUNBRIG.....	58
AIMOVIG AUTOINJECTOR.....	19	ALVESCO.....	31
AIRDUO DIGIHALER	31	alvimopan	120
AIRSUPRA	31	amantadine.....	64
AJOVY	15, 19	AMARYL	49
AKLIEF	179	ambrisentan.....	79
AKTEN.....	102	amcinonide.....	180
AKTIPAK	41	AMERGE.....	19
ALA-SCALP.....	180	AMICAR	75
ALBA-LYBE	216	amiloride.....	99
albendazole	52, 53	amino acids/mv,tx,iron,mineral.....	200
ALBENZA	53	aminocaproic	75
albuterol	29, 30	amiodarone	77
ALCAINE.....	102	amitriptyline.....	167
alclometasone	180	amitriptyline/chlordiazepoxide	167
ALCOH-GLOVE	156	AMLADEx.....	200
alcohol	177, 178, 192, 193	amlodipine.....	77, 80, 81, 82, 84
ALCOHOL.....	54, 177, 178, 192, 193	amoxapine	167
ALCOH-WIPE.....	156	amoxicillin	38, 52
ALDACTAZIDE.....	99	amphetamine	72
ALDACTONE.....	99	ampicillin	38
ALECENSA.....	58	AMZEEQ.....	41
alendronate.....	194	ANAFRANIL.....	167
alfuzosin	195	anagrelide	66
ALINIA	64	ANA-LEX.....	121
aliskiren hemifumarate.....	84	ANALPRAM.....	121, 184
ALIVE	200, 238	ANAPROX DS.....	27
ALIVE DAILY.....	200	anastrozole	57
ALIVE PREMIUM	200	ANCOBON	45
ALIVE WOMEN'S	200	ANDRODERM	121
ALKALINE BATTERIES.....	129	ANDROID.....	121
ALKERAN.....	55	ANGELIQ.....	123
ALLERGIST TRAY.....	143	ANIMAL SHAPES COMPLETE.....	212
ALLERGY SYRINGE	143, 148, 149	ANIMI-3.....	200
allopurinol.....	26	ANNOVERA.....	93

Índice de medicamentos

ANORO ELLIPTA.....	30	asenapine.....	170
ANTICOAGULANT SODIUM CITRATE.....	43	ASMANEX.....	32
ANTIOXIDANT FORMULA.....	197	aspirin/dipyridamole.....	65
APATATE.....	221	ASSURE.....	129, 136, 152, 160
APETEX.....	216	ASSURE 4 CONTROL SOLUTION.....	129
APETIGEN.....	109, 216	ASSURE DOSE.....	129
APETIGEN-PLUS.....	109	ASSURE HAEMOLANCE PLUS.....	152
apomorphine.....	64	ASSURE LANCE.....	152
APO-VARENICLINE.....	185	ASSURE PRISM.....	129
apraclonidine.....	103	ASTAGRAF.....	128
aprepitant.....	116	ASTRINGYN.....	76
APRETUDE.....	68	atazanavir.....	68
APRISO.....	118	ATELVIA.....	194
APTENSIO.....	169	atenolol.....	83, 84
APTIOM.....	90	AT HOME AIC.....	130
APTIVUS.....	66	a thru z.....	199, 200
AQUA-D.....	228	A THRU Z MEN'S ULTIMATE.....	199
AQUADEKS.....	200, 212	A THRU Z SELECT.....	200
AQUA-E.....	233	ATIVAN.....	164
AQUA-K.....	235	atomoxetine.....	169
AQUA LANCE LANCING DEVICE.....	129	atorvastatin.....	84, 85
AQUASOL A.....	215	atovaquone.....	53, 54
AQUORAL.....	189	atovaquone-proguanil.....	53
ARAKODA.....	53	atropine.....	104, 115, 117
ARAVA.....	26	ATROPINE.....	104
ARAZLO.....	179	ATROVENT HFA.....	29
ARCALYST.....	195	AUGMENTIN.....	38
AREXVY.....	75	AURYXIA.....	108
arformoterol.....	30	AUSTEDO.....	87
ARGLAES FILM.....	150	AUTOJECT.....	130
ARICEPT.....	71	AUTO-LANCET.....	130
ARIDOL.....	96	AUTOLET.....	130
ARIKAYCE.....	35	AUTOPEN.....	130
aripiprazole.....	172	AUTOSHIELD DUO.....	141
ARIXTRA.....	43	AUTOSOFT.....	130
ARKALIOX.....	216	AVAR-E.....	42
armodafinil.....	173	AVAR LS.....	42
ARMOUR THYROID.....	186	AVC.....	52
ARNUITY ELLIPTA.....	31	AVIDOXY.....	39
AROMASIN.....	57	avita.....	185
ARTHROTEC 50.....	27	AVITA.....	185
ARTHROTEC 75.....	27	AVITENE.....	76
ARTISS.....	179	AVONEX.....	88
ASACOL.....	118	AYGESTIN.....	126
ASCOR.....	225	AYVAKIT.....	58
ascorbate.....	225	AZASAN.....	128
ascorbic.....	III, II2, 225	AZASITE.....	34
ASCORBIC ACID.....	225	azathioprine.....	128

Índice de medicamentos

azelaic acid	179	benazepril	80, 82
azelastine	48, 100	benazepril/hydrochlorothiazide	80
AZELEX	175	BENLYSTA	195
AZILECT	64	BENTIVITE BX	109
azithromycin	37, 38	BENZAMYCIN	41
AZSTARYS	169	benzebro	178
AZULFIDINE	118	BENZEPRO	178
B		BENZNIDAZOLE	53
b-6	216, 224, 225	benzonatate	94
b-12	219, 221, 222, 223, 224	benzoyl peroxide	41, 42, 175, 178
bi2	110, 111, 112, 206, 216, 217, 219, 220, 221, 222, 223, 224	benzphetamine	63
B-12	111, 203, 216, 217, 221, 222, 223, 224	benztropine	64
BI2	216, 221, 222, 223, 224	BEPREVE	48
BI2 ACTIVE	222	BEROCCA	201
b-12 er	222	beta-carotene	201, 215
bi2/levomefolate calcium/b-6	216	BETADINE	101
B-50 COMPLEX	217	betaine	194
BABY DDROPS	228	betamethasone	46, 180, 181, 184
BABY'S SUPER DAILY D3	228	BETAPACE	83
BABY VITAMIN D3	228	BETASERON	88
bacitracin	34	betaxolol	83, 103
baclofen	159	bethanechol	72, 73
BACMIN	200	BETHKIS	35
B ACTIV	216	BETOPTIC S	103
BACTRIM	35	bexarotene	55, 62
BAFIERTAM	88	BEXSERO	73
BALANCED B-100	218	BEYAZ	93
balanced b-100 complex tab sa	217	bicalutamide	56
BAL-CARE DHA	160	BIKTARVY	69
balsalazide	118	BILTRICIDE	53
BALVERSA	58	bimatoprost	103
BAQSIMI	106	BINOSTO	194
BARACLUDE	70	BIO-35	201
BARIATRIC MULTIVITAMINS	200	BIO C	225
BASAGLAR KWIKPEN	51	BIO-D-MULSION	228
BAXDELA	39	bioflav,lemon/vit bcomp,c	198
b comp	216, 220	biotin	204, 206, 216, 217, 218, 219, 220
b complex	209, 210, 216, 218, 219, 220, 221	BIOTIN	210, 217, 218, 219, 220
b-complex	201, 202, 209, 217, 218, 219, 221	bisac/nacl/nahco3/kcl/peg 3350	119
B COMPLEX	216, 218, 219	bisoprolol	83, 84
B-COMPLEX	203, 209, 216, 217, 240, 250, 265	BLADDER 2.2	201
B-COMPLEX-VITAMIN C	217	BLEPH-IO	34
B-COMPLEX WITH B-12	217	BLEPHAMIDE S.O.P.	34
BD	136, 141, 142, 143, 144, 152	BLOOD	75, 76, 77, 96, 130, 136, 142, 152
BD ECLIPSE	141, 143	BLOOD GLUCOSE CONTROL	130
BELBUCA	22	BLOOD-GLUCOSE CONTROL	130
BELSOMRA	173	BLOOD LANCETS	152
BELVIQ	63	BLUNT	142, 147

Índice de medicamentos

BOCASAL	189	BYDUREON BCISE.....	48
BODY, HAIR, SKIN AND NAILS.....	201	BYDUREON PEN.....	48
BOOSTRIX TDAP	74	BYETTA	48
bosentan.....	79	BYLVAY	119
BOSULIF	58	C	
BRAINSTRONG	160	c-1,000	225
BREATHERITE.....	157, 158	cabergoline.....	126
BREATHRITE.....	158	CABOMETYX.....	58
BREEZE 2	130	CADEAU DHA	160
BREO ELLIPTA.....	31	CADUET	84
BREWER'S YEAST	217	CAFERGOT	15, 19
BREXAFEMME.....	46	caffeine.....	19, 87, 160
breynd.....	31	CALAN	77
BREZTRI AEROSPHERE	31	calcipotriene.....	176, 184
BRILINTA.....	65	calcitonin,salmon,synthetic	127
brimonidine	103	calcitriol.....	176, 228, 229, 231
BRIMONIDINE-DORZOLAMIDE	103	calcium acetate.....	108
brinzolamide.....	103	CALCIUM PANTOTHENATE.....	212
BRIVIACT	90	CALQUENCE	58
BROMFED DM	94	CAMBIA	19
bromfenac.....	101, 241	CAMZYOS.....	78
bromocriptine	64, 65	candesartan cilexetil.....	82
brompheniramine/pseudoephed/dm	94	candesartan/hydrochlorothiazid.....	81
BRONCHITOL.....	186	CANNULA.....	142, 144, 146, 147, 149
BROVANA.....	30	CANTHARIDIN-ACETONE.....	178
BRUKINSA.....	58	CAPCOF	94
BRYHALI.....	180	capecitabine.....	56, 57
B-STRESS	217	CAPEX.....	180
budesonide	31, 32, 124, 125	CAPHOSOL.....	189
BULK SYRINGE.....	144	CAPLYTA.....	170
BULLSEYE	136, 152	CAPRELSA	58
BULLSEYE MINI SAFETY LANCETS.....	152	captopril	80, 82
bumetanide.....	99	captopril/hydrochlorothiazide.....	80
BUPHENYL.....	115	CARBAGLU.....	190
buprenorphine	22, 195	carbamazepine.....	90, 91
bupropion	165, 185	CARBATROL.....	90
buspirone	165	carbidopa.....	64, 65
butalb-acetamin-caff 50-300-40.....	15	carbidopa/levodopa	64, 65
butalb-acetamin-caff 50-325-40.....	15	carbinoxamine	47
butalb/acetaminophen/caffeine	15, 19	CARDIOTEK-RX	217
butalb-aspirin-caffe 50-325-40	15	CARDIZEM	77
butalbit/acetamin/caff/codeine	24	CARDURA	81
butalbital/acetaminophen.....	15, 19	CAREONE.....	130, 136, 152
butalbital-asa-caffeine cap (Fiorinal).....	15	CAREPOINT	142, 144, 145
butalbital/aspirin/caffeine	19	CARESENS.....	130, 136, 152
butorphanol.....	22, 241	CARETOUCH.....	130, 136, 142, 145, 152, 177
BUTTERFLY	136, 152	carglumic	190
BUTTERFLY TOUCH LANCET.....	152	carisoprodol.....	24, 159, 160

Índice de medicamentos

carisoprodol/aspirin/codeine	24	CHILD MULTIVITAMIN PLUS IRON.....	212
CARNITOR.....	194	children multivitamin.....	212
carteolol.....	103	CHILDREN MULTIVITAMIN	212, 213
carvedilol.....	81	CHILDREN'S.....	212, 235, 242
CASODEX.....	56	CHILDREN'S CHEWABLE	212
CATAPRES.....	83	CHILDREN'S CHEW MULTIVIT-IRON.....	212
CAVERJECT	188	childrens chew vitamin.....	212
CAYSTON.....	37	CHILDREN'S MULTI-VIT	212
cefaclor.....	37	CHILDREN'S MULTIVITAMIN GUMMY	212
cefadroxil.....	37	CHILD'S CHEWABLE.....	212
cefdinir	37	CHILD'S OMEGA-3.....	212
cefditoren pivoxil	37	chlordiazepoxide.....	115, 164
cefixime.....	37	chlordiazepoxide/clidinium br	115
cefpodoxime proxetil.....	37	chlorhexidine.....	188
cefprozil.....	37	chloroquine	53
ceftriaxone	37	chlorpromazine.....	172
cefuroxime axetil.....	37	chlorthalidone	84, 100
CEFUROXIME SODIUM-0.9% NACL.....	34	chlorzoxazone.....	159
celecoxib	29	CHOLBAM.....	117
CELLCEPT	128	cholecalciferol.....	229
CELONTIN.....	90	CHOLECAL DF	229
CENTANY.....	41	cholestyramine	86
CENTRAL-VITE.....	201	choline salicyl/mag salicylate.....	15, 19
CENTRAVITES.....	201	CHORIONIC	127
CENTRUM.....	199, 201, 212, 235	CHORIONIC GONAD.....	127
CENTRUM KIDS	212	CHROMAGEN.....	109
CENTRUM SILVER	199, 201	CHROMIUM PICOLINATE.....	224
CENTURY	201	CIALIS	188
cephalexin.....	37	CIBINQO.....	178
CEQUA	105	ciclodan.....	46
CEQR SIMPLICITY	130	CICLODAN.....	46, 54
CERDELGA.....	191	ciclopirox.....	46, 47
CEREFOLIN	217	ciclopirox 8% treatment kit.....	54
certavite	201, 202	cilostazol	65
CERTAVITE.....	201	CILOXAN	34
CERVIDIL.....	125	CIMDUO.....	66
CETACAINE ANESTHETIC.....	25	cimetidine.....	118
cetorelix.....	125	cinacalcet.....	190
CETROTIDE	125	CIPRO.....	39
cevimeline.....	72	CIPRODEX	33
CHANTIX.....	185	ciprofloxacin.....	33, 34, 39
CHEK-STIX.....	98	citalopram.....	166
CHEMET	191	CITRANATAL	109, 160
CHEMO TRANSFER PIN	142	CITRANATAL BLOOM	109
CHEMSTRIP.....	98, 130	CITRATE PHOSPHATE DEXTROSE.....	43
CHENODAL	117	citric.....	114
CHILD CHEWABLE VITAMN	212	CITRUS BIOFLAVONOIDS.....	198
CHILD COMPLETE	212	CLARINEX	47, 48

