



# 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**

Health Maintenance Organization (HMO), Network, Network Point of Service (POS)

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®**

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.  
975750SP 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<sup>®</sup> o myCigna.com<sup>®</sup>.** 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 Healthcare<sup>SM</sup>. 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 necesite aprobación según la cantidad que le estén despachando. Si tiene la leyenda **AGE** al lado del

## Información sobre esta Lista de medicamentos

### Preguntas frecuentes (cont.)

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 [cignaforhcp.com](http://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](http://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 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).

## Información sobre esta Lista de medicamentos

### Preguntas frecuentes (cont.)

**P. Mi plan no cubre mi medicamento. Necesito tomarlo porque es medicamento 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](http://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](http://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. Recientemente eliminaron mi medicamento de la Lista de medicamentos. Mi médico quiere que lo siga tomando de todos modos. ¿Qué debo hacer para que esté cubierto?**

**R.** No es necesario que haga nada. Si su médico le sigue recetando el medicamento, nosotros seguiremos cubriéndolo. Si su medicamento ya requiere autorización previa, su médico solo tiene que seguir solicitando (y recibiendo) la aprobación de Cigna Healthcare para que el medicamento esté cubierto.

**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](http://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](http://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.

## Información sobre esta Lista de medicamentos

### Preguntas frecuentes *(cont.)*

- **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 medicamento 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 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

## Información sobre esta Lista de medicamentos

### Preguntas frecuentes (cont.)

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 nutritiva 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.<sup>2</sup>

#### **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.<sup>3</sup> 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.

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. ¿Me pueden despachar mi receta en cualquier farmacia de mi red?**

**R.** Depende. Algunos planes solo permiten despachar los medicamentos en determinadas farmacias de la red o a través del servicio de entrega a

## Información sobre esta Lista de medicamentos

### Preguntas frecuentes (cont.)

domicilio. 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.

#### **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.<sup>4</sup> 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 adicional<sup>5</sup>
- Renovaciones automáticas o recordatorios de renovaciones
- Suministro máximo para 90 días de una vez<sup>6</sup>
- 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). ○
- 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®. ○
- 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).<sup>7</sup> 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
- Envío rápido sin costo adicional
- Renovaciones sencillas y recordatorios gratuitos



## Información sobre esta Lista de medicamentos

### Preguntas frecuentes (cont.)

- 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://Cigna.com/specialty).

#### **P. Tomo un medicamento todos los días para tratar la diabetes. Mi plan me exige despachar mi medicamento a través de Express Scripts® Pharmacy. ¿Cómo puedo comenzar?**

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

#### **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://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.

## Información sobre esta Lista de medicamentos

### Preguntas frecuentes (cont.)

**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.
- 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”:**

## Información sobre esta Lista de medicamentos

### Preguntas frecuentes (cont.)

- **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.
- **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). Si recibe la aprobación para la cobertura, usted pagará su costo compartido del nivel aplicable para despachar el medicamento.

### Palabras que quizás necesite conocer

- **Medicamento de marca:** Un medicamento que se comercializa con un nombre exclusivo, protegido por una marca. El medicamento de marca estará escrito todo en MAYÚSCULA.
- **Coseguro:** Un porcentaje del costo de un beneficio de cuidado de la salud cubierto que una persona inscrita paga después de haber pagado el deducible, si se aplica un deducible al beneficio de cuidado de la salud, como el beneficio de medicamentos con receta.
- **Copago:** Una cantidad fija en dólares que una persona inscrita 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, como el beneficio de medicamentos con receta.
- **Deducible:** La cantidad que una persona inscrita paga por beneficios de cuidado de la salud cubiertos antes de que el plan de salud de la persona inscrita comience a pagar por la totalidad o parte del costo del beneficio de cuidado de la salud conforme a los términos de la póliza.
- **Nivel de medicamentos:** Un grupo de medicamentos con receta que corresponde a un nivel específico de costo compartido en la cobertura de medicamentos con receta del plan de salud. El nivel en el cual se incluye un medicamento con receta determina la parte del costo del medicamento que debe pagar la persona inscrita.

## Información sobre esta Lista de medicamentos

### Palabras que quizás necesite conocer *(cont.)*

- **Persona inscrita:** Una persona inscrita en un plan de salud que tiene derecho a recibir servicios del plan.
- **Solicitud de excepción:** Una solicitud de cobertura de un medicamento con receta. Si una persona inscrita, o la persona designada por ella, o el proveedor de cuidado de la salud que emite recetas envía una solicitud de excepción para la cobertura de un medicamento con receta, el plan de salud debe cubrir el medicamento con receta cuando se determine que es médicamente necesario para tratar la condición de la persona inscrita.
- **Circunstancias apremiantes:** Cuando una persona inscrita sufre una condición médica que puede poner en grave peligro su vida, su salud o su capacidad para recuperar su funcionamiento pleno, o cuando la persona inscrita se está realizando un tratamiento con un medicamento no incluido en el Formulario.
- **Formulario:** La lista completa de medicamentos preferidos para usar y elegibles para tener cobertura en virtud de un producto de plan de salud, e incluye todos los medicamentos cubiertos conforme al beneficio de medicamentos con receta para pacientes ambulatorios del producto de plan de salud. El Formulario también se conoce como Lista de medicamentos con receta.
- **Medicamento genérico:** Un medicamento igual a su equivalente de marca en términos de dosis, seguridad, concentración, forma de tomarse, calidad, rendimiento y uso previsto. Un medicamento genérico está escrito en minúscula cursiva y negrita.
- **Medicamento no incluido en el Formulario:** Un medicamento con receta que no aparece en el Formulario del plan de salud.
- **Costos de desembolso:** Los copagos, el coseguro y el deducible aplicable, además de todos los costos de los servicios de cuidado de la salud que el plan de salud no cubre.
- **Proveedor que emite recetas:** Un proveedor de cuidado de la salud autorizado para emitir una receta para tratar una condición médica para una persona inscrita en un plan de salud.
- **Receta:** Una orden oral, escrita o electrónica de un proveedor que emite recetas para una persona inscrita específica, que contiene el nombre del medicamento con receta, la cantidad, la fecha de emisión, el nombre y la información de contacto del proveedor que emite recetas, la firma del proveedor que emite recetas si la receta se emite por escrito, y si así lo solicita la persona inscrita, la condición médica o el fin para los cuales se receta el medicamento.
- **Medicamento con receta:** Un medicamento recetado por el proveedor que emite recetas de la persona inscrita y que requiere una receta conforme a la ley aplicable.
- **Autorización previa:** El requisito de un plan de salud de que la persona inscrita o el proveedor que emite recetas de la persona inscrita obtengan la autorización del plan de salud para un medicamento con receta antes de cubrir el medicamento. El plan de salud debe otorgar una autorización previa cuando sea médicamente necesario que la persona inscrita obtenga el medicamento.
- **Tratamiento escalonado:** Un proceso que especifica la secuencia en la cual se recetan diferentes medicamentos con receta para una condición médica determinada y médicamente apropiados para un paciente en particular. Es posible que el plan de salud le exija a la persona inscrita probar uno o más medicamentos para tratar su condición médica antes de cubrir un medicamento en particular para la condición, conforme a una solicitud de tratamiento escalonado. Si el proveedor que emite recetas de la persona inscrita presenta una solicitud de excepción al tratamiento escalonado, el plan de salud deberá hacer excepciones al tratamiento escalonado cuando se cumplan los criterios aplicables.
- **Suscriptor:** La persona responsable del pago a un plan o cuyo empleo u otra condición, salvo la de ser dependiente familiar, sea la base de la elegibilidad para ser miembro del plan.

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

<b>PA</b>	<b>Autorización previa:</b> 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.
<b>QL</b>	<b>Límites a la cantidad:</b> 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.
<b>ST</b>	<b>Tratamiento escalonado:</b> 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.
<b>AGE</b>	<b>Requisito de edad:</b> 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.
<b>SP</b>	Los <b>medicamentos de especialidad</b> 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.
<b>HD</b>	<b>Medicamentos para entrega a domicilio:</b> 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.
<b>PPACA</b>	<b>Medicamentos preventivos sin costos compartidos:</b> 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).
<b>CSL</b>	<b>Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos:</b> 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.