Índice de medicamentos

CLARINEX-D.....	47	COMBIVENT	30
clarithromycin.....	37	COMBIVENT RESPIMAT.....	30
clemastine.....	47	COMBIVIR.....	66
CLEO.....	157	COMETRIQ.....	58
CLEOCIN.....	37, 40, 41	COMFORT27, I30, I35, I37, I39, I40, I41, I52, I54, I55, I56, I58, I59, I77	
CLEVER.....	I30, I37, I52, I58	COMFORT PAC-IBUPROFEN.....	27
CLEVER CHEK LANCETS.....	152	COMFORT PAC-MELOXICAM.....	27
CLEVER CHOICE.....	158	COMFORT PAC-NAPROXEN.....	27
CLEVER CHOICE CONTROL SOLUTION	I30	COMFORTSEAL.....	158
CLIMARA.....	123	COMIRNATY.....	73
clindacin.....	41	COMPACT SPACE CHAMBER.....	158
CLINDACIN	41	COMPAZINE.....	116
clindamycin.....	37, 40, 41, 42, I75, I76	COMPLEX B-50.....	218
CLINDESSE.....	40	complex b-100.....	217
CLINPRO 5000.....	I05, I09	COMPLEX B-100.....	217
clobazam.....	89	COMTAN.....	64
clobetasol.....	I80, I81, I83	CONCEPT.....	202
CLOBEX.....	I81	CONFORMANT 2.....	I50
clocortolone.....	I81	CONSENSI.....	77
clodan.....	I81	CONTACT DETACH INFUSION SET	I30
CLODAN.....	I81	CONTOUR.....	I30
CLODERM.....	I81	CONTRAVE.....	63
clomiphene.....	I26	CONTROL SOLUTION.....	I29, I30, I31, I32, I34, I35, I36
clomipramine.....	I67	COOL CONTROL SOLUTION	I30
clonazepam.....	89	COPAXONE.....	88
clonidine.....	83, I69	COPIKTRA.....	58
clopidogrel.....	65	CORDRAN.....	I81
clorazepate.....	I65	COREG.....	81
clotrimazole.....	45, 46	CORGARD.....	83
clozapine.....	I70	CORNWALL SYRINGE TIP CONNECTOR.....	I45
CLOZARIL.....	I70	CORTANE-B.....	I01
COAGUCHEK.....	I37, I52	CORTEF.....	I24
COARTEM.....	53	CORTENEMA.....	I21
COCAINE.....	I00	cortisone.....	I24
codeine.....	21, 22, 24, 94, 95	CORTISPORIN.....	33, 41
CODITUSSIN AC.....	95	CORVITE.....	I09, 202
CODITUSSIN DAC.....	95	CORVITE I50.....	I09
cod liver oil.....	215, 225, 229, 230, 231, 233	CORVITE FE.....	I09
COLAZAL.....	I18	COTELLIC.....	57
colchicine.....	26, 29	COTEMPLA.....	I69
COLCHICINE.....	26	CREON.....	I20
colesevelam.....	86	CRESEMBA.....	45
COLESTID.....	86	CRINONE.....	I26, I27
colestipol.....	86	cromolyn.....	26, 32, I02
COLOR.....	I37, I52	crotamiton.....	64
COLOR LANCETS.....	I52	CRRT TRISODIUM CITRATE.....	43
COMBIGAN.....	I03	CULTURELLE.....	202, 212
COMBIPATCH.....	I23	CULTURELLE KIDS.....	212
COMBISTIX REAGENT.....	98		

Índice de medicamentos

CURITY ALCOHOL PREPS	177	CYTO B7	218
CUROSURF	187	CYTO C.....	225
CUTIVATE.....	181	CYTOTEC.....	117
cvs.....	106, 109, 110, 160, 177, 192, 198, 202, 210, 212, 215, 218, 222, 224, 225, 229, 233	D	
CVS	106, 110, 160, 164, 177, 192, 202, 212, 218, 222, 225, 233	D3.....	171, 207, 210, 228, 229, 230, 231, 232, 233
CVS ALCOHOL 70% PREP PADS	177	dabigatran.....	44
CVS CHILD GUMMY	212	daily-vite.....	202
cvs glucose.....	106	dalfampridine	89
CVS GLUCOSE LIQUID	106	danazol.....	126
cvs iron.....	109	DANTRIUM.....	159
cvs isopropyl alcohol 70% wipe.....	177	dantrolene.....	159
CVS ISOPROPYL ALCOHOL 91% SPRY	54	dapsone.....	36, 175
cvs prenatal	160	DAPTACEL DTAP	74
CVS PRENATAL	160, 164	DARAPRIM.....	53
cvs slow release iron.....	110	darifenacin	196
CVS SLOW RELEASE IRON.....	110	darunavir.....	66
CVS VITAMIN.....	222, 225, 233	DAURISMO	57
cvs vitamin a	215	DAVIMET-M	235
cvs vitamin b-12.....	222	DAVOL IRRIGATION SYRINGE	145
cvs vitamin c	225	DAYAVITE	202
cvs vitamin d3.....	229	DAYPRO	27
cvs vitamin e.....	233	DAYTRANA.....	169
cvs vit c	225	DAYVIGO	173
cvs vit d3.....	229	DDAVP	122
cyanocobalamin	216, 218, 219, 222	DDROPS.....	228, 229
cyclobenzaprine	159	decara.....	229
CYCLOGYL.....	104	DECARA	229
CYCLOMYDRIL.....	104	DECUBI	202
cyclopentolate.....	104	deferasirox.....	191
CYCLOPENTOLATE-TROPICAMIDE-PE.....	104	deferiprone	192
cyclopentolat/tropic/phenyleph	104	deflazacort.....	124
cyclophosphamide	55, 56	DEKAS	202, 212
CYCLOPHOSPHAMIDE	55, 56	DEKAS PLUS	202, 212
CYCLOSERINE	36	DELESTROGEN	123
CYCLOSET	48	DELTEC COZMO CLEO	157
cyclosporine.....	105, 128, 129	demeclocycline	39
CYCLOSPORINE.....	105	DEM SER.....	83
CYFOLEX	229	DENAVIR.....	71
cyproheptadine	47	DENG VAXIA.....	74
CYPROHEPTADINE	47	DENOVO.....	198
CYSTAGON	196	DEPAKOTE	90
CYSTARAN	105	DEPEN	26
CYSTO-CONRAY II	97	DEPLIN-ALGAL OIL.....	198
CYSTOGRAFIN.....	97	DEPO-ESTRADIOL.....	123
CYSTOGRAFIN-DILUTE.....	97	DEPO-PROVERA	93
CYTO B-1.....	221	DEPO-SUBQ PROVERA.....	93
CYTO B-2.....	224	DEPO-TESTOSTERONE.....	122
		DERMACINRX	202, 203, 229

Índice de medicamentos

DERMA-SMOOTH-FS.....	181	DIFFERIN.....	185
DERMASORB.....	181	DIFICID.....	37
DERMATOP.....	181	diflorasone.....	181
DERMAVIEW.....	150	DIFLUCAN.....	45
DERMOTIC.....	101	diflunisal.....	15, 19
DESCOVY.....	66	difluprednate.....	101
desflurane.....	25	digoxin.....	78
desipramine.....	167, 168	dihydroergotamine.....	15, 19
desloratadine.....	48	DILANTIN.....	90
desmopressin.....	122, 123	DILAUDID.....	22
DESMOPRESSIN.....	122	diltiazem.....	77
desog-e.estradiol/e.estradiol.....	93	dimethyl.....	88, 191
desogestrel-ethinyl estradiol.....	93	dimethyl fumarate.....	88
DESONATE.....	181	diphenoxylate hcl/atropine.....	115
desonide.....	181, 184	DIPHThERIA-TETANUS TOXOIDS-PED.....	74
desoximetasone.....	181, 183	DIPROLENE.....	181
DESOXYN.....	72	dipyridamole.....	65
DESVENLAFAXINE.....	167	DISALCID.....	26
dex4 glucose.....	106	disopyramide.....	77
DEX4 GLUCOSE.....	106	disulfiram.....	190
dex4 quick dissolve tab chew.....	106	DIURIL.....	100
dexamethasone.....	33, 101, 124	divalproex.....	90
dexchlorpheniramine.....	47, 48	dofetilide.....	77
DEXCOM G6.....	130	DOJOLVI.....	105
DEXEDRINE.....	72	donepezil.....	71
dexlansoprazole.....	120	DONNATAL.....	117
dexmethylphenidate.....	169	DOPTELET.....	92
DEXONTO.....	124	dorzolamide.....	103, 104
DEXTENZA.....	101	DORZOLAMIDE.....	103, 104
dextroamphetamine.....	72	DOSOKAP.....	230
dextrose.....	106, 107, 108	DOSOQUIN.....	230
DIABETES HEALTH.....	203	DOVATO.....	66
DIABETIC VITAMIN.....	203	DOVER BULB SYRINGE.....	145
DIACOMIT.....	90	DOVONEX.....	176
dialyvite.....	218	doxazosin.....	81
DIALYVITE.....	203, 218, 229	doxepin.....	167, 168, 173, 174, 176
DIASTAT.....	89	doxercalciferol.....	190
DIASTIX REAGENT.....	96, 98	doxycycline.....	39, 40, 188
diatrizoate meglumine.....	97	doxylamine succinate/vit b6.....	116
DIATRUE.....	130	DRISDOL.....	230
diazepam.....	89, 165	dronabinol.....	116
diazoxide.....	107	DROPLET.....	131, 137, 152
DIBENZYLINE.....	72	DROPLET GENTEEL LANCING DEVICE.....	131
DICLEGIS.....	116	DROPLET LANCETS.....	152
diclofenac.....	20, 21, 27, 62, 101, 175	DROPLET LANCING DEVICE.....	131
dicloxacillin.....	38	DROPSAFE PREP PADS.....	177
dicyclomine.....	115	drospir/eth estra/levomefol.....	93
didanosine.....	67	DROXIA.....	76
diethylpropion.....	63	droxidopa.....	72

Índice de medicamentos

drug mart glucose.....	107	EGRIFTA	125
DUAVEE	124	eldertonic.....	199
DUETACT.....	50	ELDERTONIC LIQUID	199
DUET DHA	160	ELEMENT COMPACT	131
DUEXIS	27	ELEMENT CONTROL	131
DULERA.....	31	ELEPSIA.....	90
duloxetine.....	167	eletriptan hydrobromide	15, 19
DUOBRII	176	ELFOLATE.....	218
DUOPA.....	64	ELIMITE	64
DUPIXENT	127	ELIQUIS	43
dutasteride.....	196	ELIXOPHYLLIN.....	33
DXEVO	124	ELLA	93
DYAZIDE	99	ELMIRON.....	25
DYMISTA	100	ELON	203
DYRENIUM.....	99	EMBRACE	131, 137, 153
E		EMBRACE EVO LEVEL I.....	131
EAR HEALTH PLUS.....	198	EMBRACE GLUC CONTROL SOLN.....	131
ear health plus caplet	198	EMBRACE LANCING DEVICE	131
EASIVENT	158	EMBRACE PRO.....	131
EASY	131, 137, 142, 145, 146, 152, 153, 177	EMBRACE TALK CONTROL	131
EASY COMFORT ALCOHOL PAD	177	EMCYT	62
EASY COMFORT LANCETS.....	152	EMEND.....	116
EASY GLIDE CATHETER.....	145	EMERGEN-C.....	212, 226
EASY GLIDE LUER.....	145	EMERGEN-C KIDZ.....	212
EASYGLUCO PLUS	131	EMGALITY.....	15, 19, 89
EASYMAX I5	131	EMGALITY PEN.....	19
EASYMAX NORMAL.....	131	EMPAVELI	75
EASY MINI EJECT	131	EMSAM	165
EASY PLUS II.....	131	emtricitabine	66, 67
EASYPOINT.....	142	emtricitabine-tenofv	66
EASY STEP.....	131	EMTRIVA	67
EASY TALK.....	131	EMVERM.....	53
EASY TOUCH.....	131, 142, 145, 146, 152, 153, 177	enalapril.....	80, 82
EASY TOUCH FLIPLock	142, 145	enalapril/hydrochlorothiazide.....	80
EASY TRAK.....	131	ENBRACE	203
EASY TWIST CAP LANCETS.....	153	ENBREL.....	54, 55
ECLIPSE SYRINGE	146	ENDARI.....	76
EC-NAPROSYN	27	ENDO-AVITENE.....	76
econazole.....	46	ENDOMETRIN.....	127
EDECRIIN.....	99	ENDUR-AMIDE.....	210
EDEX	188	ENDUR-THINE	210
EDLUAR	173	ENDUR-VM.....	203
EDURANT.....	67	ENFAMIL.....	108
E.E.S. 200.....	37, 38	ENGERIX-B.....	75
efavirenz	67, 68, 69	ENLITE SERTER.....	131
effer-k.....	114	ENLYTE	198
EFFER-K.....	114	enoxaparin	43
EFFIENT	65	ENSPRYNG	128
EFUDEX.....	62	ENSTILAR.....	184

Índice de medicamentos

entacapone	64, 65	estrogen,ester/me-testosterone	123
entecavir.....	70	ESTROVEN	203
ENTEREG	120	eszopiclone.....	173
ENTERO VU.....	97	ethacrynic.....	99
ENTRESTO.....	81	ethambutol.....	36
ENZOCLEAR	178	ethinyl estradiol/drospirenone.....	93
EPCLUSA.....	70	ethosuximide.....	90, 92
EPIDIOLEX.....	90	ethynodiol d-ethinyl estradiol.....	93
EPIDUO FORTE	175	etodolac.....	27, 28
EPIFOAM	184	etonogestrel/ethinyl estradiol	93
epinastine	48	etoposide	62
epinephrine.....	71, 100	etravirine	67
EPIPEN.....	71	EUCRISA	179
EPISIL.....	189	EULEXIN	56
EPIVIR.....	67, 70	EURAX.....	64
eplerenone.....	99	EVEKEO.....	72
eprosartan	82	EVENCARE.....	131
EPSOLAY	179	everolimus	57, 58, 128, 129
EPZICOM.....	66	EVICEL	76
EQ.....	197, 203, 212	EVISTA.....	194
EQ CHILD	212	EVOCLIN	42
eql.....	110, 193, 197, 203, 218, 222, 224, 226, 230, 233	EVOLUTION.....	131
eq slow release iron.....	110	EVOTAZ.....	68
eq vitamin.....	222, 226, 230, 233	EVOXAC	72
EQUETRO	165	EVRYSDI.....	191
EQ VISION	197	EXEL.....	142, 146
ERGOCAL	230	EXELDERM.....	46
ergocalciferol.....	230	EXEL HUBER	142
ergoloid.....	84	EXELON.....	71
ERGOMAR.....	19	exemestane.....	57
ergotamine tartrate/cafeine	15, 19	EXPECTA PRENATAL	160
ERIVEDGE.....	57	EXSERVAN	87
ERLEADA	56	EXTENDED RESERVOIR.....	146
erlotinib	59, 61	EXTINA.....	46
ERYPED	37	EYE HEALTH AND LUTEIN.....	197
ERY-TAB	38	EYE HEALTH PLUS LUTEIN TABLET	197
ery-tab dr	37	EYE MULTIVITAMIN	197
erythromycin.....	34, 37, 38, 41, 42	EYEPROTECT	197
escitalopram.....	166	EYSUVIS	101
ESGIC	15, 19	EZ.....	137, 152, 153
ESKATA	176	E-Z DISK.....	97
esomeprazole	27, 120	ezetimibe	84, 86
ESOMEPRAZOLE.....	120	ezetimibe-atorvastatin.....	85
ESSENCE C.....	226	ezetimibe/simvastatin.....	84
ESSENTIAL.....	160, 202, 203, 207, 208	E-Z-HD.....	97
estazolam.....	173	EZ-LETS.....	153
ESTER-C.....	226	E-Z-PAQUE.....	97
ESTRACE	123	E-Z-PASTE.....	97
estradiol.....	93, 94, 123, 126	EZ SMART LANCETS.....	153

Índice de medicamentos

F

FA-8.....	198	FIFTY50.....	137, 153
FABHALTA.....	75	fifty50 alcohol prep pads.....	177
FACTIVE.....	39	FIFTY50 SAFETY SEAL LANCETS.....	153
famciclovir.....	69	FILSUVEZ.....	195
famotidine.....	27, 118, 119	FILTER.....	142, 146, 148
fa/mv,ca,iron,min/lycopene/lut.....	203	FILTER ASPIRATOR.....	142
FANAPT.....	170	FINACEA.....	179
FARESTON.....	62	finasteride.....	196
FARXIGA.....	51	FINE.....	137, 143, 153
FARYDAK.....	55	FINE 30 UNIVERSAL LANCETS.....	153
FASENRA.....	32	FINGER GRIP.....	146
FATIGUE RELIEF COMPLEX.....	203	FINGERSTIX.....	137, 153
febuxostat.....	26	ingolimod.....	88
felbamate.....	90	FIORICET.....	15, 19, 24
FELBATOL.....	90	FIORINAL.....	15
FELDENE.....	28	FIRDAPSE.....	89
felodipine.....	77	FIRST-MOUTHWASH BLM.....	189, 191
FEMARA.....	57	FLAGYL.....	35
fenofibrate.....	86	flavoxate.....	196
fenofibric.....	86	flecainide.....	77
FENOGLIDE.....	86	FLECTOR.....	175
fenopfen.....	28	FLEVOXIN.....	226
FENORTHO.....	21	FLEXICHAMBER.....	158
fentanyl.....	22	FLINTSTONES.....	212, 213
feosol.....	110	FLOGEN.....	198
FEOSOL.....	110	FLOLIPID.....	85
FERAHEME.....	110	FLOMAX.....	196
FERGON.....	110	FLORIVA.....	105, 213
FER-IN-SOL.....	110	FLOVENT.....	32
FERIVA 21-7.....	110	FLOW-EZE.....	142
FERIVA FA.....	110	FLUAD.....	74
FERRACTIV IRON.....	110	FLUAD QUAD.....	74
FERRALET.....	110	FLUARIX QUAD.....	74
FERRETTIS IPS.....	110	FLUBLOK QUAD.....	74
FERRIMIN.....	110	FLUCELVAX QUAD.....	74
FERRIPROX.....	192	fluconazole.....	45
FERRLECIT.....	110	flucytosine.....	45
FERRO-SEQUELS.....	110	fludrocortisone.....	125
ferrous fumarate.....	110, 111	FLULAVAL QUAD.....	74
FERROUS FUMARATE.....	110	FLUMADINE.....	69
ferrous fum/vit c/b12-if/folic.....	110	FLUMIST QUAD.....	74
ferrous gluconate.....	110, 205, 206	flunisolide.....	100
ferrous sulfate.....	110	fluocinolone.....	101, 181, 183
ferumoxytol.....	110	fluocinonide.....	182
fesoterodine.....	196	fluorescein.....	96, 102
FETZIMA.....	167	FLUORESCEIN-BENOXINATE.....	102
FEXMID.....	159	fluoride.....	105, 106, 109, 114, 214
FIBRICOR.....	86	FLUORIDEX.....	105, 109
		fluorometholone.....	101

Índice de medicamentos

FLUOROPLEX.....	62	FORTEO.....	194
fluorouracil.....	62	FORTESTA.....	122
fluoxetine.....	166, 172	FORTISCARE.....	132
fluphenazine.....	172	FOSAMAX.....	194
FLURA-DROPS.....	106, 114	FOSAMAX PLUS D.....	194
flurandrenolide.....	181, 182	fosamprenavir.....	68
flurazepam.....	173	fosaprepitant.....	116
flurbiprofen.....	28, 101	fosfomicin trometamine.....	35
flutamide.....	56	fosinopril.....	80, 82
fluticasone.....	31, 100, 181, 182	fosinopril/hydrochlorothiazide.....	80
fluticasone propion/salmeterol.....	31	FRAGMIN.....	43
fluticasone-salmeterol.....	31	FREEDAVIDE.....	203
fluticasone-salmeterol 100-50.....	31	FREESTYLE.....	96, 132, 138, 153
fluvastatin.....	85	FREESTYLE INSULINX.....	96
fluvoxamine.....	166	FREESTYLE LITE.....	96
FLUZONE HIGH-DOSE.....	74	FROVA.....	19
FLUZONE HIGH-DOSE QUAD.....	74	frovatriptan succinate.....	19
FLUZONE QUAD.....	74	FRUIT C.....	226
FML.....	101	fruit c-100.....	226
fn vitamin.....	222	FRUIT C-100.....	226
FOLAGENT.....	203	ft.....	230
FOLAMAX.....	203	FT.....	193
FOLAMED.....	203	ful-glo.....	96
FOLIC.....	161, 198, 199, 203, 216, 221, 222, 224, 230	FUL-GLO.....	96
folic acid.....	110, 111, 112, 161, 162, 163, 164, 198, 199, 201, 202, 203, 204, 205, 206, 207, 209, 213, 214, 216, 218, 219, 220, 233	FULPHILA.....	92
folic/mvi ther-min/lycop/lut.....	203	FURADANTIN.....	38
FOLIKA.....	199, 203, 218, 230	furosemide.....	99
FOLIKA-D.....	230	FUSION.....	67, 111
FOLIKA-NC.....	218	FUZEON.....	67
FOLIKA-T.....	218	FYCOMPA.....	90
FOLIKA-V.....	199	G	
FOLINIC-PLUS.....	218	gabapentin.....	89, 90
FOLITE.....	199	GABITRIL.....	90
FOLIXAPURE.....	229, 230	GALAFOLD.....	192
FOLLISTIM AQ.....	126	galantamine.....	71
FOLTRATE.....	222	GALZIN.....	192
FOLTIX.....	218	ganirelix.....	125
FOLVITE-D.....	230	GANIRELIX.....	125
fondaparinux.....	43	GARDASIL 9.....	75
FORA.....	96, 131, 132, 137, 153	GASTROCROM.....	26
FORACARE.....	132, 137, 153	GASTROGRAFIN.....	97
FORACARE LANCETS.....	153	GASTROMARK.....	97
FORA GTEL.....	96, 131	gatifloxacin.....	34, 35
FORA LANCETS.....	153	GATIFLOXACIN-DEXAMETHASONE.....	33
formaldehyde.....	54, 174	GATTEX.....	121
formoterol.....	30	GAVRETO.....	59
FORTAMET.....	49	GEIOO.....	132
FORTAVIT.....	203	GELCLAIR.....	189
		GELFILM.....	102, 193

Índice de medicamentos

GEL-FLOW	76	GLYXAMBI.....	50
GELFOAM.....	76	gnp.....107, III, 160, 193, 197, 199, 203, 210, 215, 216, 218, 222, 224, 226, 230, 233, 234	
GELNIQUE	196	GNP B-COMPLEX PLUS VIT C TAB.....	203
GELX.....	189	gnp glucose.....	107
gemfibrozil	86	GNP VITAMIN E	233
GEMTESA	196	GOJJI	96, 132, 138, 153
GENADEK	203, 213	GOLYTELY	119
GENICIN	199, 218, 230	GONAL-F	126
GENICIN VITA-Q	199	GONITRO	78
GENICIN VITA-S.....	218	GOPRELTO	100
GENOTROPIN.....	125	GRALISE.....	89
gentamicin	34, 35, 42	granisetron.....	116
GENTEEL	131, 132	GRASTEK	73
GENTLE IRON.....	III	griseofulvin.....	46
GENVOYA.....	69	gs	107
GEODON.....	170	GS	54, 148, 160, 203
GERBER	203, 213	GS PRENATAL.....	160, 203
GERBER GROW MIGHTY	213	GUAIACOL.....	178
GERBER LIL BRAINIES.....	213	guaifen-codeine	95
GERITOL	199	GUAIFEN-CODEINE.....	95
GIALAX	119	guaifenesin/phenylephrine	94
GILOTRIF	59	guanfacine.....	83, 169
glatiramer	88	GUARDIAN.....	132, 133
glatopa.....	88	GUMMIES CHILDREN MULTIVITAMIN	213
GLEOLAN	96	GUMMY.....	160, 200, 212, 213, 222
GLEOSTINE.....	56	GVOKE.....	107
glimepiride.....	49, 50	GYNAZOLE	44
glipizide	49, 50	H	
GLOPERBA	26	HAEGARDA.....	190
GLUCAGEN	96	HAIR FORMULA	204
glucagon.....	107	HAIR, SKIN AND NAILS.....	201, 204, 209
GLUCAGON.....	63, 121	HAIR-SKIN-NAILS.....	218
GLUCO.....	107	halcinonide.....	182
GLUCOCARD.....	132	HALCION.....	173
GLUCOCOM.....	132, 138, 153	halobetasol	182, 250
glucose.....	106, 107, 108	HALOG.....	182
GLUCOSE.....	107	haloperidol.....	172
GLUCOSE 2.....	107	HARD NAILS.....	219
GLUCOSE CONTROL	129, 130, 131, 132, 134	HARVONI.....	70
GLUCOSE LIQUID.....	106, 107, 108	HEALON GV.....	105
GLUCOTROL	49	HEALTHPRO GLUCOSE CONTROL SOLN	133
GLUTOL	108	HEALTHY.....	133, 138, 153, 197, 207, 208
GLUTOSE-15.....	107	HEALTHY ACCENTS AUTOLET	133
GLUTOSE-45	107	HEALTHY ACCENTS UNILET LANCET	153
glyburide	49, 50	healthy eyes tablet.....	197
GLYCATE.....	115	HEALTHY EYES TABLET	197
glycine urologic solution.....	54	HEARTBURN ACID REFLUX.....	204
glycopyrrolate	115	HEMA-COMBISTIX.....	98
GLYNASE.....	50		

Índice de medicamentos

HEMATEX	III	hydrogen peroxide.....	174
HEMATOGEN.....	III	hydromorphone.....	22, 23
HEMATRON-AF	III	hydroxocobalamin.....	222
HEMAX.....	III	hydroxychloroquine	53, 251
HEMLIBRA	75	HYDROXYCHLOROQUINE.....	53
HEMOCYTE.....	III	HYDROXYPROPYLCELLULOSE	193
heparin.....	43, 44	hydroxyurea.....	56
HEPARIN.....	43, 44	hydroxyzine	47, 48
HEPLISAV-B.....	75	HYFTOR.....	128
HETLIOZ.....	173	HYLAVITE	219
HIBERIX.....	74	HYLAZINC.....	199
high potency multivitamin tab.....	204	hyoscyamine.....	117
HIGH POTENCY MULTIVITAMIN TAB	204	HYPER-SAL	191
HIPREX	35	HYPODERMIC NEEDLE.....	142, 149
HISTEX-AC.....	94	HYPOLANCE.....	133
hm.....	III, 160, 193, 199, 210, 219, 222, 226, 230, 234	HYPROMELLOSE	193
HM ALCOHOL 70% PREP PADS.....	177	HYRIMOZ.....	55
HM BIOTIN.....	219	HYSINGLA.....	23
HM HAIR, SKIN AND NAILS TABLET	204	I	
hm iron.....	III	ibandronate.....	194
HM MEN'S ONE DAILY TABLET	204	ibuprofen.....	22, 27, 28
HM ONE DAILY PRENATAL	160	ibuprofen/famotidine.....	27
hm prenatal.....	160	I-CAPS.....	197
hm slow release iron	III	ICAPS.....	197, 204
hm vit	222, 226	ICAPS AREDS2.....	197
hm vitamin.....	222, 226, 230, 234	ICAR.....	III
HM VITAMIN.....	230	icatibant.....	187
homatropine.....	104	ICLUSIG	59
HOMOCYSTEINE.....	219	icosapent.....	115
HORIZANT	87	IDHIFA	61
HORMONES.....	121, 122, 123, 124, 125, 126, 127, 186	IFE-BIMIX.....	188
HUMALOG	51	IGALMI	174
HUMATIN.....	52	ILET	133
HUMIRA.....	55, 251	ILEVRO.....	101
HUMULIN.....	51	I.L.X. B-12.....	III
HURRICAIN LUER-LOCK	142	IMBRUVICA	59
HYCAMTIN.....	58	IMCIVREE.....	63
HYCODAN.....	95	imipramine	168
hydralazine.....	83, 84	imiquimod.....	178
HYDREA.....	56	IMMUNERX	204
hydrochlorothiazide	80, 81, 83, 84, 99, 100	IMPAVIDO.....	53
hydrocodone.....	21, 22, 23, 95	IMPEKLO.....	182
hydrocodone-acetamin.....	21	IMURAN.....	128
HYDROCODONE-ACETAMIN.....	21	INBRIJA	64
hydrocodone/ibuprofen.....	22	INCONTROL.....	133, 138, 153, 177
hydrocort.....	33, 101, 121, 182, 184	INCONTROL LANCING DEVICE	133
hydrocortisone	101, 121, 124, 180, 182, 184	INCRELEX	125
hydrocortisone/acetic acid	101	indapamide.....	100
hydrocort-pramoxine	121, 184	INDICLOR	97