<b>ANALGÉSICOS (Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)</b>			<b>Categoría terapéutica y clase</b> describe la condición para cuyo tratamiento se usa el medicamento.
<b>Nombre del medicamento con receta</b>	<b>Nivel del medicamento</b>	<b>Requisitos y límites de cobertura</b>	
<b>ANALGÉSICOS, COMB. DE NO SALICILATOS Y BARBITÚRICOS</b>			<b>Requisitos y límites de cobertura</b> le informa si su plan tiene requisitos adicionales antes de cubrir el medicamento.
<i>butalbital/acetaminophen</i>	T1		
<b>ANALGÉSICOS, COMB. DE SALICILATOS, BARBITÚRICOS Y XANTINAS</b>			<b>Nivel del medicamento</b> le da una idea de cuánto puede llegar a pagar por un medicamento.
<i>butalb-<i>aspirin-caff</i>e 50-325-40</i>	T1	QL (6 tabs/day)	
<i>butalbital-<i>asa-caff</i>eine cap (Fiorinal)</i>	T1	QL (6 caps/day)	
<i>FIORINAL (butalbital-<i>aspirin-caff</i>eine)</i>	T3	QL (6 caps/day)	<b>Nombre del medicamento con receta</b> es el nombre del medicamento.
<b>ANALGÉSICOS, COMB. DE NO SALICILATOS, BARBITÚRICOS Y XANTINAS</b>			
<i>butalb/acetaminophen/caff</i> eine	T3		Los medicamentos están enumerados en <b>orden alfabético</b> (según el inglés) dentro de cada columna.
<i>butalb/acetaminophen/caff</i> eine (Esgic)	T3	QL (6 caps/day)	
<i>butalb-<i>acetamin-caff</i> 50-300-40 (Fioricet)</i>	T1	QL (6 caps/day)	Los medicamentos de marca están escritos en <b>MAYÚSCULA</b> .
<i>butalb-<i>acetamin-caff</i> 50-325-40 (Esgic)</i>	T1	QL (6 tabs/day)	
<i>ESGIC 50-325-40 MG TABLET (butalbital-<i>acetaminophen-caff</i>e)</i>	T3	QL (6 tabs/day)	Los medicamentos genéricos están escritos en <b>minúscula cursiva</b> .
<i>ESGIC CAPSULE (zebutal)</i>	T3	QL (6 caps/day)	
<i>FIORICET (phrenilin forte)</i>	T1	QL (6 caps/day)	
<b>ANALGÉSICOS/ANTIPIRÉTICOS, SALICILATOS</b>			
<i>choline salicyl/mag salicylate</i>	T1	HD	
<i>diflunisal</i>	T1	HD	
<b>PREPARACIONES ANTIMIGRAÑOSAS</b>			
<i>AIMOVIG AUTOINJECTOR</i>	T2	PA	
<i>AJOVY AUTOINJECTOR</i>	T2	PA	
<i>AJOVY SYRINGE</i>	T2	PA	
<i>almotriptan malate</i>	T1	QL (12 tabs/30 days)	
<i>CAFERGOT (ergotamine-caff</i> eine)	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)	
<i>EMGALITY PEN</i>	T2	PA	
<i>EMGALITY SYRINGE</i>	T2	PA	
<i>ergotamine tartrate/caff</i> eine	T1		
<i>ergotamine tartrate/caff</i> eine (Cafergot)	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
<b>Analgésicos</b> (Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)	19-24	<b>Antiinfecciosos/Varios</b> (infecciones)	52-54
<b>Analgésicos</b> (Condiciones urinarias)	25	<b>Antiinfecciosos/Varios</b> (varios)	54
<b>Anestésicos</b> (varios)	25	<b>Antiinfecciosos/Varios</b> (condiciones cutáneas)	54
<b>Anestésicos</b> (alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)	25	<b>Agentes inhibidores del factor de necrosis tumoral antiinflamatorios</b> (alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)	54, 55
<b>Anestésicos</b> (condiciones urinarias)	26	<b>Antineoplásicos</b> (cáncer)	55-62
<b>Antialérgicos</b> (alergia y rociadores nasales)	26	<b>Antineoplásicos</b> (condiciones cutáneas)	62
<b>Antiartríticos</b> (alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)	26-29	<b>Medicamentos contra la obesidad</b> (control del peso)	62, 63
<b>Antiasmáticos</b> (asma/EPOC/condiciones respiratorias)	29-33	<b>Antiparasitarios</b> (condiciones oculares)	63
<b>Antibióticos</b> (medicamentos para los oídos)	33	<b>Antiparasitarios</b> (infecciones)	64
<b>Antibióticos</b> (condiciones oculares)	33-35	<b>Medicamentos antiparkinsonianos</b> (enfermedad de Parkinson)	64, 65
<b>Antibióticos</b> (infecciones)	35-41	<b>Medicamentos antiplaquetarios</b> (diluyentes de la sangre/anticoagulantes)	65, 66
<b>Antibióticos</b> (condiciones cutáneas)	41-43	<b>Antivíricos</b> (SIDA/VIH)	66-69
<b>Anticoagulantes</b> (diluyentes de la sangre/ anticoagulantes)	43, 44	<b>Antivíricos</b> (condiciones oculares)	69
<b>Antídotos</b> (condiciones gastrointestinales/ pirosis)	44	<b>Antivíricos</b> (infecciones)	69, 70
<b>Antídotos</b> (abuso de sustancias)	44	<b>Antivíricos</b> (condiciones cutáneas)	70, 71
<b>Antimicóticos</b> (condiciones oculares)	44	<b>Medicamentos para el sistema nervioso autónomo</b> (alergia/rociadores nasales)	71
<b>Antimicóticos</b> (productos femeninos)	44, 45	<b>Medicamentos para el sistema nervioso autónomo</b> (enfermedad de Alzheimer)	71
<b>Antimicóticos</b> (infecciones)	45, 46	<b>Medicamentos para el sistema nervioso autónomo</b> (trastorno de déficit de atención e hiperactividad)	72
<b>Antimicóticos</b> (condiciones cutáneas)	46, 47	<b>Medicamentos para el sistema nervioso autónomo</b> (medicamentos para la presión arterial/para el corazón)	72
<b>Antihistamínicos y descongestivos combinados</b> (alergia/rociadores nasales)	47	<b>Medicamentos para el sistema nervioso autónomo</b> (condiciones urinarias)	72, 73
<b>Antihistamínicos</b> (alergia/rociadores nasales)	47, 48	<b>Productos biológicos</b> (alergia/rociadores nasales)	73
<b>Antihistamínicos</b> (condiciones oculares)	48	<b>Productos biológicos</b> (medicamentos para la presión arterial/para el corazón)	73
<b>Antihiper glucémicos</b> (diabetes)	48-52	<b>Productos biológicos</b> (varios)	73
<b>Antiinfecciosos</b> (productos femeninos)	52	<b>Productos biológicos</b> (vacunas)	73-75
<b>Antiinfecciosos</b> (infecciones)	52	<b>Sangre</b> (modificadores de la sangre/trastornos hemorrágicos)	75, 76
<b>Antiinfecciosos/Varios</b> (productos femeninos)	52	<b>Sangre</b> (diluyentes de la sangre/ anticoagulantes)	77