Índice de medicamentos

indomethacin	28	irbesartan.....	81, 82
INFANRIX DTAP	74	irbesartan/hydrochlorothiazide.....	81
INFANT-TODDLER MULTIVITAMIN	213	IRESSA.....	59
infant-toddler multivit-iron.....	213	IRONIO9, I10, I11, I12, I13, I14, I60, I64, 203, 208, 209, 210, 212, 213, 214, 215	
INFANT-TODDLER MULTIVIT-IRON	213	iron bg.....	I12, I61
INFANT-TODDLER TRI-VITAMIN.....	213	IRON BISGLYCINATE.....	I12
INFASURF	187	iron/c.....	I12
INFED.....	III	iron,carbonyl.....	I10, I11, I12
INFINITY	133	iron fm.....	I12, I13
INFUSION SET	130, 133, 135, 136, 157	iron/folic.....	I12, I61, I62, I63, 201, 205, 206, 209
INFUVITE	204, 213	iron fum.....	III, I12, I61, I62, 202, 206, 212
INGREZZA.....	87	iron fumarate	I12, I61
INJECT.....	138, 146, 153	iron polysac	I12
INJECTAFER.....	III	iron polysaccharide.....	III, I12, I13
INJECT EASE.....	153	IRONUP.....	I12
INJECT-EASE	146	IRO-PLEX.....	I12
INLYTA	59	IROSPAN.....	I12
INNER EAR PLUS.....	198	IS-D.....	230
INOVA	178	ISENTRESS.....	68
INPEN.....	133	isoflurane.....	25
INSET	157	isoniazid	36
INSET 30.....	157	ISOPROPANOL	193
INSET 30 TUBING.....	157	isopropyl	177, 192, 193
INSPIRACHAMBER.....	158	isopropyl alcohol.....	177, 192, 193
INSPIRA.....	99	ISOPROPYL ALCOHOL	177, 192, 193
INSTACLEAN	193	ISOPROPYL ALCOHOL 70% SPRAY	54
INSTA-GLUCOSE.....	107	isopropyl rubbing alcohol.....	193
insta-glucose gel.....	107	ISOPROPYL RUBBING ALCOHOL.....	193
INSUL-CAP.....	133	ISOPTO CARPINE.....	103
INSUL-EZE.....	133	ISORDIL	78
INSULIN	48, 49, 50, 51, 125, 144, 146, 148, 150	isosorbide.....	78, 84
INSULIN CARTRIDGE.....	146	isotretinoin.....	175
INSULIN SYRINGE U-500.....	146	isoxsuprine	84
INTEGRA.....	III, 142, 146	isradipine	77
INTELENCE	67	itraconazole.....	45
INTERLINK.....	146	IV 3000	150
INTRINSI	222	IV3000	150
INVACARE	138, 153	IV ADMINISTRATION SET	157
INVEGA	170	ivermectin.....	53, 64, 179
INVELTYS.....	101	IWILFIN.....	59
INVIRASE	68	J	
iodine/potassium iodide	184	JAKAFI	57
iodine/sodium iodide	184	JALYN.....	196
IODOFLEX	184	JANSSEN COVID-19 VACCINE.....	73
IODOSORB	184	JANUMET.....	50
IOPIDINE.....	103	JANUVIA.....	49
IPOL.....	73	JARDIANCE.....	51
ipratropium	29, 30, 100		

Índice de medicamentos

JATENZO.....	122	KRISTALOSE	119
JOENJA.....	187	kroger glucose.....	107
JORNAY.....	169	kro glucose.....	107
JUBLIA	46	kro isopropyl alcohol 91%	193
JULUCA.....	66	k-tab.....	114
JUST 4 KIDZ MULTIVIT-PROBIOTIC.....	213	K-TAB	114
JUSTRIGHT 5000	105, 109	KYLEENA	94
JUXTAPID	85	KYNMOBI	64
JYNARQUE.....	99	L	
JYNNEOS.....	75	labetalol.....	81
K		LABSTIX REAGENT	98
KI-1000	235	lacosamide	90
K2.....	229, 230, 235	LACRISERT	101
KADIAN	23	lactulose.....	115, 119
KALETRA	68	LAMICTAL	90, 91
KALYDECO	186, 187	lamivudine.....	66, 67, 70
KAPVAY	169	lamivudine/zidovudine.....	66
KARBINAL	48	lamotrigine	91
KENALOG	182, 183	lancets.....	138, 151, 153, 154
KENDALL	146, 150	LANCETS.....	138, 151, 152, 153, 154, 155, 156
KENDALL DISINFECTANT CAP.....	146	LANCETS THIN.....	153
KERENDIA	99	LANCETS ULTRA THIN.....	153
KESIMPTA	88	LANCING DEVICE.....	129, 130, 131, 132, 133, 134, 135, 136
KETAMINE	174	LANCING SYSTEM	133
ketoconazole.....	45, 46	LANOXIN	78
ketodan	46	lansoprazole.....	117, 120
KETO-DIASTIX REAGENT.....	98	lansoprazole/amoxicilin/clarith.....	117
KETONE CARE TEST STRIP.....	97	lanthanum carbonate	108
KETONE TEST STRIP.....	96, 98	LANZO	133
ketoprofen	28	lapatinib ditosylate.....	59, 61
ketorolac.....	21, 101	LASIX.....	99
KETOSTIX REAGENT	98	LASTACRAFT	48
KIDS COD LIVER OIL.....	213	latanoprost	103
KIDS MULTIVITAMIN.....	213	LATANOPROST	103, 104
KINRIX.....	74	LAZANDA.....	23
KISQALI.....	59	leader glucose.....	107
KITABIS PAK.....	35	leader quick dissolve gluc.....	107
KLARITY	34, 101, 102, 105	lecithin/pyridoxine/kelp.....	204
KLARITY-A(AZITHROMYCIN-CHONDR).....	34	leflunomide	26
KLARON.....	175	lenalidomide	58
KLOXXADO	44	LENVIMA.....	59
KOSELUGO.....	57	LESCOL.....	85
KOSHER PRENATAL.....	160	L.E.T.	25
K-PAX.....	204	letrozole.....	57
K-PHOS.....	114	leucovorin.....	188
KPN PRENATAL	160	LEUKERAN	56
kpn tablet.....	161	levabuterol	30
KRINTAFEL.....	53	LEVBIID.....	117
		LEVER LOCK CANNULA	147

Índice de medicamentos

levetiracetam	91	l-norgest/e.estradiol-e.estrad	93
LEVITRA	188	LODINE	28
levobunolol	103	LODOSYN	65
levocarnitine	194	LOKELMA	108
levofloxacin	34, 39	LOMAIRA	63
LEVOMEFOL	219	LOMOTIL	115
levomefolate	198, 199, 216, 217, 219, 220	longs glucose	107
LEVOMEFOLATE	219	LONHALA MAGNAIR	29
levonorgestrel/ethin.estradiol	93	LONSURF	56
levorphanol	23	LOPID	86
levothyroxine	186	lopinavir/ritonavir	68
LEVSIN	117	LOPRESSOR	83
LEVULAN	62	LOPROX	46, 47
LEXIVA	68	lorazepam	164, 165
LICART	175	LORBRENA	59
lidocaine	25, 121, 184	LORID	219
LIDOCAINE-EPINEPHRIN-TETRACAIN	25	LORMATE	219
LIDOCAINE-HYDROCORT	121	LORTAB	21
LIDOCAN	25	LORZONE	159
LIFESHIELD BLUNT CANNULA	142, 147	losartan/hydrochlorothiazide	81
LILETTA	94	losartan potassium	82
lindane	184	LOTEMAX	102
linezolid	38	LOTENSIN	80, 82
LINZESS	119	LOTENSIN HCT	80
liothyronine	186	loteprednol etabonate	102
LIPO	198, 254	lovastatin	85
LIPO-FLAVONOID PLUS	198	loxapine	172
LIPOTRIAD	197	lubiprostone	119
LIQUID C	226	LUCENTIS	104
LIQUID E-Z PAQUE	97	LUER LOCK	144, 145, 146, 147
LIQUID POLIBAR PLUS	97	LUER-LOK	143, 147, 148
lisdexamfetamine	168	LUERSLIP	147
lisinopril	80, 82	LUER SLIP TIP	147
lisinopril/hydrochlorothiazide	80	LUER TIP CAP	147, 149
LITE	96, 133, 138, 153, 154, 226	LUMAKRAS	57
LITEAIRE	158	LUMIGAN	103
LITE TOUCH	133, 153	LUMRYZ	173
LITETOUCH	158	LUPKYNIS	128
LITFULO	195	LYDIA PINKHAM HERBAL	112
lithium	165	LYMEPAK	40
LITHOBID	165	LYNPARZA	59
LITHOSTAT	115	LYSODREN	62
LIVALO	85	LYSTEDA	75
LIVITA	213	LYTGOBI	59
LIVMARLI	119	LYUMJEV	52
LIVTENCITY	69	M	
l-mefol/a-cyst/mebl2/algal oil	219	MACROBID	38
lmeolate/b3/copp/znsel/chrom	204	MACRODANTIN	38
L-METHYLFOL	219	MACULAR BENEFITS	197

Índice de medicamentos

MACUVEX.....	197	MENQUADFI.....	74
MACUZIN.....	197	MEN'S 50 PLUS.....	204, 207
mafenide.....	42, 43	MEN'S DAILY.....	204
MAGELLAN.....	147	MEN'S MULTIVITAMIN.....	204, 207
MALARONE.....	53	MENVEO.....	74
malathion.....	184	meperidine.....	23
maprotiline.....	168	MEPHYTON.....	235
maraviroc.....	66, 67	meprobamate.....	165
MAR-COF CG.....	95	MEPRON.....	54
MARINOL.....	116	mercaptipurine.....	56
MARNATAL-F.....	161	MERIBIN.....	219
MARPLAN.....	165	mesalamine.....	118
MATULANE.....	62	MESNEX.....	188
MAVENCLAD.....	88	METANX.....	219
MAXFE.....	112	metaproterenol.....	30
MAXIMIN.....	204	metaxalone.....	159
MAXIMUM D3.....	230	metformin.....	49, 50
MAXITROL.....	33	METHACHOLINE.....	96
MAXI-TUSS CD.....	94	methadone.....	23
MAXZIDE.....	99	methamphetamine.....	72
MAYZENT.....	88	METHAVER.....	219
MEBOLIC.....	204	methazolamide.....	98
meclofenamate.....	28	methenam.....	36
mecobal/levomefolat ca/b6 phos.....	219	methenamine hippurate.....	35, 36
MEDI-FIRST ISOPROPYL ALCOHOL.....	54	methenamine mandelate.....	36
MEDIHONEY.....	179	methenam/sod phos/mblue/hyoscy.....	36
MEDISENSE.....	133, 138, 153	methen/mblue/sal/sod phos/hyos.....	36
medlance.....	138, 153, 154	methimazole.....	186
MEDLANCE.....	138, 153, 154	METHITEST.....	122
medlance plus.....	153, 154	meth/meblue/sod phos/psal/hyos.....	35
MEDLANCE PLUS.....	153, 154	methocarbamol.....	159, 160
MEDROL.....	124	methotrexate.....	56
medroxyprogesterone.....	93, 126	methoxsalen.....	174
MEDTRONIC.....	133	methscopolamine.....	117
MEDTYCHOLL-B.....	219	METHYL B-12.....	222
mefenamic.....	21	METHYLCOBALAMIN.....	223
mefloquine.....	53	methyldopa.....	83
MEGA BIOTIN.....	219	methylergonovine.....	125
megestrol.....	62, 196	METHYLFOLATE.....	199
meijer glucose.....	107	METHYLIN.....	169
MEKINIST.....	57	methylphenidate.....	169, 170
meloxicam.....	28	METHYLPHENIDATE.....	169
melphalan.....	55, 56	methylprednisolone.....	124
memantine.....	87	METHYL PROTECT.....	219
MEMANTINE.....	87	methyl salicylate.....	178
MEN 50.....	200, 202, 204, 209	methyltestosterone.....	121, 122
MENACTRA.....	73	metoclopramide.....	119
MENOPUR.....	126	metolazone.....	100
MENOSTAR.....	123	METOPIRONE.....	97


Índice de medicamentos

metoprolol.....	83, 84	modafinil.....	173
METOPROLOL SUCCINATE ER-HCTZ.....	84	MODERNA COVID.....	73
METROCREAM.....	179	MODERNA COVID-19 BOOSTER.....	73
METROGEL.....	40, 179	moexipril.....	82
METROGEL-VAGINAL.....	40	molindone.....	172
metronidazole.....	35, 40, 41, 179	mometasone.....	100, 183
metyrosine.....	83	MONOCAPS.....	204
mexiletine.....	77	MONODOX.....	40
MIACALCIN.....	127	MONOFERRIC.....	112
miconazole.....	45	MONOJECT.....	142, 147, 148
MICRO.....	135, 138, 143, 154, 185	MONOLET.....	138, 154
MICROCHAMBER.....	158	MONSEL'S.....	76
MICRODOT.....	133	montelukast.....	32
MICROLET.....	133, 138, 154	morgidox.....	40
MICROSPACER.....	158	MORGIDOX.....	40
MICROTAINER.....	152, 154	morphine.....	23, 24
MICRO THIN LANCET.....	154	MOTOFEN.....	115
MICRO THIN LANCETS.....	154	MOUNJARO.....	49
midazolam.....	173	MOUTHPIECE.....	158
MIDAZOLAM.....	173, 174	MOVANTIK.....	44
midodrine.....	72	MOXATAG.....	38
MIEBO.....	101	moxifloxacin.....	34, 35, 39
MIFEPREX.....	190	MOXIFLOXACIN.....	33
mifepristone.....	50, 190	MS CONTIN.....	24
miglitol.....	49	ms glucose.....	107
miglustat.....	191	ms quick dissolve glucose.....	107
MIGRANAL.....	19	MTERYTI.....	161
MINI LANCING DEVICE.....	133, 134	MTX.....	223
MINIMED.....	133, 134, 147	MUCOSITISRX.....	189
MINIMED RESERVOIR.....	147	MULTAQ.....	77
MINI PRENATAL.....	161	MULTI-BETIC.....	197
MINIPRESS.....	81	MULTI-DAY PLUS MINERALS.....	204
MINITRAN.....	79	multi for her.....	204
minocycline.....	40	MULTI FOR HER.....	204
MINOLIRA.....	40	MULTI-LANCET.....	134
minoxidil.....	83	multilex.....	205
MIRAPEX.....	65	MULTILEX.....	205
MIRENA.....	94	MULTI PRO.....	204
mirtazapine.....	164	MULTISTIX.....	98
MIRVASO.....	179	MULTIVITAMINI62, 197, 198, 199, 200, 201, 202, 203, 204, 205, 206, 207, 208, 209, 210, 212, 213, 219	
misoprostol.....	27, 117	MULTI-VITE.....	205
MITIGARE.....	26	MULTI-VIT-FLOR.....	213
MITOMYCIN.....	104	MULTIVIT-FLUOR.....	214
MITOSOL.....	105	multivit-min/fa/lycopen/lutein.....	201, 205
MIXED TOCOTRIENOLS.....	234	mupirocin.....	42
MKO.....	174	MURI-LUBE.....	193
M-M-R II VACCINE.....	74	MUSE.....	188
MOBIC.....	28	mv.....	III, 112, 113, 200, 203, 206, 207
MOBILE.....	138		