## Información sobre esta Lista de medicamentos

### Cómo encontrar su medicamento *(cont.)*

Condición	Página	Condición	Página
<b>Medicamentos para enfermedades cardíacas</b> (medicamentos para la presión arterial/para el corazón)	77-79	<b>Gastrointestinales</b> (alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)	121
<b>Cardiovasculares</b> (asma/EPOC/ condiciones respiratorias)	79, 80	<b>Hormonas</b> (condiciones gastrointestinales/ pirosis)	121
<b>Cardiovasculares</b> (medicamentos para la presión arterial/para el corazón)	80-84	<b>Hormonas</b> (agentes hormonales)	121-126
<b>Cardiovasculares</b> (medicamentos para el colesterol)	84-86	<b>Hormonas</b> (infertilidad)	126, 127
<b>Medicamentos para el sistema nervioso central</b> (enfermedad de Alzheimer)	87	<b>Hormonas</b> (varias)	127
<b>Medicamentos para el sistema nervioso central</b> (varios)	87	<b>Hormonas</b> (productos para la osteoporosis)	127
<b>Medicamentos para el sistema nervioso central</b> (esclerosis múltiple)	88, 89	<b>Inmunosupresores</b> (alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)	127, 128
<b>Medicamentos para el sistema nervioso central</b> (alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)	89	<b>Inmunosupresores</b> (condiciones cutáneas)	128
<b>Medicamentos para el sistema nervioso central</b> (trastornos convulsivos)	89-92	<b>Inmunosupresores</b> (medicamentos para trasplante)	128, 129
<b>Medicamentos para el sistema nervioso central</b> (trastornos del sueño/sedantes)	92	<b>Dispositivos y suministros médicos varios, no farmacológicos</b> (diabetes)	129-150
<b>Factores estimulantes de colonias</b> (modificadores de la sangre/trastornos hemorrágicos)	92	<b>Dispositivos y suministros médicos varios, no farmacológicos</b> (varios)	150-159
<b>Anticonceptivos</b> (productos anticonceptivos)	93, 94	<b>Relajantes musculares</b> (alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)	159, 160
<b>Preparaciones para la tos/el resfrío</b> (alergia/rociadores nasales)	94	<b>Vitaminas prenatales</b> (nutritivas/ alimenticias)	160-164
<b>Preparaciones para la tos/el resfrío</b> (medicamentos para la tos/el resfrío)	94-96	<b>Medicamentos psicoterapéuticos</b> (ansiedad/depresión/trastorno bipolar)	164-168
<b>Diagnóstico</b> (diabetes)	96	<b>Medicamentos psicoterapéuticos</b> (trastorno de déficit de atención e hiperactividad)	168-170
<b>Diagnóstico</b> (varios)	96-98	<b>Medicamentos psicoterapéuticos</b> (varios)	170
<b>Diuréticos</b> (diuréticos)	98-100	<b>Medicamentos psicoterapéuticos</b> (esquizofrenia/antipsicóticos)	170-172
<b>Preparaciones para los ojos, los oídos, la nariz y la garganta</b> (alergia/rociadores nasales)	100	<b>Medicamentos psicoterapéuticos</b> (trastornos convulsivos)	172
<b>Preparaciones para los ojos, los oídos, la nariz y la garganta</b> (medicamentos para los oídos)	101	<b>Medicamentos psicoterapéuticos</b> (trastornos del sueño/sedantes)	173
<b>Preparaciones para los ojos, los oídos, la nariz y la garganta</b> (condiciones oculares)	101-105	<b>Sedantes/hipnóticos</b> (trastornos del sueño/ sedantes)	173, 174
<b>Elect./calóricos/H<sub>2</sub>O</b> (medicamentos para el colesterol)	105	<b>Preparaciones cutáneas</b> (varias)	174
<b>Elect./calóricos/H<sub>2</sub>O</b> (productos dentales)	105, 106	<b>Preparaciones cutáneas</b> (alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)	174, 175
<b>Elect./calóricos/H<sub>2</sub>O</b> (diabetes)	106-108	<b>Preparaciones cutáneas</b> (condiciones cutáneas)	175-185
<b>Elect./calóricos/H<sub>2</sub>O</b> (varios)	108	<b>Agentes para dejar de fumar</b> (productos para dejar de fumar)	185
<b>Elect./calóricos/H<sub>2</sub>O</b> (nutritivos/alimenticios)	108-114	<b>Preparaciones para la tiroides</b> (agentes hormonales)	186
<b>Elect./calóricos/H<sub>2</sub>O</b> (condiciones urinarias)	114	<b>Productos farmacológicos no clasificados</b> (SIDA/VIH)	186
<b>Gastrointestinales</b> (medicamentos para el colesterol)	115		
<b>Gastrointestinales</b> (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)		
Requisitos y límites de cobertura	Nivel de medicamentos	Requisitos y límites de cobertura
<b>ANALGÉSICOS, COMB. DE NO SALICILATOS Y BARBITÚRICOS</b>		
ALLZITAL	T4	PA
<i>butalbital/acetaminophen</i>	T2	
<i>butalbital/acetaminophen (Bupap)</i>	T2	
<b>ANALGÉSICOS, COMB. DE SALICILATOS, BARBITÚRICOS Y XANTINAS</b>		
<i>butalbital/aspirin/caffeine</i>	T2	
<b>ANALGÉSICOS, COMB. DE NO SALICILATOS, BARBITÚRICOS Y XANTINAS</b>		
<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
<b>ANALGÉSICOS/ANTIPIRÉTICOS, SALICILATOS</b>		
<i>choline salicyl/mag salicylate</i>	T2	HD
<i>diflunisal</i>	T2	HD
<b>PREPARACIONES ANTIMIGRAÑOSAS</b>		
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 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

## Lista de medicamentos con receta

<b>ANALGÉSICOS (Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria) (cont.)</b>		
<b>Requisitos y límites de cobertura</b>	<b>Nivel de medicamentos</b>	<b>Requisitos y límites de cobertura</b>
<b>PREPARACIONES ANTIMIGRAÑOSAS (cont.)</b>		
<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)
<b>ANTIINFLAM. NO ESTEROIDEOS NASALES, INHIB. NO SELECTIVOS DE COX, ANALGÉSICOS SISTÉMICOS</b>		
SPRIX	T4	ST QL(5 units/fill)
<b>ANTIINFLAM. NO ESTEROIDEOS, ANALGÉSICOS DEL TIPO DE INHIBIDORES DE LA CICLOOXIGENASA</b>		
<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 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

## Lista de medicamentos con receta

ANALGÉSICOS (Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria) (cont.)		
Requisitos y límites de cobertura	Nivel de medicamentos	Requisitos y límites de cobertura
<b>ANTIINFLAM. NO ESTEROIDEOS, ANALGÉSICOS DEL TIPO DE INHIBIDORES DE LA CICLOOXIGENASA (cont.)</b>		
<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 carpject</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 carpject</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 carpject</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
<b>ANALGÉSICOS OPIOIDES Y ANALGÉSICOS NO SALICILATOS</b>		
<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
<i>HYDROCODONE-ACETAMIN 5-217/10</i>	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 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

## Lista de medicamentos con receta

<b>ANALGÉSICOS (Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria) (cont.)</b>		
<b>Requisitos y límites de cobertura</b>	<b>Nivel de medicamentos</b>	<b>Requisitos y límites de cobertura</b>
<b>ANALGÉSICOS OPIOIDES Y ANALGÉSICOS NO SALICILATOS (cont.)</b>		
<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)
<b>COMBINACIÓN DE ANALGÉSICOS OPIOIDES Y ANTIINFLAMATORIOS NO ESTEROIDEOS</b>		
<i>hydrocodone/ibuprofen</i>	T2	PA QL
<b>COMB. DE ANALGÉSICOS OPIOIDES Y ANALGÉSICOS SALICILATOS</b>		
<i>oxycodone hcl/aspirin</i>	T2	PA QL
<b>COMB. DE ANALGÉSICOS OPIOIDES, NO SALICILATOS Y XANTINAS</b>		
<i>acetaminophen/caff/dihydrocod</i>	T2	PA QL
TREZIX	T2	PA QL
<b>ANALGÉSICOS OPIOIDES</b>		
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 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

## Lista de medicamentos con receta

ANALGÉSICOS (Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria) (cont.)		
Requisitos y límites de cobertura	Nivel de medicamentos	Requisitos y límites de cobertura
<b>ANALGÉSICOS OPIOIDES (cont.)</b>		
<i>hydrocodone er 10 mg capsule (Zohydro Er)</i>	T2	ST QL(90 caps/30 days)
<i>hydrocodone er 100 mg tablet (Hysingla Er)</i>	T2	ST QL(60 tabs/30 days)
<i>hydrocodone er 120 mg tablet (Hysingla Er)</i>	T2	ST QL(60 tabs/30 days)
<i>hydrocodone er 15 mg capsule (Zohydro Er)</i>	T2	ST QL(90 caps/30 days)
<i>hydrocodone er 20 mg capsule (Zohydro Er)</i>	T2	ST QL(90 caps/30 days)
<i>hydrocodone er 20 mg tablet (Hysingla Er)</i>	T2	ST QL(60 tabs/30 days)
<i>hydrocodone er 30 mg capsule (Zohydro Er)</i>	T2	ST QL(90 caps/30 days)
<i>hydrocodone er 30 mg tablet (Hysingla Er)</i>	T2	ST QL(60 tabs/30 days)
<i>hydrocodone er 40 mg capsule (Zohydro Er)</i>	T2	ST QL(90 caps/30 days)
<i>hydrocodone er 40 mg tablet (Hysingla Er)</i>	T2	ST QL(60 tabs/30 days)
<i>hydrocodone er 50 mg capsule (Zohydro Er)</i>	T2	ST QL(90 caps/30 days)
<i>hydrocodone er 60 mg tablet (Hysingla Er)</i>	T2	ST QL(60 tabs/30 days)
<i>hydrocodone er 80 mg tablet (Hysingla Er)</i>	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 (Dilaudid)</i>	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>mepredine hcl</i>	T2	
<i>methadone hcl</i>	T2	ST
<i>methadone hcl</i>	T1	ST
<i>morphine sulf er 100 mg tablet (Ms Contin)</i>	T2	ST QL(120 tabs/30 days)
<i>morphine sulf er 15 mg tablet (Ms Contin)</i>	T2	ST QL(120 tabs/30 days)
<i>morphine sulf er 200 mg tablet (Ms Contin)</i>	T2	ST QL(120 tabs/30 days)
<i>morphine sulf er 30 mg tablet (Ms Contin)</i>	T2	ST QL(120 tabs/30 days)
<i>morphine sulf er 60 mg tablet (Ms Contin)</i>	T2	ST QL(120 tabs/30 days)
<i>morphine sulfate er 10 mg cap (Kadian)</i>	T2	ST QL(90 caps/30 days)
<i>morphine sulfate er 100 mg cap (Kadian)</i>	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 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