Índice de medicamentos

M.V.I. PEDIATRIC.....	213	nebusal.....	191
mvn.....	202, 206	NEBUSAL.....	191
MVW.....	206, 214	NEEDLE.....	141, 142, 143, 146, 147, 148, 149
MVW COMPLETE.....	214	needles,safety huber,disposabl.....	142
MYALEPT.....	127	NEEVODHA.....	206
MYAMBUTOL.....	36	nefazodone.....	167
MYCAPSSA.....	126	neomycin.....	33, 34, 35, 174
MYCOBUTIN.....	36	neomycin/bacit/p-myx/hydrocort.....	33
mycophenolate.....	128	neomycin/bacitracin/polymyxinb.....	34
MYDAYIS.....	72	neomycin/polymyxin b/dexametha.....	33
MYDRIACYL.....	104	neomycin/polymyxin b/hydrocort.....	33
MYDRIATIC4.....	102	neomycin/polymyxn b/gramicidin.....	34
MYFEMBREE.....	125	neomycin sulfate.....	35
MYFORTIC.....	128	NEONATAL.....	112, 161
MYGLUCOHEALTH.....	134, 138, 154	NEONATAL FE.....	112
MYLERAN.....	56	NEORAL.....	128
MYRBETRIQ.....	196	NEO-SYNALAR.....	41
MYSOLINE.....	91	NEOVITE.....	206
MYXREDLIN.....	52	NEPHRON FA.....	219
N		NEPHRO-VITE.....	219
nabumetone.....	28, 29	NERIA.....	157
nadolol.....	83	NERLYNX.....	59
naftifine.....	47	NESTABS.....	161, 206
NAFTIN.....	47	NEUAC.....	175
NALFON.....	28	neuac gel.....	175
NALOCET.....	21	NEULUMEX.....	97
naloxone.....	24, 44, 195	NEUPRO.....	65
naltrexone.....	44	NEURIN-SL.....	223
NAMENDA.....	87	NEUTRASAL.....	189
NAMZARIC.....	87	nevirapine.....	67
NANO.....	142, 143, 164, 214	NEXAVAR.....	60
NANO 2ND GEN.....	142	NEXCARE TEGADERM.....	150
NANOVM.....	214	NEXLETOL.....	85
NAPRELAN.....	28	NEXLIZET.....	85
NAPROSYN.....	27, 28	niacin.....	86, 210, 211
naproxen.....	20, 27, 28, 29	NIACIN.....	210, 211
naproxen/esomeprazole mag.....	27	niacinamide.....	211
naratriptan.....	19, 20	NIACINAMIDE.....	211
NARCAN.....	44	NIACOR.....	86
NARDIL.....	165	nicardipine.....	77
NASCOBAL.....	223	NICOMIDE.....	206
NATACHEW.....	161	NICOTROL.....	185
NATACYN.....	44	nifedipine.....	78
nateglinide.....	50	NIFEREX.....	112
NATPARA.....	126	NILANDRON.....	56
NAYZILAM.....	89	nilutamide.....	56
nebivolol.....	83	nimodipine.....	78
NEBUPENT.....	54	NINJACOF-XG.....	96

Índice de medicamentos

NINLARO.....	60	NUFOLA.....	219
nisoldipine.....	78	NU-IRON.....	113
nitazoxanide.....	64	NULEV.....	117
nitisinone.....	191	NULYTELY.....	119
NITRO-DUR.....	79	NUMBRINO.....	100
nitrofurantoin.....	38	NUMOISYN.....	189, 190
nitroglycerin.....	79, 120, 257	NUPLAZID.....	166
NITROLINGUAL.....	79	NURTEC ODT.....	20
NITROMIST.....	79	NUTRIVIT.....	206
NITROSTAT.....	79	NUVESSA.....	41
NITYR.....	191	NUZYRA.....	40
NIVA-FOL.....	219	NYMALIZE.....	78
NIVA-PLUS.....	206	nystatin.....	46, 47
nizatidine.....	119		
NOCDURNA.....	123	OB COMPLETE.....	161, 206
NO FLUSH NIACIN.....	211	OBREDON.....	96
NOKOR.....	142	OBSTETRIX EC.....	161
nolix.....	183	OBSTETRIX ONE.....	206
norelgestromin/ethin.estradiol.....	94	OBTREX DHA.....	161
noreth-ethinyl estradiol/iron.....	93	O-CAL FA.....	206
norethind-eth estrad.....	93, 123	OCALIVA.....	118
norethindrone.....	93, 123, 126	OCUFLOX.....	34
norethin-ee.....	93	OCULAR VITAMINS.....	197
norethin-eth estrad.....	123	OCUVEL.....	197
NORGESIC.....	160	OCUVITE.....	197, 206
norgestimate-ethinyl estradiol.....	93	ODACTRA.....	73
norgestrel-ethinyl estradiol.....	93	ODEFSEY.....	68
NORM-JECT.....	148	ODOMZO.....	57
NORPRAMIN.....	168	OFEV.....	187
nortriptyline.....	168	ofloxacin.....	33, 34, 39
NORVIR.....	68	OGSIVEO.....	60
NORWEGIAN COD LIVER OIL.....	216	olanzapine.....	170, 171, 172
NOURIANZ.....	65	olmesartan/amlodipin/hcthiazyd.....	81
NOVA.....	134, 138, 154	olmesartan/hydrochlorothiazide.....	81
NOVAFERRUM.....	112, 214	olmesartan medoxomil.....	82
NOVAMAX PLUS.....	96, 134	olopatadine.....	100
NOVAMV.....	214	OLPRUVA.....	115
NOVAREL.....	127	OLUX.....	183
NOVAVAX COVID-19 VACC,ADJ.....	73	om-3.....	206
NOVOPEN 3.....	134	OMECLAMOX-PAK.....	117
NOVOPEN ECHO.....	134	omega-3 acid.....	115
NOXAFIL.....	45	omeprazole.....	120
NOXIFOL-D3.....	230	OMNIPAQUE.....	96
NUBEQA.....	56	OMNIPOD.....	134
NUCALA.....	32	OMNITROPE.....	125
NUCORT.....	183	OMNIVEX.....	206
NUDEXTA.....	87	OMVOH.....	127
NUFERA.....	112	ON CALL.....	134, 139, 154

Índice de medicamentos

ONCOVITE.....	207	OVACE.....	176
ondansetron.....	116	OVAL TAPE.....	134
ONE A DAY.....	161, 215	OVIDE.....	184
ONE-A-DAY.....	161, 207, 208, 214	OVIDREL.....	127
one daily.....	163, 202, 203, 207, 208, 209	oxandrolone.....	122
one-daily.....	208	oxaprozin.....	27, 29
ONE DAILY.....	160, 200, 203, 204, 207, 208	oxazepam.....	165
ONE-DAILY.....	208	oxcarbazepine.....	91
ONETOUCH.....	96, 134, 139, 154	OXERVATE.....	105
ONETOUCH DELICA.....	134, 154	oxiconazole.....	47
ONETOUCH ULTRA.....	96, 134	OXTELLAR.....	91
ONETOUCH VERIO.....	96, 134	oxybutynin.....	196
ONEVITE.....	208	oxycodone.....	21, 22, 24
ONE WAY MOUTHPIECE.....	158	oxycodone hcl/acetaminophen.....	21, 22
ONEXTON.....	175	OXYCONTIN.....	24
ON-THE-GO.....	139, 154	oxymorphone.....	24
OPFOLDA.....	191	OXYTROL.....	196
opium/belladonna.....	24	OZEMPIC.....	48
opium tincture.....	115	P	
OPSITE.....	150	PACNEX.....	178
OPSUMIT.....	79	paliperidone.....	170
OPTICHAMBER.....	158	PALYNZIQ.....	73
OPTIFAST.....	208	PAMELOR.....	168
OPTIMAL D3 M.....	230	PAN-C.....	226
OPTISOURCE.....	208	PANCREAZE.....	120
OPTUMRX.....	134	PANDA.....	158
OPURITY.....	208, 223	PANDEL.....	183
OPZELURA.....	184	PANRETIN.....	62
ORACIT.....	114	PANTETHINE.....	212
ORALAIR.....	73	pantoprazole.....	120
ORAMAGICRX.....	189	PAPAVERINE-PHENTOLAMINE.....	188
ORAPRED ODT.....	124	PAPAVERINE-PHENTOLMN-ALPROSTD	188
ORAVIG.....	45	PARADIGM.....	134, 148, 157
ORENITRAM.....	79	paregoric.....	115
ORFADIN.....	191	PAREMYD.....	104
ORGOVYX.....	58	paricalcitol.....	190
ORIAHNN.....	125	PARLODEL.....	65
ORLISSA.....	125	PARNATE.....	165
ORKAMBI.....	186	paromomycin.....	52
ORLADEYO.....	187	paroxetine.....	166, 191
ORLISTAT.....	63	PARVLEX.....	113
orphenadrine.....	160	PASER.....	36
ORTHO DF.....	230	PATANASE.....	100
oseltamivir.....	69	PAXIL.....	166
OSENI.....	48	pazopanib.....	60
OSTACHOL.....	230	PEDIA POLY-VITE.....	214
OTEZLA.....	26	pedia poly-vite iron.....	214
OTIPRIO.....	33	PEDIARIX.....	75
OTOVEL.....	33	PEDIATRIC MASK.....	158

Índice de medicamentos

PEDIATRIC MONITOR.....	134	PHENYTEK.....	91
pediatric multivit	214	phenytoin	90, 91
pediatric multivitamin.....	212, 215	PHOSLYRA.....	108
PEDIATRIC PANDA MASK	158	PHOSPHOLINE IODIDE	103
PEDIATRIC POLY-VITAMIN.....	215	PHOTREXA.....	101
PEDIATRIC POLY-VITE.....	215	PHYSIOLYTE.....	174
PEDIATRIC TRI-VITAMIN	215	PHYSIOSOL.....	174
PEDIATRIC TRI-VITE.....	215	phytonadione.....	235
PEDIA TRI-VITE.....	214	PHYTONADIONE.....	235
pedi multivit.....	212, 213, 214	pilocarpine.....	72, 73, 103
ped mvit	214	pimecrolimus.....	128
PEDVAXHIB	75	pimozide.....	170
peg3350/sod sulf,bicarb,cl/kcl	119, 120	pindolol.....	83
peg3350/sod sul/nacl/kcl/asb/c.....	119	pioglitazone	50
PEGASYS.....	70	PIP	134, 139, 154
PEMAZYRE	60	PIP GLUCOSE CONTROL SOLUTION	134
PENBRAYA.....	74	PIP LANCET	154
penciclovir.....	71	PIQRAY	60
penicillamine.....	26	pirfenidone.....	190
penicillin.....	38	piroxicam	28, 29
PENTACEL	75	PISTON ENFIT	148
pentamidine.....	54	pitavastatin.....	85
PENTASA.....	118	PLEGRIDY	88
pentazocine	24	PLEXION	42, 176
pentoxifylline.....	77	PNEUMOVAX 23	74
PEPCID	119	pnv	161, 163
PERFECT IRON	113	pnv8l	161
PERIDEX.....	188	POCKET CHAMBER.....	158
PERIDIN-C.....	226	PODIAPN	219
perindopril erbumine.....	82	podofilox.....	178
permethrin.....	64	POLIBAR ACB.....	97
perphenazine.....	172	polyethylene.....	193
perphenazine/amitriptyline hcl.....	167	POLY HUB	142
PFIZER COVID	73	polymyxin b sulf/trimethoprim	34
PHARMABASE BARRIER.....	178	POLYSKIN II.....	150
pharm choice alcohol prep pads	177	POLYTRIM.....	34
PHARM CHOICE ALCOHOL PREP PADS.....	177	POLY-TUSSIN AC.....	94
PHASEAL	142	POLY-VI-FLOR	215
PHEBURANE.....	190	poly-vi-sol	215
phenazopyridine	26	POLY-VI-SOL	215
phendimetrazine.....	63	POLY-VITA.....	215
phenelzine.....	165	POLY VITAMIN-IRON.....	208
phenobarb/hyoscy/atropine/scop	117	POLY-VITE.....	214, 215
phenobarbital	117, 173	POMALYST	58
phenobarbital-belladonna elixr	117	PONVORY	88
PHENOBARBITAL-BELLADONNA ELIXR	117	POSACONAZOLE.....	45
phenoxybenzamine.....	72	posaconazole dr	45
phentermine	62, 63	POTABA.....	219
phenylephrine.....	47, 94, 103	potassium bicarbonate/cit ac.....	114

Índice de medicamentos

potassium chloride.....	114	PREVNAR 13.....	74
potassium citrate.....	114	PREVNAR 20.....	74
potassium iodide.....	109, 184	PREVYMIS.....	69
potassium iodide/iodine.....	109	PREZISTA.....	66
pramipexole.....	65	PRIFTIN.....	36
PRAMOSONE.....	184	PRIMACARE.....	163
PRANDIN.....	50	primaquine.....	53
prasugrel.....	65	PRIMAQUINE.....	53
pravastatin.....	85	PRIMEAIRE.....	158
praziquantel.....	53	primidone.....	91
prazosin.....	81	PRIMSOL.....	36
PR BENZOYL PEROXIDE.....	178	PRIORIX.....	75
PRECISIONGLIDE.....	142, 148, 149	PRISMASOL.....	114
PRECISION XTRA.....	96, 134	probenecid.....	29
PRECOSE.....	49	PROCARDIA.....	78
PRED FORTE.....	102	PROCARE SPACER.....	158
PRED-G.....	33	PROCERV HP.....	208
prednicarbate.....	181, 183	PROCHAMBER.....	158
prednisolone.....	34, 102, 124	prochlorperazine.....	116
PREDNISOLONE.....	33, 34, 102	PRO COMFORT.....	139, 154, 158, 177
PREDNISOLONE ACET-GATIFLO-BROM.....	34	PROCORT.....	121
PREDNISOLONE ACET-GATIFLOXACIN.....	33	PROCTOCORT.....	121
PREDNISOLONE ACET-MOXIFLOXACIN.....	33	PRODIGY.....	134, 139, 148, 154
PREDNISOLONE AC-MOXIFLOX-BROMF.....	34	PRODIGY COUNT-A-DOSE.....	148
PREDNISOLONE AC-MOXIFLOX-NEPAF.....	34	PRO FE.....	113
PREDNISOLONE PHOS-GATIFLO-BROM.....	34	PROFERRIN.....	113
PREDNISOLONE PHOS-GATIFLOXACIN.....	33	PROFOLA.....	208
PREDNISOLONE PHOS-MOXIFLO-BROM.....	34	progesterone.....	126
PREDNISOLONE PHOS-MOXIFLOXACIN.....	33	PROGLYCEM.....	107
prednisone.....	124	PROGRAF.....	128, 129
preferred plus glucose.....	107	prolate.....	22
PREFEST.....	123	PROMACTA.....	92
pregabalin.....	91, 195	promethazine.....	48, 94, 95, 116
PREGNYL.....	127	PROMETRIUM.....	126
PREHEVBRIO.....	75	propafenone.....	77
PREMARIN.....	126	proparacaine.....	102
PRENATA.....	161	propranolol.....	83, 84
prenatal.....	160, 161, 162, 163, 164	propylthiouracil.....	186
PRENATAL.....	160, 161, 162, 163, 164, 200, 203	PROQUAD.....	75
prenatal71.....	163	PRORENAL.....	208, 219
PRENATE.....	163, 208	PROSCAR.....	196
PREPIDIL.....	125	PROSTIN E2.....	125
PRESERVISION.....	197	PROTECT.....	106, 113, 208, 219
PRESSURE.....	103, 104, 139, 154	PROTECT IRON.....	113, 208
PRESSURE ACTIVATED LANCETS.....	154	PROTHELIAL.....	189
PRESTALIA.....	80	PROTOPIC.....	128
PRETOMANID.....	36	protriptyline.....	168
PREVENT.....	216	PROVERA.....	93, 126
PREVIDENT.....	105, 106, 109	PROVIDA OB.....	163