## Lista de medicamentos con receta

<b>ANALGÉSICOS (Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria) (cont.)</b>		
<b>Requisitos y límites de cobertura</b>	<b>Nivel de medicamentos</b>	<b>Requisitos y límites de cobertura</b>
<b>ANALGÉSICOS OPIOIDES (cont.)</b>		
<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)
<b>ANALGÉSICOS OPIOIDES Y SALICILATOS, BARBITÚRICOS Y XANTINAS</b>		
<i>codeine/butalbital/asa/cafein</i>	T2	PA QL
<b>ANALGÉSICOS OPIOIDES, NO SALICILATOS, BARBITÚRICOS Y XANTINAS</b>		
<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
<b>RELAJANTES DE LOS MÚSCULOS ESQUELÉTICOS, ANALGÉSICOS SALICILATOS, OPIOIDES</b>		
<i>carisoprodol/aspirin/codeine</i>	T2	PA QL

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio



## Lista de medicamentos con receta

<b>ANALGÉSICOS (Condiciones urinarias)</b>		
<b>Requisitos y límites de cobertura</b>	<b>Nivel de medicamentos</b>	<b>Requisitos y límites de cobertura</b>
<b>AGENTES ANALGÉSICOS DE LAS VÍAS URINARIAS</b>		
ELMIRON	T3	
RIMSO-50	T4	
<b>ANESTÉSICOS (Varios)</b>		
<b>ANESTÉSICOS GENERALES, PARA INHALACIÓN</b>		
<i>desflurane</i>	T2	
<i>isoflurane</i>	T2	
<i>sevoflurane (Ultane)</i>	T2	
SUPRANE	T4	
ULTANE ( <i>sevoflurane</i> )	T4	
<b>ANESTÉSICOS (Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)</b>		
<b>ANESTÉSICOS LOCALES</b>		
<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	
<b>ANESTÉSICOS LOCALES TÓPICOS</b>		
CETACAINE ANESTHETIC	T4	
L.E.T. (LIDO-EPINEPH-TETRA)	T4	
<i>lidocaine (Lidocan li)</i>	T2	PA
<i>lidocaine 5% ointment</i>	T2	QL (50 gms/28 days)
<i>lidocaine 5% patch (Lidocan li)</i>	T2	PA
<i>lidocaine 5% patch (Lidoderm)</i>	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 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

## Lista de medicamentos con receta

<b>ANESTÉSICOS (Condiciones urinarias)</b>		
<b>Requisitos y límites de cobertura</b>	<b>Nivel de medicamentos</b>	<b>Requisitos y límites de cobertura</b>
<b>AGENTES ANESTÉSICOS/ANALGÉSICOS DE LAS VÍAS URINARIAS (COLORANTES AZODERIVADOS)</b>		
<i>phenazopyridine hcl (Pyridium)</i>	T2	
<b>ANTIALÉRGICOS (Alergia/rociadores nasales)</b>		
<b>ESTABILIZADORES DE MASTOCITOS</b>		
<i>cromolyn 100 mg/5 ml oral conc (Gastrocrom)</i>	T2	
GASTROCROM ( <i>cromolyn sodium</i> )	T4	
<b>ANTIARTRÍTICOS (Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)</b>		
<b>ANALGÉSICOS/ANTIPIRÉTICOS, SALICILATOS</b>		
DISALCID ( <i>salsalate</i> )	T4	HD
<i>salsalate (Disalcid)</i>	T2	HD
<b>AGENTES ANTIARTRÍTICOS Y QUELANTES</b>		
DEPEN ( <i>penicillamine</i> )	T4	PA SP
<i>penicillamine (Cuprimine)</i>	T2	PA SP
<i>penicillamine (Depen)</i>	T2	PA SP
<b>AGENTES ANTIARTRÍTICOS, ANTAGONISTAS DE LOS FOLATOS</b>		
RASUVO	T3	ST
<b>ANTIINFLAMATORIOS, INHIBIDORES DE LA SÍNTESIS DE PIRIMIDINAS</b>		
ARAVA ( <i>leflunomide</i> )	T4	QL (30 tabs/fill) HD
<i>leflunomide (Arava)</i>	T2	QL (30 tabs/fill) HD
<b>ANTIINFLAMATORIOS, INHIB. DE LA FOSFODIESTERASA-4 (PDE4)</b>		
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
<b>COLCHICINA</b>		
<i>colchicine 0.6 mg tablet (Colcrys)</i>	T2	HD
GLOPERBA	T4	HD
MITIGARE ( <i>colchicine</i> )	T3	ST HD
<b>SALES DE ORO</b>		
RIDAURA	T3	
<b>TRAT. DE LA HIPERURICEMIA - INHIBIDORES DE LA XANTINA OXIDASA</b>		
<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 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

## Lista de medicamentos con receta

ANTIARTRÍTICOS (Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria) (cont.)		
Requisitos y límites de cobertura	Nivel de medicamentos	Requisitos y límites de cobertura
<b>INHIBIDORES DE LA QUINASA DE JANUS (JAK)</b>		
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
<b>COMB. DE ANTIINFLAM. NO ESTEROIDEOS Y ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE LA HISTAMINA H2</b>		
DUEXIS ( <i>ibuprofen/famotidine</i> )	T4	ST HD
<i>ibuprofen/famotidine</i> (Duexis)	T2	ST HD
<b>COMB. CONTRAIRRITANTE DE ANTIINFLAMATORIO NO ESTEROIDEO Y RUBEFACIENTE TÓPICO</b>		
COMFORT PAC-IBUPROFEN	T4	
COMFORT PAC-MELOXICAM	T4	
COMFORT PAC-NAPROXEN	T4	
<b>ANTIINFLAMATORIOS NO ESTEROIDEOS, DEL TIPO DE INHIBIDORES DE LA COX E INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES</b>		
<i>naproxen/esomeprazole mag</i> (Vimovo)	T2	ST HD
<b>ANTIINFLAMATORIOS NO ESTEROIDEOS (INHIB. NO ESPECÍFICOS DE LA COX) Y ANÁLOGOS DE LA PROSTAGLANDINA</b>		
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
<b>ANTIINFLAM. NO ESTEROIDEOS, ANALGÉSICOS DEL TIPO DE INHIBIDORES DE LA CICLOOXIGENASA</b>		
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 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

## Lista de medicamentos con receta

ANTIARTRÍCICOS (Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria) (cont.)		
Requisitos y límites de cobertura	Nivel de medicamentos	Requisitos y límites de cobertura
<b>ANTIINFLAM. NO ESTEROIDEOS, ANALGÉSICOS DEL TIPO DE INHIBIDORES DE LA CICLOOXIGENASA (cont.)</b>		
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>meclofenamate 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
<i>NAPRELAN (naproxen sodium)</i>	T4	ST HD
<i>NAPROSYN (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 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

## Lista de medicamentos con receta

<b>ANTIARTRÍTICOS (Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria) (cont.)</b>		
<b>Requisitos y límites de cobertura</b>	<b>Nivel de medicamentos</b>	<b>Requisitos y límites de cobertura</b>
<b>ANTIINFLAM. NO ESTEROIDEOS, ANALGÉSICOS DEL TIPO DE INHIBIDORES DE LA CICLOOXIGENASA (cont.)</b>		
<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
<b>ANTIINFLAM. NO ESTEROIDEOS, INHIBIDOR SELECTIVO DE LA CICLOOXIGENASA-2 (COX-2)</b>		
<i>celecoxib</i>	T2	HD
<b>AGENTES URICOSÚRICOS</b>		
<i>probenecid</i>	T2	HD
<i>probenecid/colchicine</i>	T2	HD
<b>ANTIASMÁTICOS (Asma/EPOC/condiciones respiratorias)</b>		
<b>INHIBIDORES DE LA 5-LIPOXIGENASA</b>		
<i>zileuton</i>	T2	PA HD
ZYFLO	T4	PA HD
<b>ANTICOLINÉRGICOS, DE INHALACIÓN ORAL, ACCIÓN PROLONGADA</b>		
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
<b>ANTICOLINÉRGICOS, DE INHALACIÓN ORAL, ACCIÓN RÁPIDA</b>		
ATROVENT HFA	T4	QL(2 inhalers/fill) HD
<i>ipratropium br 0.02% soln</i>	T2	HD
<b>AGENTES ADRENÉRGICOS BETA</b>		
<i>albuterol sulf 2 mg/5 ml syrup</i>	T2	HD

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

## Lista de medicamentos con receta

ANTIASMÁTICOS (Asma/EPOC/condiciones respiratorias) (cont.)		
Requisitos y límites de cobertura	Nivel de medicamentos	Requisitos y límites de cobertura
<b>AGENTES ADRENÉRGICOS BETA (cont.)</b>		
<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
<b>AGENTES ADRENÉRGICOS BETA, INHALADOS, ACCIÓN RÁPIDA</b>		
<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	
<b>AGENTES ADRENÉRGICOS BETA, INHALADOS, ACCIÓN ULTRA PROLONGADA</b>		
STRIVERDI RESPIMAT	T3	QL(1 inhaler/30 days) HD
<b>AGENTES ADRENÉRGICOS BETA, INHALADOS POR VÍA ORAL, ACCIÓN PROLONGADA</b>		
<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
<b>COMBO DE ADRENÉRGICOS BETA Y ANTICOLINÉRGICOS, INHALADOS</b>		
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 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