Índice de medicamentos

PROVOCHOLINE.....	96	RADICAVA ORS.....	87
pseudoephed/codeine/guaifen.....	95	RADIOGARDASE.....	192
PSV SET.....	157	ra glucose.....	107
pub glucose.....	107	RAGWITEK.....	73
PULMOZYME.....	187	ra high potency iron.....	113
PURE.....	139, 154, 158, 177	RA HIGH POTENCY IRON.....	113
PURE COMFORT.....	154, 158, 177	ra iron.....	113
PUREFE.....	208	ra isopropyl alcohol 70%.....	193
PURIXAN.....	57	RA ISOPROPYL ALCOHOL 70% WIPES.....	177
PUSH.....	139, 154	ra isopropyl alcohol 91%.....	193
PUSH BUTTON.....	154	raloxifene.....	194
pyrazinamide.....	36	ramelteon.....	173
pyridostigmine.....	71	RA MEN'S.....	208
PYRIDOSTIGMINE.....	71	ramipril.....	82
pyridoxine.....	204, 224, 225	RA NIACIN.....	211
PYRIDOXINE.....	224	ranitidine.....	119
pyrimethamine.....	53	ranolazine.....	77
PYRUKYND.....	76	ra one daily prenatal dha pack.....	163
Q		RAPAMUNE.....	129
qc.....	163, 177, 193, 230	RAPID B-12 ENERGY.....	223
qc alcohol 70% swabs.....	177	ra prenatal tablet.....	163
qc prenatal tablet.....	163	rasagiline.....	64, 65
QSYMIA.....	63	RASUVO.....	26
Q-SYTE.....	157	RAVICTI.....	115
QUADRACEL DTAP-IPV.....	75	ra vit.....	223, 226
QUALAQUIN.....	53	RA VIT.....	223
QUDEXY.....	91	ra vitamin.....	216, 223, 226, 231, 234
QUELBREE.....	170	ra vitamin a.....	216
QUERCETIN.....	198	RA VITAMIN C.....	226
QUESTRAN.....	86	RAYALDEE.....	190
quetiapine.....	170, 171	RAYA SURE.....	143
QUFLORA.....	215	RAYOS.....	125
QUICK RELEASE SOFT TEFLON.....	134	RAZADYNE.....	71
quinapril.....	80, 82	READI-CAT 2.....	97
quinapril/hydrochlorothiazide.....	80	READYLANCE.....	139, 154
QUIN B STRONG.....	219	REBIF.....	88, 89
QUINCE SPINAL.....	143	RECOMBIVAX HB.....	75
quinidine.....	77	RECOTHROM.....	76
quinine.....	53	RECTIV.....	120
QUINTABS.....	208	REFUAH.....	134
QULIPTA.....	20	REGLAN.....	119
QUVIVIQ.....	174	REGRANEX.....	178
QVAR REDHALER.....	32	REGULAR BEVEL.....	143
R		RELAFEN.....	29
ral07, 113, 163, 177, 193, 199, 208, 209, 211, 216, 219, 223, 225, 226, 231, 234		RELAGARD.....	52
ra alcohol swabs.....	177	RELENZA.....	69
ra balanced.....	219	RELEXXII.....	170
rabeprazole.....	121	RELIAMED.....	134, 139, 154, 155
		RELION.....	108, 139, 155, 177

Índice de medicamentos

reli-on glucose	108	RISPERDAL	171
relion glucose	108	risperidone	171
RELION GLUCOSE	108	RITEFLO	158
RELISTOR.....	44	ritonavir.....	68
REMEDIENT.....	209	rivastigmine.....	71
REMERON	164	rizatriptan.....	20
RENACIDIN.....	114	R-NATAL.....	163
RENAL VITAMIN.....	219	ROBINUL.....	115
RENAL-VITE.....	219	ROCALTROL	231
RENAPLEX.....	220	roflumilast.....	33
RENVELA.....	108	ropinirole	65
repaglinide	50	rosadan.....	179
REPATHA	85	ROSADAN.....	179
REPLACEMENT	75, 109, 110, 111, 112, 113, 114	rosula	42
REPLACEMENT PEDIATRIC MONITOR	134	ROSULA	42
REPLESTA	231	ROSZET	84
REQ49+	199	ROTARIX.....	73
RESPA A.R.....	94	ROTATEQ.....	73
RESTASIS.....	105	ROWASA	118
RESTORIL.....	173	ROXICODONE.....	24
RETEVMO	60	ROXIFOL.....	231
RETIN-A	185	ROZLYTREK	60
RETROVIR.....	67	RUBRACA	60
REVATIO	79	rufinamide.....	91
REVESTA	231	rutin	198
REVLIMID	58	RUZURGI	89
REXULTI	172	RYALTRIS	100
REYATAZ.....	68	RYBELSUS.....	48
REYVOW.....	20	RYCLORA.....	48
REZUROCK	195	RYDAPT.....	60
RHOFADE	179	RYTARY	65
ribasphere	70	RYTHMOL	77
ribavirin	70	RYVENT	48
riboflavin.....	224	S	
RIBOFLAVIN.....	224	SAFE-CLIP	135
RIBOZEL.....	220	SAFESNAP.....	148
RIDAURA.....	26	SAFETY ..136, 137, 138, 139, 140, 141, 144, 147, 148, 149, 152, 153, 154, 155, 156	
rifabutin.....	36	SAFETYGLIDE.....	143, 144, 148
rifampin	36	SAFETY LANCETS	152, 154, 155
RIGHTEST.....	135, 139, 155	SAFETY-LET.....	155
RILUTEK.....	87	SAFETY-LOK	148
riluzole.....	87	SAFETY SEAL LANCETS	153, 155
rimantadine.....	69	SAFETY SYRINGE	147, 148, 149
RIMSO-50.....	25	SALAGEN	73
ringer's solution.....	174	SALIVAMAX	190
RINVOQ	27	salsalate.....	26
RIOMET	49	SANCUSO	116
risedronate.....	194		

Índice de medicamentos

SANDIMMUNE.....	129	SIMVASTATIN.....	85
SANTYL.....	184	SINEMET.....	65
sapropterin.....	192	SINGLE-LET.....	139, 155
SAPS ALCOHOL 70% PREP PADS.....	177	SINGLE USE SWAB.....	177
SAVELLA.....	195	sirolimus.....	129
saxagliptin.....	49	SIRTURO.....	36
saxagliptin-metformin.....	50	SITZMARKS.....	97
saxagliptin-metformn.....	50	SKLICE.....	64
saxagliptn-metform.....	50	SKYLA.....	94
SAXENDA.....	63	SKYRIZI.....	127, 174, 175
SCALACORT.....	183	SLIP-TIP.....	148
SCEMBLIX.....	60	slo-niacin.....	211
SCOOBY-DOO ONE A DAY.....	215	SLO-NIACIN.....	211
scopolamine.....	116	SLOW FE.....	113
secobarbital.....	173	slow release iron.....	110, 111, 113
SECUADO.....	171	SLOW RELEASE IRON.....	110, 113
SEEBRI.....	30	sm....108, 113, 163, 177, 193, 199, 209, 220, 223, 225, 226, 227, 231	
SEGLUROMET.....	50	SM ALCOHOL 70% PREP PADS.....	177
SELECT-OB.....	163	sm alcohol prep pads.....	177
selegiline.....	65	SMART.....	137, 139, 153, 155
selenium.....	176	SMARTDIABETES VANTAGE.....	135
SELRX.....	176	SMARTEST.....	135, 139, 155
SELZENTRY.....	67	smart sense.....	108
SEMGLEE.....	52	SMART SENSE.....	155
SEN-SERTER.....	135	SM BIOTIN.....	220
SEROSTIM.....	125	sm iron.....	113
sertraline.....	166	sm isopropyl alcohol 70%.....	193
sevelamer.....	108	sm isopropyl alcohol 91%.....	193
sevoflurane.....	25	SM ISOPROPYL ALCOHOL 91%.....	193
SEYSARA.....	40	sm prenatal vitamins tablet.....	163
SFROWASA.....	118	SM SLOW RELEASE IRON 45 MG TAB.....	113
SHINGRIX.....	75	sm vitamin.....	223, 226, 227, 231
SHORT BEVEL.....	143	sodium chloride.....	119, 120, 174, 191
SIDEROL.....	113	sodium chloride/nahco3/kcl/peg.....	119, 120
SIDESTREAM.....	159	SODIUM CITRATE.....	43
SIGNIFOR.....	126	sodium ferric gluconat/sucrose.....	110, 113
SILATRIX.....	189	sodium fluoride.....	106, 109, 114
sildenafil.....	79, 189	SODIUM IODIDE I-123.....	188
SILENOR.....	174	SODIUM OXYBATE.....	173
SILHOUETTE.....	133, 135, 157	sodium phenylbutyrate.....	115
SILICONE MASK.....	159	sodium polystyrene sulfonate.....	108
silodosin.....	196	sodium polystyrene sulfon/sorb.....	108
SIL-SERTER.....	135	sodium, potassium, mag sulfates.....	120
SILVADENE.....	42	sodium sulfacetamide.....	176
silver sulfadiazine.....	42	SODIUM SULFACETAMIDE 10% WASH.....	176
SIMBRINZA.....	103	sod,pot chlor/mag/sod,pot phos.....	174
SIMILAC PRENATAL.....	163	sod sulface-sulf.....	42
SIMPONI.....	55	sod sulface-sulfur.....	42
simvastatin.....	84, 85	sod sulfacetam 10% clnsng gel.....	176

Índice de medicamentos

sod sulfacetamide 9.8% shampoo.....	176	STERILANCE TL.....	155
sod sulfacetamide 10% shampoo.....	176	STERILE.....	140, 148, 149, 155
sod sulfacet-sulfr.....	42	STERILE LANCETS.....	155
sod sulfacet-sulfur.....	42	STIOLTO RESPIMAT.....	30
sod sulfac-sulfur.....	42	STIVARGA.....	60
SOF-SERTER.....	135	STRENSIQ.....	191
SOF-SET.....	135	STRESS B-COMPLEX.....	209
SOFT.....	134, 139, 155	stress-c.....	209
SOFT TOUCH.....	155	stress formula.....	205, 209, 220
SOHONOS.....	192, 265	STRESS FORMULA.....	209
solifenacin.....	196	STROMECTOL.....	53
SOLQUA.....	48	STROVITE.....	209
SOLO.....	209	STUART ONE.....	163
SOLODYN.....	40	SUCRAID.....	118
SOLOSEC.....	35	sucralfate.....	117
SOLTAMOX.....	62	SULAR.....	78
SOLUS.....	135, 139, 155	sulfacetamide.....	34, 42, 43, 175, 176
SOLUS V2.....	135, 155	sulfadiazine.....	35, 42
SOLUVITA-E.....	234	sulfamethoxazole/trimethoprim.....	35
SOMA.....	160	SULFAMYLON.....	43
SOMAVERT.....	190	sulfasalazine.....	118
SOOLANTRA.....	179	sulindac.....	29
sorafenib tosylate.....	60	SUMADAN.....	43
SORBITOL.....	174	sumatriptan.....	20
sotalol.....	83, 84	SUMAXIN.....	43
SOTYLIZE.....	84	sunitinib malate.....	60
SOVUNA.....	53	SUNLENCA.....	66
SPACE CHAMBER.....	158, 159	SUNOSI.....	173
SPAN C.....	227	super.....	209, 218, 220, 265
SPECIALTY USE NEEDLES.....	143	SUPER.....	138, 140, 153, 155, 209, 228, 231
SPECTRACEF.....	37	super b complex-vit c.....	220
SPECTRAVITE.....	199, 209	SUPER DAILY D3.....	228, 231
SPIKEVAX COVID.....	73	SUPER GINSENG.....	209
spinosad.....	64	super quints.....	220
SPIRIVA HANDIHALER.....	29	SUPER THIN LANCETS.....	153, 155
SPIRIVA RESPIMAT.....	29	SUPOR.....	148
spironolact/hydrochlorothiazid.....	99	SUPPORT-500.....	209
spironolactone.....	99	SUPRANE.....	25
SPORANOX.....	45	SUPRAX.....	37
SPRITAM.....	91	SURE.....	134, 135, 140, 143, 155, 157, 177
SPRIX.....	20	SURE COMFORT.....	135, 155, 177
SPRYCEL.....	60	SUREFLEX.....	135, 154
SSKI.....	109	SURE-LANCE.....	155
STALEVO.....	65	SURE-PEN.....	135
stavudine.....	67	SURE-PREP ALCOHOL PREP PADS.....	177
STEGLATRO.....	51	SURESITE.....	150
STELARA.....	127	SURE-T.....	157
STENDRA.....	189	SURE-TEST EASYPLUS.....	135
STERILANCE.....	139, 155	SURE-TOUCH.....	155

Índice de medicamentos

SURFAXIN	187	SYRINGE STORAGE BIN.....	149
SURGICEL	76	SYRINGE TIP CAP	149
surgifoam.....	76	SYRINGE WITH NEEDLE DISP	149
SURGIFOAM	76	SYRINGE WITHOUT NEEDLE	149
SURGISEAL	179	T	
SURMONTIL.....	168	T:30.....	135
SURVANTA	187	T:90.....	135
SUSTIVA.....	67	tab-a-vite.....	209
SUTENT.....	60	TAB-A-VITE	209
sv.....	113, 163, 199, 211, 220, 223, 225, 227, 231, 234	TABLOID	57
sv b-12.....	223	TABRECTA	60
sv biotin	220	TACHOSIL.....	76
SV BIOTIN.....	220	TACLONEX.....	184
SV COD LIVER OIL.....	215	tacrolimus.....	128, 129
sv folic acid	199	tadalafil.....	79, 188, 189
SV HAIR, SKIN AND NAILS	209	TAFINLAR.....	57
sv iron	113	TAGITOL.....	97
sv niacin.....	211	TAGRISSE.....	60
sv prenatal tablet.....	163	TAKHZYRO.....	73, 187
SV PRENATAL VITAMINS TABLET	163	TALICIA	117
SV SLOW RELEASE IRON 45 MG TAB.....	113	TALTZ	175
sv vitamin.....	223, 227, 231, 234	TALZENNA.....	60
sv vitamin b-12.....	223	TAMIFLU	69
sv vitamin c	227	tamoxifen.....	62
SV VIT B	223	tamsulosin	196
sv vit c.....	227	TANDEM DUAL ACTION.....	113
SYMAX DUOTAB.....	117	TANDEM PLUS.....	113
SYMBICORT.....	31	TAPAZOLE	186
SYMBYAX	172	TAPERDEX.....	125
SYMDEKO	186	TARCEVA.....	61
SYMFI.....	69	TARGADOX.....	40
SYMJEPI.....	71	TARGRETIN	62
SYMLINPEN.....	49	TARPEYO.....	125
SYMPAZAN	89	TASIGNA	61
SYMPROIC.....	44	TASMAR	65
SYMTUZA.....	66	tavaborole.....	47
SYNALAR.....	41, 183	TAVALISSE.....	187
SYNAREL.....	125	tazarotene	176
SYNDROS.....	116	TAZVERIK	58
SYNERA	25	TB SYRINGE	147, 148, 149
SYNJARDY.....	50, 51	TC.....	33, 96
SYPRINE.....	192	TC99M.....	96
SYRINGE.. 19, 32, 54, 55, 70, 73, 76, 85, 88, 107, 127, 143, 144, 145, 146, 147, 148, 149, 150, 175, 215		TDVAX.....	75
SYRINGE AVITENE	76	TECHLITE.....	140, 155
SYRINGE BULK.....	148	TEGADERM.....	150, 151
SYRINGE CATHETER	148	TEGLUTIK	87
SYRINGE FILTER.....	148	TEGRETOL	91
SYRINGE SLIP TIP	149	TEGSEDI	190
		TEKTRUNA HCT.....	84