## Lista de medicamentos con receta

ANTIASMÁTICOS (Asma/EPOC/condiciones respiratorias) (cont.)		
Requisitos y límites de cobertura	Nivel de medicamentos	Requisitos y límites de cobertura
<b>COMBO DE ADRENÉRGICOS BETA Y ANTICOLINÉRGICOS, INHALADOS (cont.)</b>		
UTIBRON NEOHALER 27.5, 15.6 MCG (PS 60)	T4	HD
UTIBRON NEOHALER 27.5, 15.6MCG (PS 6)	T4	HD
<b>COMBO DE ADRENÉRGICOS BETA Y GLUCOCORTICOIDES, INHALADOS</b>		
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
<b>ADRENÉRGICOS BETA-ANTICOLINÉRGICOS-GLUCOCORT., INHALADOS</b>		
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)
<b>GLUCOCORTICOIDES, PARA INHALACIÓN ORAL</b>		
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 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

## Lista de medicamentos con receta

ANTIASMÁTICOS (Asma/EPOC/condiciones respiratorias) (cont.)			
Requisitos y límites de cobertura		Nivel de medicamentos	Requisitos y límites de cobertura
<b>GLUCOCORTICOIDES, PARA INHALACIÓN ORAL (cont.)</b>			
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 (Pulmicort)</i>		T2	
<i>budesonide 0.5 mg/2 ml susp (Pulmicort)</i>		T2	
<i>budesonide 1 mg/2 ml inh susp (Pulmicort)</i>		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
<b>ANTAGONISTAS DE LA INTERLEUCINA-5 (IL-5), ANTICUERPOS MONOCLONALES</b>			
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
<b>ANTAGONISTAS ALFA DE LOS RECEPTORES DE INTERLEUCINA-5 (IL-5), ANTICUERPOS MONOCLONALES</b>			
FASENRA PEN		T4	PA QL(1 syringe/56 days) SP HD
<b>ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE LEUCOTRIENOS</b>			
ACCOLATE ( <i>zafirlukast</i> )		T4	HD
<i>montelukast sodium (Singulair)</i>		T2	HD
<i>zafirlukast (Accolate)</i>		T2	HD
<b>ESTABILIZADORES DE MASTOCITOS, INHALADOS ORALMENTE</b>			
<i>cromolyn 20 mg/2 ml neb soln</i>		T2	HD
<b>ANTICUERPOS MONOCLONALES A LA INMUNOGLOBULINA E (IGE)</b>			
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
<b>MUCOLÍTICOS</b>			
<i>acetylcysteine</i>		T2	
T1 – Habitualmente genéricos	PA – Autorización previa	AGE – Requisito de edad	PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos
T2 – Habitualmente marcas preferidas	QL – Límite a la cantidad	SP – Medicamentos de especialidad	CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos
T3 – Habitualmente marcas no preferidas	ST – Tratamiento escalonado	HD – Puede requerir entrega a domicilio	



## Lista de medicamentos con receta

ANTIASMÁTICOS (Asma/EPOC/condiciones respiratorias) (cont.)		
Requisitos y límites de cobertura	Nivel de medicamentos	Requisitos y límites de cobertura
<b>INHIBIDORES DE LA FOSFODIESTERASA-4 (PDE4)</b>		
<i>roflumilast 250 mcg tablet</i> (Daliresp)	T2	PA QL(30 tabs/fill) HD
<i>roflumilast 500 mcg tablet</i> (Daliresp)	T2	PA HD
<b>XANTINAS</b>		
ELIXOPHYLLIN	T4	HD
THEO-24	T4	HD
<i>theophylline anhydrous</i>	T2	HD
<b>ANTIBIÓTICOS (Medicamentos para los oídos)</b>		
<b>PREPARACIONES ÓTICAS, ANTIBIÓTICAS</b>		
<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)
<b>PREPARACIONES ÓTICAS, ANTIBIÓTICOS ANTIINFLAMATORIOS</b>		
CIPRODEX ( <i>ciprofloxacin hcl/dexameth</i> )	T4	
<i>ciprofloxacin hcl/dexameth</i> (Ciprodex)	T2	
OTOVEL	T4	
<b>ANTIBIÓTICOS (Condiciones oculares)</b>		
<b>COMBINACIONES DE ANTIBIÓTICOS PARA LOS OJOS Y GLUCOCORTICOIDES</b>		
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 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

## Lista de medicamentos con receta

ANTIBIÓTICOS (Condiciones oculares) (cont.)		
Requisitos y límites de cobertura	Nivel de medicamentos	Requisitos y límites de cobertura
<b>COMBINACIONES DE ANTIBIÓTICOS PARA LOS OJOS, GLUCOCORTICOIDES Y ANTIINFLAM. NO ESTEROIDEOS</b>		
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	
<b>SULFONAMIDAS PARA LOS OJOS</b>		
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	
<b>ANTIBIÓTICOS OFTÁLMICOS</b>		
AZASITE	T3	
<i>bacitracin</i>	T2	
<i>bacitracin/polymyxin b sulfate</i>	T2	
CEFUROXIME SODIUM-0.9% NAACL	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> (Ocuflox)	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	
TOBEX	T4	

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

## Lista de medicamentos con receta

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

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

## Lista de medicamentos con receta

ANTIBIÓTICOS (Infecciones) (cont.)		
Requisitos y límites de cobertura	Nivel de medicamentos	Requisitos y límites de cobertura
<b>ANTIBIÓTICOS, ANTIBACTERIANOS, VARIOS (cont.)</b>		
<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	
<b>ANTILEPROSOS</b>		
<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
<b>AGENTES ANTIMICOBACTERIANOS</b>		
<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
<b>ANTIBIÓTICOS ANTITUBERCULOSOS</b>		
CYCLOSERINE	T4	
PRETOMANID	T4	PA
PRIFTIN	T3	
<i>rifampin</i>	T2	
SIRTURO	T4	PA SP

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

## Lista de medicamentos con receta

ANTIBIÓTICOS (Infecciones) (cont.)		
Requisitos y límites de cobertura	Nivel de medicamentos	Requisitos y límites de cobertura
<b>BETALACTAMASAS</b>		
CAYSTON	T4	PA QL(84 mls/fill) SP HD
<b>ANTIBIÓTICOS CEFALOSPORINAS - 1.º GENERACIÓN</b>		
<i>cefadroxil</i>	T2	
<i>cephalexin</i>	T2	
<b>ANTIBIÓTICOS CEFALOSPORINAS - 2.º GENERACIÓN</b>		
<i>cefaclor</i>	T2	
<i>cefprozil</i>	T2	
<i>cefuroxime axetil</i>	T2	
<b>ANTIBIÓTICOS CEFALOSPORINAS - 3.º GENERACIÓN</b>		
<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	
<b>ANTIBIÓTICOS LINCOSAMIDAS</b>		
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	
<b>ANTIBIÓTICOS MACRÓLIDOS</b>		
<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 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

## Lista de medicamentos con receta

ANTIBIÓTICOS (Infecciones) (cont.)		
Requisitos y límites de cobertura	Nivel de medicamentos	Requisitos y límites de cobertura
<b>ANTIBIÓTICOS MACRÓLIDOS (cont.)</b>		
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	
<b>AGENTES ANTIBACTERIANOS DERIVADOS DE NITROFURANOS</b>		
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	
<b>ANTIBIÓTICOS OXAZOLIDINONAS</b>		
<i>linezolid</i> (Zyvox)	T2	PA
ZYVOX ( <i>linezolid</i> )	T4	PA
<b>ANTIBIÓTICOS DE PENICILINA</b>		
<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	
<b>DERIVADOS DE LA PLEUROMUTILINA</b>		
XENLETA	T4	

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

## Lista de medicamentos con receta

ANTIBIÓTICOS (Infecciones) (cont.)		
Requisitos y límites de cobertura	Nivel de medicamentos	Requisitos y límites de cobertura
<b>ANTIBIÓTICOS DE QUINOLONAS</b>		
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	
<b>RIFAMICINAS Y ANTIBIÓTICOS DERIVADOS AFINES</b>		
AEMCOLO	T4	QL(12 tabs/fill)
XIFAXAN 200 MG TABLET	T3	QL(9 tabs/fill)
XIFAXAN 550 MG TABLET	T3	QL(60 tabs/fill)
<b>ANTIBIÓTICOS DE TETRACICLINA</b>		
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 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

## Lista de medicamentos con receta

ANTIBIÓTICOS (Infecciones) (cont.)		
Requisitos y límites de cobertura	Nivel de medicamentos	Requisitos y límites de cobertura
<b>ANTIBIÓTICOS DE TETRACICLINA (cont.)</b>		
<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
<b>ANTIBIÓTICOS VAGINALES</b>		
CLEOCIN	T4	
CLEOCIN (clindamycin phosphate)	T4	
<i>clindamycin 2% vaginal cream</i> (Cleocin)	T2	
CLINDESSE	T4	
METROGEL-VAGINAL ( <i>metronidazole</i> )	T4	

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio



## Lista de medicamentos con receta

ANTIBIÓTICOS (Infecciones) (cont.)		
Requisitos y límites de cobertura	Nivel de medicamentos	Requisitos y límites de cobertura
<b>ANTIBIÓTICOS VAGINALES (cont.)</b>		
<i>metronidazole (Metrogel-Vaginal)</i>	T2	
NUVESSA	T4	
XACIATO	T4	
<b>ANTIBIÓTICOS DE VANCOMICINA Y DERIVADOS</b>		
VANCOGIN HCL 125 MG CAPSULE ( <i>vancomycin hcl</i> )	T4	PA QL(40 caps/fill)
VANCOGIN 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 (Vancocin Hcl)</i>	T2	
<i>vancomycin hcl 250 mg capsule (Vancocin Hcl)</i>	T2	
<b>ANTIBIÓTICOS (Condiciones cutáneas)</b>		
<b>ANTIBIÓTICOS TÓPICOS Y ANTIINFLAMATORIOS ESTEROIDEOS</b>		
CORTISPORIN	T4	
NEO-SYNALAR	T4	
<b>ANTIBIÓTICOS TÓPICOS</b>		
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 (Cleocin T)</i>	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 (Cleocin T)</i>	T2	
<i>clindamycin phosp 1% lotion (Cleocin T)</i>	T2	QL(120 mls/30 days)
<i>clindamycin phosphate (Cleocin T)</i>	T2	
<i>clindamycin phosphate 1% foam (Evoclin)</i>	T2	QL(100 gms/30 days)
<i>clindamycin phosphate 1% gel (Clindagel)</i>	T2	QL(150 mls/30 days)

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

## Lista de medicamentos con receta

ANTIBIÓTICOS (Condiciones cutáneas) (cont.)		
Requisitos y límites de cobertura	Nivel de medicamentos	Requisitos y límites de cobertura
<b>ANTIBIÓTICOS TÓPICOS (cont.)</b>		
<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)
<b>SULFONAMIDAS TÓPICAS</b>		
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 sulfacet-sulfur 9-4.5% wash</i>	T2	
<i>sod sulfacet-sulfur 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 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

## Lista de medicamentos con receta

ANTIBIÓTICOS (Condiciones cutáneas) (cont.)		
Requisitos y límites de cobertura	Nivel de medicamentos	Requisitos y límites de cobertura
<b>SULFONAMIDAS TÓPICAS (cont.)</b>		
<i>sulfacetamide-sulfur 9-4% clr</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
SUMAXIN TS	T4	ST
<b>ANTICOAGULANTES (Diluyentes de la sangre/anticoagulantes)</b>		
<b>CITRATOS COMO ANTICOAGULANTES</b>		
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	
<b>INHIBIDORES DIRECTOS DEL FACTOR XA</b>		
ELIQUIS	T3	PA
XARELTO	T3	PA
<b>HEPARINA Y PREPARACIONES RELACIONADAS</b>		
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 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

## Lista de medicamentos con receta

ANTICOAGULANTES (Diluyentes de la sangre/anticoagulantes) (cont.)		
Requisitos y límites de cobertura	Nivel de medicamentos	Requisitos y límites de cobertura
<b>HEPARINA Y PREPARACIONES RELACIONADAS (cont.)</b>		
<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	
<b>INHIBIDORES DE LA TROMBINA, SELECTIVOS, DIRECTOS Y REVERSIBLES</b>		
<i>dabigatran etexilate mesylate</i>	T2	HD
<b>ANTÍDOTOS (Condiciones gastrointestinales/pirosis)</b>		
<b>ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES OPIOIDES MU, CON ACCIÓN PERIFÉRICA</b>		
MOVANTIK	T3	QL(30 tabs/fill)
RELISTOR	T3	ST
SYMPROIC	T3	
<b>ANTÍDOTOS (Abuso de sustancias)</b>		
<b>ANTAGONISTAS OPIOIDES</b>		
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)
<b>ANTIMICÓTICOS (Condiciones oculares)</b>		
<b>AGENTES ANTIMICÓTICOS OFTÁLMICOS</b>		
NATACYN	T3	
<b>ANTIMICÓTICOS (Productos femeninos)</b>		
<b>ANTIMICÓTICOS VAGINALES</b>		
GYNAZOLE 1	T4	

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

## Lista de medicamentos con receta

ANTIMICÓTICOS (Productos femeninos) (cont.)		
Requisitos y límites de cobertura	Nivel de medicamentos	Requisitos y límites de cobertura
<b>ANTIMICÓTICOS VAGINALES (cont.)</b>		
<i>miconazole nitrate</i>	T2	
<i>terconazole</i>	T2	
<b>ANTIMICÓTICOS (Infecciones)</b>		
<b>AGENTES ANTIMICÓTICOS</b>		
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 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

## Lista de medicamentos con receta

ANTIMICÓTICOS (Infecciones) (cont.)		
Requisitos y límites de cobertura	Nivel de medicamentos	Requisitos y límites de cobertura
<b>AGENTES ANTIMICÓTICOS (cont.)</b>		
VFEND ( <i>voriconazole</i> )	T4	PA
VIVJOA	T4	PA QL (18 caps/fill)
<i>voriconazole (Vfend)</i>	T2	PA
<b>ANTIBIÓTICOS ANTIMICÓTICOS</b>		
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	
<b>ANTIMICÓTICOS (Condiciones cutáneas)</b>		
<b>ANTIMICÓTICO TÓPICO/ANTIINFLAMATORIO, AGENTE ESTEROIDE</b>		
<i>clotrimazole-betamethasone crm</i>	T2	QL (90 gms/28 days)
<i>clotrimazole-betamethasone lot</i>	T2	QL (60 mls/28 days)
<b>ANTIMICÓTICOS TÓPICOS</b>		
<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 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

## Lista de medicamentos con receta

ANTIMICÓTICOS (Condiciones cutáneas) (cont.)		
Requisitos y límites de cobertura	Nivel de medicamentos	Requisitos y límites de cobertura
<b>ANTIMICÓTICOS TÓPICOS (cont.)</b>		
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>tavaborole</i>	T2	ST
<b>ANTIHIAMÍNICOS Y DESCONGESTIVOS COMBINADOS (Alergia/rociadores nasales)</b>		
<b>COMBINACIÓN DE ANTIHIAMÍNICOS DE 1.º GENERACIÓN Y DESCONGESTIVOS</b>		
<i>phenylephrine hcl/prometh hcl</i>	T2	
<i>phenylephrine/chlor-tan</i>	T2	
<b>COMBINACIÓN DE ANTIHIAMÍNICOS DE 2.º GENERACIÓN Y DESCONGESTIVOS</b>		
CLARINEX-D 12 HOUR	T4	QL(60 tabs/fill)
<b>ANTIHIAMÍNICOS (Alergia/rociadores nasales)</b>		
<b>ANTIHIAMÍNICOS - 1.º GENERACIÓN</b>		
<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 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

## Lista de medicamentos con receta

ANTIISTAMÍNICOS (Alergia/rociadores nasales) (cont.)		
Requisitos y límites de cobertura	Nivel de medicamentos	Requisitos y límites de cobertura
<b>ANTIISTAMÍNICOS - 1.ª GENERACIÓN (cont.)</b>		
<i>hydroxyzine pamoate</i>	T1	
<i>hydroxyzine pamoate</i> (Vistaril)	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	
<b>ANTIISTAMÍNICOS - 2.ª GENERACIÓN</b>		
CLARINEX D 24 HOUR TABLET	T4	
<i>desloratadine</i>	T2	QL(30 tabs/fill) HD
<i>desloratadine</i> (Clarinet)	T2	QL(30 tabs/fill) HD
<b>ANTIISTAMÍNICOS (Condiciones oculares)</b>		
<b>ANTIISTAMÍNICOS PARA LOS OJOS</b>		
<i>azelastine hcl 0.05% drops</i>	T2	
BEPREVE	T2	
<i>epinastine hcl</i>	T2	
LASTACFT 0.25% EYE DROPS	T4	ST
<b>ANTIHIPERGLUCÉMICOS (Diabetes)</b>		
<b>ANTIHIPERGLUCÉMICOS, INHIBIDORES DE LA ENZIMA DPP-4-TIAZOLIDINEDIONA</b>		
OSENI	T4	ST QL(30 tabs/fill) HD
<b>ANTIHIPERGLUCÉMICOS, MIMÉTICOS DE INCRETINA (AGONISTAS DEL RECEPTOR GLP-I)</b>		
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
<b>ANTIHIPERGLUCÉMICOS, INSULINA, ACCIÓN PROLONGADA-AGONISTAS DEL RECEPTOR GLP-I</b>		
SOLIQUA 100-33	T3	QL(15 mls/fill) HD
<b>ANTIHIPERGLUCÉMICOS - AGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE DOPAMINA</b>		
CYCLOSET	T4	HD