Índice de medicamentos

TELCARE.....	135, 140, 155	THIN LANCETS.....	153, 154, 155, 156
TELCARE CONTROL SOLUTION.....	135	THIN WALL NEEDLES.....	143
TELCARE ULTRA THIN.....	155	THIOLA EC.....	196
telmisartan.....	81, 82	thioridazine.....	172
telmisartan/amlodipine.....	82	thiothixene.....	172
telmisartan/hydrochlorothiazid.....	81	THRIVITE.....	164
temazepam.....	173	THROMBI-GEL.....	76
TEMIXYS.....	66	THROMBIN.....	44
TEMODAR.....	56	THROMBIN-JMI.....	76
TEMOVATE.....	183	THROMBI-PAD.....	76
temozolomide.....	56	thyroid,pork.....	186
TENIVAC.....	75	tiagabine.....	90, 91
tenofovir.....	67, 68	TIAZAC.....	78
TENORETIC.....	84	TIBSOVO.....	61
TENORMIN.....	84	TIGAN.....	116
terazosin.....	81	TIGLUTIK.....	87
terbinafine.....	45	timolol.....	84, 103, 104
terbutaline.....	30	TIMOLOL-BRIMONIDIN-DORZOLAMIDE.....	104
terconazole.....	45	TIMOLOL-BRIMONI-DORZOL-LATANOP.....	104
teriparatide.....	194	TIMOLOL-DORZOLAMIDE.....	104
TERIPARATIDE.....	194	TIMOLOL-LATANOPROST.....	104
TERSI FOAM.....	176	TIMOPTIC.....	104
TERUMO.....	143, 149	tinidazole.....	52
TERUMO SURGUARD2.....	143, 149	tiopronin.....	196
TERUMO SYRINGE.....	149	TISSEEL VHSD.....	179
testosterone.....	122, 123	TIVICAY.....	68
TESTOSTERONE.....	122	tizanidine.....	160
TESTRED.....	122	TL-HEM 150.....	113
tetrabenazine.....	87	TOBAKIENT.....	209
tetracaine.....	102	TOBI PODHALER.....	35
TETRACAINE.....	102	TOBRADEX.....	33
tetracycline.....	40, 267	tobramycin.....	33, 34, 35
TETRAVISC.....	102	tobramycin/dexamethasone.....	33
TEXACORT.....	183	TOBRAMYCIN PAK.....	35
T:FLEX.....	135	TOBEX.....	34, 35
THALOMID.....	36	TOFRANIL.....	168
THEO-24.....	33	TOLAK.....	62
theophylline anhydrous.....	33	tolcapone.....	65
thera-d.....	231	tolmetin.....	29
THERA-D.....	231	tolterodine.....	196
THERAGRAN.....	209	tolvaptan.....	98
thera-m.....	209	TOOMEY SYRINGE.....	149
THERA-M.....	209	TOPCARE.....	140, 155
THERAMILL FORTE.....	209	TOPICORT.....	183
THERANATAL.....	163, 164, 209	topiramate.....	91
THEREMS-H.....	209	toremifene.....	62
thiamine.....	221	toremide.....	99
THIAMINE.....	221	TOSYMRA.....	20
THIN.....	97, 137, 138, 139, 140, 143, 151, 153, 154, 155, 156	TOUJEO.....	52

Índice de medicamentos

TOXICOLOGY SALIVA COLLECTION.....	96	TRIZIVIR.....	66
TRACLEER.....	79	TROKENDI.....	92
tramadol.....	22, 24, 267	TRONVITE.....	220
trandolapril.....	80, 82	TROPICAL LIQUID.....	215
trandolapril/verapamil.....	80	tropicamide.....	104
tranexamic.....	75	TROPICAMIDE-CYCLOPENTOLATE-PE.....	104
TRANSFER.....	68, 142, 143	TROPICAMIDE-CYCLOPENT-PE-KTRLC.....	104
TRANSPARENT.....	151	TROPICAMIDE-PHENYLEPHRINE.....	104
tranylcypromine.....	165	TROPIC-CYCLOPENT-PE-KTRLC-PROP.....	104
travoprost.....	104	trospium.....	196
trazodone.....	167	TRUDHESA.....	20
TRECTOR.....	36	true.....	199, 223, 225, 227, 231, 234
TRELEGY ELLIPTA.....	31	TRUE.....	135, 140, 155, 177, 209, 225, 231, 232, 234
TREMFYA.....	175	TRUE COMFORT.....	155, 177
TRESIBA.....	52	TRUECONTROL.....	135
tretinoin.....	62, 175, 176, 185	TRUEDRAW.....	135
TRETIN-X.....	185	TRUE METRIX.....	135
TREXALL.....	57	TRUEPLUS.....	98, 108, 140, 155, 209
TREZIX.....	22	TRUEPLUS GLUCOSE.....	108
triamcinolone.....	182, 183, 184, 188	TRUEPLUS KETONE TEST STRIP.....	98
triamterene.....	99, 100	T.R.U.E. TEST.....	191
triamterene/hydrochlorothiazid.....	99, 100	TRULANCE.....	119
triazolam.....	173	TRULICITY.....	48
TRICARE.....	164	TRUMENBA.....	74
trichloroacetic acid.....	179	TRUSOPT.....	104
TRICHLOROACETIC ACID.....	179, 180	TRUSTEEL INFUSION SET.....	135
triderm.....	184	T:SLIM.....	135
TRIDESILON.....	184	TUBERCULIN SYRINGE.....	146, 147, 148, 149
trientine.....	192	TUKYSA.....	61
TRIFERIC.....	113	TULIVITE.....	113
trifluoperazine.....	172	TURALIO.....	61
trifluridine.....	69	TUSSICAPS.....	95
trihexyphenidyl.....	64	TUXARIN.....	95
TRIJARDY.....	51	TUZISTRA.....	95
TRIKAFTA.....	186	TWINPAK DUAL CANNULA.....	149
TRILIPIX.....	86	TWINRIX.....	75
trimethobenzamide.....	116	TWIST.....	136, 137, 139, 140, 152, 153, 154, 155, 179
trimethoprim.....	34, 35, 36	TWYNEO.....	176
trimipramine.....	168	TYBOST.....	186
TRI-MIX.....	189	TYKERB.....	61
TRIMO-SAN.....	52	TYMLOS.....	127
TRIMPEX.....	36	TYRVAYA.....	189
TRINAZ.....	164	TYVASO.....	79, 80
TRINTELLIX.....	167	U	
TRISODIUM CITRATE CRRT.....	43	UBRELVY.....	20
TRISTART.....	164	UCERIS.....	121, 125
TRIUMEQ.....	66	UDAMIN SP.....	209
TRI-VI-FLOR.....	215	ULESFIA.....	64
TRI-VI-SOL.....	215	ULTANE.....	25

Índice de medicamentos

ULTICARE LDS SYR	149	VALCYTE	69
ULTICARE SAFETY SYRINGE	149	valganciclovir	69, 70
ULTICARE SYRINGE	149	valproic	92
ULTICARE TB SAFETY	149	valsartan	81, 82
ULTIGUARD SAFE	149	valsartan/hydrochlorothiazide	81
ULTIGUARD SAFEPACK	149	VALTOCO	89
ULTI-LANCE	135	VANOCOCIN	41
ULTILET	140, 155, 178	vancomycin	41, 269
ULTRA96, 134, 138, 140, 143, 153, 155, 156, 164, 200, 201, 209, 218, 220		VANILLA SILQ	97
ultra b-100	220	VANISHPOINT	149, 150
ULTRA B-100 COMPLEX	220	VANOXIDE-HC	178
ULTRA-CARE	156	vardenafil	188, 189
ULTRA-FINE MICRO	143	varenicline	185
ULTRA-FINE MINI	143	VARIBAR	97
ULTRA-FINE NANO	143	VARISOFT	136
ULTRA-FINE ORIGINAL	143	VARIVAX VACCINE	75
ULTRA-FINE SHORT	143	VARUBI	116
ULTRAFOAM	76	VASCEPA	115
ULTRA FREEDA	209	VASCULERA	198
ULTRALANCE	156	VASERETIC	80
ULTRA PRENATAL PLUS DHA	164	VASOFLEX	198
ULTRA THIN	153, 155, 156	VASOTEC	82
ULTRA-THIN II	156	VAXELIS	75
ULTRA THIN PLUS	156	VAXNEUVANCE	74
ULTRATLC	140, 156	VB6 P5P	225
ULTRATRAK CONTROL	135	VB7 MAX	220
ULTRATRAK ULTIMATE	135	VECAMYL	82
ULTRAVATE X	184	VECTICAL	176
UNILET	136, 138, 140, 141, 151, 153, 156	VELPHORO	108
UNISTIK	135, 138, 141, 153, 156	VELTASSA	108
UNISTRIP	135	VEMLIDY	70
UNIVERSAL	137, 141, 149, 153, 156	VENALIV	198
UNIVERSAL I	156	VENCLEXTA	61
UNIVERSAL SYRINGE	149	venlafaxine	167, 269
UPTRAVI	80	VENOFER	113
upup	108	VENTAVIS	80
URECHOLINE	73	VEO INSULIN SYRINGE	150
URELLE	36	VEOZAH	191
URIBEL	36	verapamil	77, 78, 80
URISTIX	98	VERELAN	78
UROCIT-K	114	VERIFINE	141
UROQID-ACID	114	VERQUVO	78
URSO	117	VERSACLOZ	171
ursodiol	117, 118	VERTIGOHEEL	191
UTIBRON	31	VERZENIO	61
V		VEVYE	105
valacyclovir	69	VFEND	46
VALCHLOR	62	V-GO	136
		VIAGRA	189

Índice de medicamentos

VIBERZI.....	119	vitamins a and d	210
VIBRAMYCIN.....	40	VITAMINS A D	216
vigabatrin	92	VITAMINS A-D-E	210
VIGADRONE.....	92	VITAPEARL.....	164
VIGAMOX	35	VITA-RESPA.....	221
VIJOICE	187	VITASURE.....	221
VIOKACE	120	VITATRUE	164
VIRACEPT	68	vit a/vit c/vit e/zinc/copper	198
VIRAMUNE.....	67	vit b.....	218, 219, 220, 222
VIREAD	67, 68	VIT B-12.....	203, 222, 223
VIRT-CAPS	220	vit b12/levomefolate/vit b6/b2	217, 220
virt-fefa plus	114	vit c-rose hip	225, 226, 227
VIRT-FEFA PLUS	113	vit c-rose hips	225, 226, 227
VISION FORMULA	197	VIT C-ROSE HIPS.....	227
VISION PLUS.....	199	vit d3.....	215, 229, 230, 232
VISTA ADVANCED AREDS2.....	197	VIT D3 5,000 UNIT FAST DISSOLV	232
VISTARIL.....	48	VITRAKVI.....	61
VISTOGARD.....	188	VITREXYL.....	210
vit a.....	198, 215	VITRON-C	114
VITA-BEE.....	220	VITRUM 50	210
VITABEX	114, 210	vits a,c,e/lutein/minerals.....	198
VITAFOL	114, 164	VIVAGUARD.....	136, 141, 156
VITAJOY	210, 220, 227	VIVJOA	46
VITAL-D	220	VIZIMPRO	61
VITAMEDMD	164	VOGELXO	122
VITAMIN.....	106, 114, 160, 161, 162, 163, 164, 184, 185, 190, 194, 199, 200, 203, 205, 208, 210, 212, 213, 214, 215, 216, 217, 218, 219, 220, 221, 222, 223, 224, 225, 226, 227, 228, 229, 230, 231, 232, 233, 234, 235	VOLUMEN.....	97
vitamin a	215, 216	VONJO	61
VITAMIN A	184, 185, 215, 216, 217, 218, 219, 220, 222, 223, 224, 225, 226, 227, 228, 229, 230, 231, 232, 233, 234, 235	voriconazole	46
vitamin b-12.....	219, 222, 223, 224	VORTEX.....	159
vitamin b12.....	223, 224	VOSEVI.....	70
VITAMIN B-12.....	222, 223, 224	VOTRIENT.....	61
VITAMIN B12.....	221, 223, 224	VOWST	118
vitamin b complex	210, 216, 220, 221	VOXZOGO	192
vitamin b-complex	221	VP-PNV-DHA	164
vitamin c	201, 209, 210, 217, 221, 225, 226, 227, 228	v-r alcohol prep pads.....	178
VITAMIN C	216, 217, 225, 226, 227, 228	VRAYLAR.....	171
vitamin d2.....	230, 232	VRAYLAR 1.5 MG CAPSULE.....	171
VITAMIN D2.....	232	v-r cod liver oil capsule	233
vitamin d3.....	107, 229, 230, 231, 232, 233	v-r vitamin c	228
VITAMIN D3.....	210, 228, 229, 230, 232, 233	VTAMA.....	176
VITAMIN D3-ALOE.....	210	VUMERITY	89
vitamin e.....	233, 234, 235	VYLEESI.....	170
VITAMIN E	233, 234, 235	VYNDAMAX	192
VITAMIN K.....	235	VYNDAQEL.....	192
VITAMIN K2.....	235	VYVANSE.....	168
		VYZULTA.....	104
		W	
		WAKIX	92
		water	174