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio



## Lista de medicamentos con receta

ANTIHIPERGLUCÉMICOS (Diabetes) (cont.)		
Requisitos y límites de cobertura	Nivel de medicamentos	Requisitos y límites de cobertura
<b>ANTIHIPERGLUCÉMICOS - COMBINACIÓN DE MIMÉTICOS DE INCRETINA</b>		
MOUNJARO	T3	PA QL(4 pens/fill)
<b>ANTIHIPERGLUCÉMICOS, INHIBIDORES DE LA ALFA-GLUCOSIDASA</b>		
<i>acarbose</i> (Precose)	T2	HD
<i>miglitol</i>	T2	HD
PRECOSE ( <i>acarbose</i> )	T4	HD
<b>ANTIHIPERGLUCÉMICOS, TIPO ANÁLOGOS DE AMILINA</b>		
SYMLINPEN 120	T3	PA QL(7 pens/fill) HD
SYMLINPEN 60	T3	PA QL(7 pens/fill) HD
<b>ANTIHIPERGLUCÉMICOS, TIPO BIGUANIDAS</b>		
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
<b>ANTIHIPERGLUCÉMICOS, INHIBIDORES DE DPP-4</b>		
JANUVIA	T3	ST QL(30 tabs/fill) HD
<i>saxagliptin hcl</i> (Onglyza)	T2	ST QL(30 tabs/30 days) HD
<b>ANTIHIPERGLUCÉMICOS, TIPO ESTIMULANTES DE LIBERACIÓN DE INSULINA</b>		
AMARYL ( <i>glimepiride</i> )	T4	HD
<i>glimepiride</i> (Amaryl)	T1	HD
<i>glipizide</i>	T1	HD
<i>glipizide</i> (Glucotrol XI)	T1	HD
GLUCOTROL XL ( <i>glipizide</i> )	T4	HD
<i>glyburide</i>	T2	HD

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

## Lista de medicamentos con receta

ANTIHIPERGLUCÉMICOS (Diabetes) (cont.)		
Requisitos y límites de cobertura	Nivel de medicamentos	Requisitos y límites de cobertura
<b>ANTIHIPERGLUCÉMICOS, TIPO ESTIMULANTES DE LIBERACIÓN DE INSULINA (cont.)</b>		
<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
<b>ANTIHIPERGLUCÉMICOS, COMB. DE INHIBIDORES DE SGLT-2 Y DPP-4</b>		
GLYXAMBI	T3	ST QL(30 tabs/fill) HD
<b>ANTIHIPERGLUCÉMICOS, TIAZOLIDINEDIONAS Y BIGUANIDAS</b>		
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
<b>ANTIHIPERGLUCÉMICOS, TIAZOLIDINEDIONAS Y SULFONILUREAS</b>		
DUETACT ( <i>pioglitazone-glimepiride</i> )	T4	ST QL(30 tabs/fill) HD
<i>pioglitazone hcl/glimepiride</i> (Duetact)	T2	QL(30 tabs/fill) HD
<b>ANTIPLERGLUCÉMICOS, COMB. DE INHIBIDORES DE DPP-4 Y BIGUANIDAS</b>		
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
<b>ANTIHIPERGLUCÉMICOS-BLOQUEADORES DE LOS RECEPTORES DE GLUCOCORTICOIDES</b>		
<i>mifepristone 300 mg tablet</i>	T2	PA SP
<b>ANTIHIPERGLUCÉMICOS, ESTIM. DE LIBERACIÓN DE INSULINA-BIGUANIDAS</b>		
<i>glipizide/metformin hcl</i>	T1	HD
<i>glyburide/metformin hcl</i>	T2	HD
<b>ANTIHIPERGLUCÉMICOS, TIAZOLIDINEDIONAS (AGONISTAS DE PPARG)</b>		
ACTOS ( <i>pioglitazone hcl</i> )	T4	ST QL(30 tabs/fill) HD
<b>ANTIPLERGLUCÉMICOS-COMB. DE INHIBIDORES DE SGLT-2 Y BIGUANIDAS</b>		
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 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

## Lista de medicamentos con receta

<b>ANTIHIPERGLUCÉMICOS (Diabetes) (cont.)</b>		
<b>Requisitos y límites de cobertura</b>	<b>Nivel de medicamentos</b>	<b>Requisitos y límites de cobertura</b>
<b>ANTIHIPERGLUCÉMICOS-COMB. DE INHIBIDORES DE SGLT-2 Y BIGUANIDAS (cont.)</b>		
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
<b>ANTIHIPERGLUCÉM.-INHIB. DEL COTRANSPORT. DE SOD./GLUC. TIPO 2 (SGLT-2)</b>		
FARXIGA	T3	ST QL(30 tabs/fill) HD
JARDIANCE	T3	ST QL(30 tabs/fill) HD
STEGLATRO	T3	ST QL(30 tabs/fill) HD
<b>ANTIHIPERGLUCÉM.-COMB. DE INHIB. DE SGLT-2, INHIB. DE DPP-4 Y BIGUANIDAS</b>		
TRIJARDY XR	T3	ST HD
<b>INSULINAS</b>		
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 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

## Lista de medicamentos con receta

ANTIHIPERGLUCÉMICOS (Diabetes) (cont.)		
Requisitos y límites de cobertura	Nivel de medicamentos	Requisitos y límites de cobertura
<b>INSULINAS (cont.)</b>		
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
<b>ANTIINFECCIOSOS (Productos femeninos)</b>		
<b>SULFONAMIDAS VAGINALES</b>		
AVC	T4	
<b>ANTIINFECCIOSOS (Infecciones)</b>		
<b>ANTIBIÓTICOS DE PENICILINA</b>		
<i>amoxicillin</i>	T2	
<b>ANTIINFECCIOSOS/VARIOS (Productos femeninos)</b>		
<b>ANTISÉPTICOS VAGINALES</b>		
<i>acetic acid/oxyquinoline (Relagard)</i>	T2	
RELAGARD ( <i>acetic acid/oxyquinoline</i> )	T4	
TRIMO-SAN	T3	
<b>ANTIINFECCIOSOS/VARIOS (Infecciones)</b>		
<b>ANTIPROTOZOARIOS ANAERÓBICOS DE 2.ª GENERACIÓN-ANTIBACTERIANOS</b>		
tinidazole 250 mg tablet	T2	QL(40 tabs/30 days)
tinidazole 500 mg tablet	T2	QL(20 tabs/30 days)
<b>AMEBICIDAS</b>		
HUMATIN	T4	
<i>paromomycin sulfate</i>	T2	
<b>ANTHELMÍNTICOS</b>		
<i>albendazole (Albenza)</i>	T2	QL(120 tabs/30 days)

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

## Lista de medicamentos con receta

ANTIINFECCIOSOS/VARIOS (Infecciones) (cont.)		
Requisitos y límites de cobertura	Nivel de medicamentos	Requisitos y límites de cobertura
<b>ANTHELMÍNTICOS (cont.)</b>		
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	
STROMECTOL ( <i>ivermectin</i> )	T4	PA QL(14 tabs/30 days)
<b>MEDICAMENTOS CONTRA LA MALARIA</b>		
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	
<b>MEDICAMENTOS ANTIPROTOZOARIOS, VARIOS</b>		
<i>atovaquone</i> (Mepron)	T2	
BENZNIDAZOLE	T3	QL(360 tabs/fill)
IMPAVIDO	T3	PA QL(84 caps/30 days)

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

## Lista de medicamentos con receta

ANTIINFECCIOSOS/VARIOS (Infecciones) (cont.)		
Requisitos y límites de cobertura	Nivel de medicamentos	Requisitos y límites de cobertura
<b>MEDICAMENTOS ANTIPROTOZOARIOS, VARIOS (cont.)</b>		
MEPRON ( <i>atovaquone</i> )	T4	
NEBUPENT ( <i>pentamidine isethionate</i> )	T4	QL(1 v/28 days)
<i>pentamidine isethionate</i> (Nebupent)	T2	QL(1 v/28 days)
<b>ANTIINFECCIOSOS/VARIOS (Varios)</b>		
<b>AGENTES ANTIBACTERIANOS, VARIOS</b>		
<i>glycine urologic solution</i>	T2	
<b>ANTISÉPTICOS, GENERALES</b>		
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	
<b>AGENTES SECADORES ANTISÉPTICOS TÓPICOS</b>		
<i>formaldehyde</i>	T2	
<b>ANTIINFECCIOSOS/VARIOS (Condiciones cutáneas)</b>		
<b>ANTIMICÓTICOS TÓPICOS</b>		
CICLODAN 8% KIT	T4	ST
<i>ciclopirox 8% treatment kit</i>	T2	
<b>AGENTES INHIBIDORES DEL FACTOR DE NECROSIS TUMORAL ANTIINFLAMATORIOS (Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)</b>		
<b>ANTIINFLAMATORIOS INHIBIDORES DEL FACTOR DE NECROSIS TUMORAL</b>		
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-ADB(M)CF	T4	PA QL(2 srnge kits/28 days) SP HD
ADALIMUMAB-ADB(M)CF PEN CROHNS	T4	PA QL(6 pens/365 days) SP HD
ADALIMUMAB-ADB(M)CF PEN PS-UV	T4	PA QL(4 pens/365 days) SP HD
ADALIMUMAB-ADB(M)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 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