Índice de medicamentos

WAVESENSE.....	136	YAZ.....	93
WEBCOL.....	178	YUPELRI.....	29
WEGOVI.....	63	Z	
WELIREG.....	61	zafirlukast.....	32
WELLESSE.....	210	zaleplon.....	174
WEST-VITE.....	221	ZANAFLEX.....	160
WHEAT GERM.....	235	ZARONTIN.....	92
WINDOW BANDAGES.....	151	ZCORT.....	125
WOMEN 50 PLUS MULTIVIT ADVANCE.....	210	ZEJULA.....	61
WOMEN'S 50.....	200, 207, 208, 210	ZELBORAF.....	57
women's daily.....	210	ZELDANA.....	221
WOMEN'S DAILY.....	210	ZEMBRACE SYMTOUCH.....	20
WOMENS DAILY GUMMIES.....	210	ZEMPLAR.....	190
WOMEN'S MULTIVITAMIN.....	207, 210	ZENPEP.....	120
WOMEN'S PRENATAL PLUS DHA.....	164	zenzedi.....	72
WYNZORA.....	184	ZENZEDI.....	72
X		ZEPATIER.....	70
XACIATO.....	41	ZEPBOUND.....	63
XALKORI.....	61	ZEPOSIA.....	89
XAQUIL.....	199	ZESTORETIC.....	80
XARELTO.....	43	ZESTRIL.....	82
XCELLENT.....	228, 235	ZIAC.....	84
XCELLENT C.....	228	ZIAGEN.....	67
XCOPRI.....	92	ZIANA.....	176
XDEMVY.....	63	zidovudine.....	66, 67
XELJANZ.....	27	ZIEXTENZO.....	92
XELODA.....	57	zileuton.....	29
XENICAL.....	63	zinc oxide.....	178
XENLETA.....	38	ZINC OXIDE PASTE.....	178
XENON XE-133.....	97	ZINC PLUS.....	228
XEPI.....	42	ziprasidone.....	170, 171
XERMELO.....	115	ZIRGAN.....	69
XHANCE.....	100	ZITHROMAX.....	38
XIFAXAN.....	39	ZODRYL AC.....	95
XIGDUO.....	51	ZODRYL DAC.....	94
XIIDRA.....	105	ZODRYL DEC.....	95
XOFLUZA.....	70	ZOKINVY.....	187
XOLAIR.....	32	ZOLINZA.....	55
XOPENEX.....	30	zolmitriptan.....	20
XOSPATA.....	61	zolpidem.....	174
XTANDI.....	56	ZOMIG.....	20
XURIDEN.....	108	ZONALON.....	176
XVITE.....	221	zonisamide.....	92
XYOSTED.....	122	ZONTIVITY.....	65
XYREM.....	173	ZOO FRIENDS.....	215
XYWAV.....	173	ZORBTIVE.....	125
XYZBAC.....	210	ZORTRESS.....	129
Y		ZORYVE.....	176, 179, 271
YALE.....	143	ZOVIRAX.....	70, 71

Índice de medicamentos

ZTALMY.....	172	ZYLOPRIM.....	26
ZTLIDO.....	25	ZYMAXID.....	35
ZUBSOLV.....	195	ZYPITAMAG.....	85
ZUPLENZ.....	116	ZYPREXA.....	171
ZURZUVAE.....	165	ZYVANA.....	210
ZYDELIG.....	61	ZYVIT.....	210
ZYFLO.....	29	ZYVOX.....	38
ZYKADIA.....	61		

Cigna Healthcare se reserva el derecho de hacer cambios en la Lista de medicamentos sin notificación. Es posible que su plan cubra medicamentos adicionales; consulte sus materiales de inscripción para conocer más detalles. Cigna Healthcare no se responsabiliza por ninguna decisión relacionada con los medicamentos tomada por el médico o el farmacéutico. Es posible que Cigna Healthcare reciba pagos de fabricantes de determinados medicamentos de marca preferida y, en algunas ocasiones, de determinados medicamentos de marca no preferida, los cuales podrán o no compartirse con su plan, según los convenios existentes con Cigna Healthcare. Según el diseño del plan, las condiciones del mercado, la medida en la cual los pagos del fabricante sean compartidos con su plan y otros factores existentes a la fecha del servicio, el medicamento de marca preferida podrá o no representar el medicamento de marca de más bajo costo dentro de su clase de medicamento para usted y/o su plan.

Los planes de beneficios de salud varían, pero en general, para que un medicamento esté cubierto, debe tener la aprobación de la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) de los EE. UU. y debe ser recetado por un profesional de cuidado de la salud, comprado en una farmacia con licencia y medicamento necesario. Si su plan brinda cobertura para determinados medicamentos con receta sin que tenga que pagar ninguna parte del costo, es posible que deba usar una farmacia de la red para que le despache la receta. Si usa una farmacia que no participa en la red de su plan, es posible que no se le cubra la receta o que el reembolso quede sujeto a las disposiciones sobre copago, coseguro o deducible de su plan. Es posible que algunas características descritas en este documento no se apliquen a su plan de salud específico, y las características del plan pueden variar según el lugar y el tipo de plan. Consulte los documentos de su plan para conocer los costos y detalles completos de la cobertura de medicamentos con receta de su plan.



1. Se aplican los términos de la aplicación/tienda en línea y los cargos de las compañías de telefonía celular/uso de datos. Los clientes menores de 13 años no podrán registrarse en myCigna.com (así como tampoco sus padres o tutores).
2. Los precios que se muestran en myCigna no están garantizados, y la cobertura está sujeta a los términos y las condiciones de su plan. Visite myCigna para obtener más información.
3. Sitio web de la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) de los Estados Unidos, "Generic Drugs: Questions and Answers". Última actualización de la página: 16 de marzo de 2021. [fda.gov/drugs/questions-answers/generic-drugs-questions-answers](https://www.fda.gov/drugs/questions-answers/generic-drugs-questions-answers).
4. No todos los planes ofrecen Express Scripts® Pharmacy y Accredo como opciones de farmacia cubiertas. Inicie sesión en la aplicación myCigna o en myCigna.com, o consulte los materiales de su plan, para obtener más información sobre las farmacias que pertenecen a la red de su plan. Cigna Healthcare tiene una participación en la titularidad de los servicios de entrega a domicilio de Express Scripts® Pharmacy y los servicios de farmacia de especialidad de Accredo. Sin embargo, usted tiene derecho a despachar sus recetas en cualquier farmacia de la red de su plan. No se le aplicará ninguna penalidad. Los costos de envío estándar están incluidos como parte de su plan de medicamentos con receta.
5. Los costos de envío estándar están incluidos como parte de su plan de medicamentos con receta.
6. Algunos medicamentos no están disponibles en un suministro para 90 días y solo pueden envasarse en cantidades más reducidas. Por ejemplo, tres paquetes de anticonceptivos orales equivalen a un suministro para 84 días. Si bien no es un "suministro para 90 días", de todas maneras se considera una receta para 90 días.
7. Según lo permitido por ley. Para los medicamentos administrados por un proveedor de cuidado de la salud, Accredo enviará el medicamento directamente al consultorio de su médico.
8. **Para los planes asegurados que deben cumplir con las leyes de seguro del estado de Delaware:** los medicamentos antidepresivos, para dejar de fumar, para el trastorno de déficit de atención e hiperactividad (TDAH) y antipsicóticos de marca que no tengan un equivalente genérico disponible estarán cubiertos como medicamentos del Nivel 2 (de marca preferida). Esto es así aunque el medicamento esté incluido en el Nivel 3 (marca no preferida) en la Lista de medicamentos de su plan. Para averiguar cómo su plan específico cubre estos medicamentos, inicie sesión en la aplicación myCigna o en myCigna.com, o llame a Servicio al Cliente al número que aparece en su tarjeta de ID.
9. Los costos y detalles completos de la cobertura de medicamentos con receta del plan se encuentran en los documentos del plan. En caso de discrepancia entre la información proporcionada aquí y los documentos del plan, prevalecerá sin excepciones la información incluida en los documentos del plan.
10. **Para los planes que deben cumplir con leyes de seguro estatales, como Delaware:** Es posible que su plan cubra medicamentos para la infertilidad y para dejar de fumar aunque en esta Lista de medicamentos se indique que su plan tal vez no los cubra. Para averiguar si su plan específico cubre estos medicamentos, inicie sesión en la aplicación myCigna o en myCigna.com, o consulte los materiales de su plan.

Para obtener ayuda en español, llame al número que aparece en su tarjeta de Cigna Healthcare.

La disponibilidad del producto puede variar según la ubicación y el tipo de plan, y está sujeta a cambios. Todas las pólizas de seguro de salud colectivo y los planes de beneficios de salud tienen exclusiones y limitaciones. Para conocer los costos y los detalles de la cobertura, revise los documentos de su plan o comuníquese con un representante de Cigna Healthcare.

Todos los productos y servicios de Cigna Healthcare se brindan exclusivamente por o a través de subsidiarias operativas de The Cigna Group.

LA DISCRIMINACIÓN ES ILEGAL

Cobertura médica

Cigna cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color de piel, nacionalidad, edad, incapacidad o sexo. Cigna no excluye a las personas ni las trata de un modo diferente por su raza, color de piel, nacionalidad, edad, incapacidad o sexo.

Cigna:

- Brinda asistencia y servicios gratuitos para que las personas con discapacidades puedan comunicarse de manera eficaz con nosotros; por ejemplo:
 - intérpretes de lenguaje de señas calificados;
 - información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos).
- Proporciona servicios de asistencia lingüística gratuita a personas cuyo idioma primario no es el inglés, como por ejemplo:
 - intérpretes calificados
 - información escrita en otros idiomas.

Si necesita estos servicios, comuníquese con servicio al cliente al número gratuito que figura en su tarjeta de identificación y pídale a un asociado de Servicio al cliente que le ayude.

Si considera que Cigna no ha proporcionado estos servicios o ha discriminado de otro modo por motivos de raza, color de piel, nacionalidad, edad, incapacidad o sexo, puede presentar una queja escribiendo un mensaje de correo electrónico a ACAGrievance@Cigna.com o enviando una carta a la siguiente dirección:

Cigna
Nondiscrimination Complaint Coordinator
PO Box 188016
Chattanooga, TN 37422

Si necesita asistencia para presentar una queja escrita, llame al número que figura en la parte de atrás de su tarjeta de identificación o envíe un mensaje de correo electrónico a ACAGrievance@Cigna.com. También puede presentar una queja en materia de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, electrónicamente a través del Portal de Quejas de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo postal o por teléfono:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, DC 20201
1.800.368.1019, 800.537.7697 (TDD)

Los formularios para presentar una queja están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.



Todos los productos y servicios de Cigna son brindados exclusivamente por subsidiarias operativas de Cigna Corporation, o a través de ellas, que incluyen a Cigna Health and Life Insurance Company, Connecticut General Life Insurance Company, Evernorth Care Solutions, Inc., Evernorth Behavioral Health, Inc., Cigna Health Management, Inc. y HMO subsidiarias o compañías de servicios subsidiarias de Cigna Health Corporation y Cigna Dental Health, Inc. El nombre y los logos de Cigna, así como las demás marcas de Cigna, son propiedad de Cigna Intellectual Property, Inc. ATTENTION: If you speak languages other than English, language assistance services, free of charge are available to you. For current Cigna customers, call the number on the back of your ID card. Otherwise, call 1.800.244.6224 (TTY: Dial 711). ATENCIÓN: Si usted habla un idioma que no sea inglés, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Si es un cliente actual de Cigna, llame al número que figura en el reverso de su tarjeta de identificación. Si no lo es, llame al 1.800.244.6224 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Proficiency of Language Assistance Services

English – ATTENTION: Language assistance services, free of charge, are available to you. For current Cigna customers, call the number on the back of your ID card. Otherwise, call 1.800.244.6224 (TTY: Dial 711).

Spanish – ATENCIÓN: Hay servicios de asistencia de idiomas, sin cargo, a su disposición. Si es un cliente actual de Cigna, llame al número que figura en el reverso de su tarjeta de identificación. Si no lo es, llame al 1.800.244.6224 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Chinese – 注意：我們可為您免費提供語言協助服務。對於 Cigna 的現有客戶，請致電您的 ID 卡背面的號碼。其他客戶請致電 1.800.244.6224（聽障專線：請撥 711）。

Vietnamese – XIN LỜI Ý: Quý vị được cấp dịch vụ trợ giúp về ngôn ngữ miễn phí. Dành cho khách hàng hiện tại của Cigna, vui lòng gọi số ở mặt sau thẻ Hội viên. Các trường hợp khác xin gọi số 1.800.244.6224 (TTY: Quay số 711).

Korean – 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 현재 Cigna 가입자님들께서는 ID 카드 뒷면에 있는 전화번호로 연락해주시십시오. 기타 다른 경우에는 1.800.244.6224 (TTY: 다이얼 711)번으로 전화해주시십시오.

Tagalog – PAUNAWA: Makakakuha ka ng mga serbisyo sa tulong sa wika nang libre. Para sa mga kasalukuyang customer ng Cigna, tawagan ang numero sa likuran ng iyong ID card. O kaya, tumawag sa 1.800.244.6224 (TTY: I-dial ang 711).

Russian – ВНИМАНИЕ: вам могут предоставить бесплатные услуги перевода. Если вы уже участвуете в плане Cigna, позвоните по номеру, указанному на обратной стороне вашей идентификационной карточки участника плана. Если вы не являетесь участником одного из наших планов, позвоните по номеру 1.800.244.6224 (TTY: 711).

Arabic – برجاء الانتباه خدمات الترجمة المجانية متاحة لكم. لعملاء Cigna الحاليين برجاء الاتصال بالرقم المدون علي ظهر بطاقتكم الشخصية. او اتصل ب 1.800.244.6224 (TTY: اتصل ب 711).

French Creole – ATANSYON: Gen sèvis èd nan lang ki disponib gratis pou ou. Pou kliyan Cigna yo, rele nimewo ki dèyè kat ID ou. Sinon, rele nimewo 1.800.244.6224 (TTY: Rele 711).

French – ATTENTION: Des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Si vous êtes un client actuel de Cigna, veuillez appeler le numéro indiqué au verso de votre carte d'identité. Sinon, veuillez appeler le numéro 1.800.244.6224 (ATS : composez le numéro 711).

Portuguese – ATENÇÃO: Tem ao seu dispor serviços de assistência linguística, totalmente gratuitos. Para clientes Cigna atuais, ligue para o número que se encontra no verso do seu cartão de identificação. Caso contrário, ligue para 1.800.244.6224 (Dispositivos TTY: marque 711).

Polish – UWAGA: w celu skorzystania z dostępnej, bezpłatnej pomocy językowej, obecni klienci firmy Cigna mogą dzwonić pod numer podany na odwrocie karty identyfikacyjnej. Wszystkie inne osoby prosimy o skorzystanie z numeru 1 800 244 6224 (TTY: wybierz 711).

Japanese – 注意事項: 日本語を話される場合、無料の言語支援サービスをご利用いただけます。現在のCignaのお客様は、IDカード裏面の電話番号まで、お電話にてご連絡ください。その他の方は、1.800.244.6224 (TTY: 711)まで、お電話にてご連絡ください。

Italian – ATTENZIONE: Sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Per i clienti Cigna attuali, chiamare il numero sul retro della tessera di identificazione. In caso contrario, chiamare il numero 1.800.244.6224 (utenti TTY: chiamare il numero 711).

German – ACHTUNG: Die Leistungen der Sprachunterstützung stehen Ihnen kostenlos zur Verfügung. Wenn Sie gegenwärtiger Cigna-Kunde sind, rufen Sie bitte die Nummer auf der Rückseite Ihrer Krankenversicherungskarte an. Andernfalls rufen Sie 1.800.244.6224 an (TTY: Wählen Sie 711).

Persian (Farsi) – توجه: خدمات کمک زبانی، به صورت رایگان به شما ارائه می‌شود. برای مشتریان فعلی Cigna، لطفاً با شماره‌ای که در پشت کارت شناسایی شماست تماس بگیرید. در غیر اینصورت با شماره 1.800.244.6224 (شماره تلفن ویژه ناشنوايان: شماره 711 را شماره‌گیری کنید).