## Lista de medicamentos con receta

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

Requisitos y límites de cobertura	Nivel de medicamentos	Requisitos y límites de cobertura
<b>ANTIINFLAMATORIOS INHIBIDORES DEL FACTOR DE NECROSIS TUMORAL (cont.)</b>		
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

### ANTINEOPLÁSICOS (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 ANTINEOPLÁSICOS - 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 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

## Lista de medicamentos con receta

ANTINEOPLÁSTICOS (Cáncer) (cont.)		
Requisitos y límites de cobertura	Nivel de medicamentos	Requisitos y límites de cobertura
<b>AGENTES ANTINEOPLÁSTICOS - ALQUILANTES (cont.)</b>		
<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
<b>AGENTES ANTINEOPLÁSTICOS - ANTIANDROGÉNICOS</b>		
<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
<b>ANTINEOPLÁSTICOS - ANTIMETABOLITOS</b>		
<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 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio



## Lista de medicamentos con receta

ANTINEOPLÁSTICOS (Cáncer) (cont.)		
Requisitos y límites de cobertura	Nivel de medicamentos	Requisitos y límites de cobertura
<b>ANTINEOPLÁSTICOS - ANTIMETABOLITOS (cont.)</b>		
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
<b>ANTINEOPLÁSTICOS - INHIBIDORES DE LA AROMATASA</b>		
<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
<b>ANTINEOPLÁSTICOS - INHIBIDORES DE LA QUINASA BRAF</b>		
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
<b>ANTINEOPLÁSTICOS - INHIBIDORES DE LA VÍA DE HEDGEHOG</b>		
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
<b>ANTINEOPLÁSTICOS - INHIBIDORES DE LA QUINASA DE JANUS (JAK)</b>		
JAKAFI	T4	PA QL(60 tabs/fill) SP HD CSL
<b>ANTINEOPLÁSTICOS - INHIBIDOR DE LA PROTEÍNA KRAS</b>		
LUMAKRAS	T4	PA SP HD CSL
<b>ANTINEOPLÁSTICOS - INHIBIDORES DE LA QUINASA MEK1 Y MEK2</b>		
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
<b>ANTINEOPLÁSTICOS - INHIBIDORES DE LA QUINASA MTOR</b>		
<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 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

## Lista de medicamentos con receta

ANTINEOPLÁSTICOS (Cáncer) (cont.)		
Requisitos y límites de cobertura	Nivel de medicamentos	Requisitos y límites de cobertura
<b>ANTINEOPLÁSTICOS - INHIBIDORES DE LA QUINASA MTOR (cont.)</b>		
<i>everolimus 5 mg tablet (Afinitor)</i>	T2	
<i>everolimus 7.5 mg tablet (Afinitor)</i>	T2	
<b>ANTINEOPLÁSTICOS - INHIBIDORES DE LA PROTEÍNA METILTRANSFERASA</b>		
TAZVERIK	T4	PA SP CSL
<b>ANTINEOPLÁSTICOS - INHIBIDORES DE LA TOPOISOMERASA I</b>		
HYCAMTIN	T4	PA SP HD CSL
<b>AGENTES ANTINEOPLÁSTICOS INMUNOMODULADORES</b>		
<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
<b>ANTAGONISTAS DE LHRH (GNRH) ANTINEOPLÁSTICOS, SUPR. HIPOFISARIOS</b>		
ORGOVYX	T4	PA QL(30 tabs/fill) SP CSL
<b>ANTINEOPLÁSTICOS, INHIBIDORES DE ENZIMAS SISTÉMICAS</b>		
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 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

## Lista de medicamentos con receta

ANTINEOPLÁSICOS (Cáncer) (cont.)		
Requisitos y límites de cobertura	Nivel de medicamentos	Requisitos y límites de cobertura
<b>ANTINEOPLÁSICOS, INHIBIDORES DE ENZIMAS SISTÉMICAS (cont.)</b>		
<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 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

## Lista de medicamentos con receta

ANTINEOPLÁSICOS (Cáncer) (cont.)		
Requisitos y límites de cobertura	Nivel de medicamentos	Requisitos y límites de cobertura
<b>ANTINEOPLÁSICOS, INHIBIDORES DE ENZIMAS SISTÉMICAS (cont.)</b>		
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 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

## Lista de medicamentos con receta

ANTINEOPLÁSTICOS (Cáncer) (cont.)		
Requisitos y límites de cobertura	Nivel de medicamentos	Requisitos y límites de cobertura
<b>ANTINEOPLÁSTICOS, INHIBIDORES DE ENZIMAS SISTÉMICAS (cont.)</b>		
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
<b>ANTINEOPLÁSTICOS-INHIBIDORES DE LINFOMA DE CÉLULAS B-2 (BCL-2)</b>		
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
<b>ANTINEOPLÁSTICOS-INHIBIDOR DEL FACTOR INDUCIBLE POR HIPOXIA (HIF)</b>		
WELIREG	T4	PA SP CSL
<b>ANTINEOPLÁSTICOS-INHIBIDORES DE LA ISOCITRATO DESHIDROGENASA</b>		
IDHIFA	T4	PA QL(30 tabs/fill) SP HD CSL
TIBSOVO	T4	PA SP CSL

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

## Lista de medicamentos con receta

ANTINEOPLÁSTICOS (Cáncer) (cont.)		
Requisitos y límites de cobertura	Nivel de medicamentos	Requisitos y límites de cobertura
<b>ANTINEOPLÁSTICOS, VARIOS</b>		
<i>etoposide</i>	T2	SP HD CSL
LYSODREN	T3	CSL
MATULANE	T4	SP CSL
<i>tretinoin 10 mg capsule</i>	T2	CSL
<b>INMUNOMODULADORES</b>		
ACTIMMUNE	T4	PA SP HD
<b>MODULADORES SELECTIVOS DE RECEPTORES ESTROGÉNICOS (SERM)</b>		
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
<b>ANTINEOPLÁSTICOS ESTEROIDES</b>		
EMCYT	T4	SP HD CSL
<i>megestrol 20 mg tablet</i>	T2	CSL
<i>megestrol 40 mg tablet</i>	T2	CSL
ANTINEOPLÁSTICOS (Condiciones cutáneas)		
<b>ANTINEOPLÁSTICOS TÓPICOS FOTOACT., LESIONES PREMALIGNAS</b>		
LEVULAN	T4	SP
<b>AGENTES ANTINEOPLÁSTICOS TÓPICOS PARA LESIONES PREMALIGNAS</b>		
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)		
<b>ANOREXÍGENOS CONTRA LA OBESIDAD</b>		
ADIPEX-P ( <i>phentermine hcl</i> )	T4	PA QL(30 tabs/30 days)

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

## Lista de medicamentos con receta

MEDICAMENTOS CONTRA LA OBESIDAD (Control del peso) (cont.)		
Requisitos y límites de cobertura	Nivel de medicamentos	Requisitos y límites de cobertura
<b>ANOREXÍGENOS CONTRA LA OBESIDAD (cont.)</b>		
<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)
<b>COMBINACIÓN DE MIMÉTICOS DE INCRETINA CONTRA LA OBESIDAD</b>		
ZEPBOUND	T3	
<b>AGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE LA MELANOCORTINA 4 CONTRA LA OBESIDAD</b>		
IMCIVREE	T4	PA QL(6 mls/30 days) SP
<b>AGONISTAS DE LOS RECEPTORES DEL PÉPTIDO SIMILAR AL GLUCAGÓN TIPO I CONTRA LA OBESIDAD</b>		
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)
<b>AGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE LA SEROTONINA 2C CONTRA LA OBESIDAD</b>		
BELVIQ	T4	PA
BELVIQ XR	T4	PA
<b>ANTAG. OPIOIDES-INHIB. DE LA RECAPT. DE NOREPINEFRINA Y DOPAMINA CONTRA LA OBESIDAD</b>		
CONTRAVE	T4	PA QL(120 tabs/fill)
<b>AGENTES QUE REDUCEN LA ABSORCIÓN DE GRASAS</b>		
ORLISTAT	T4	PA QL(90 caps/fill)
XENICAL	T4	PA QL(90 caps/fill)
<b>ANTIPARASITARIOS (Condiciones oculares)</b>		
<b>ANTIPARASITARIOS OFTÁLMICOS (DE LOS OJOS)</b>		
XDEMVY	T4	QL(10 mgs/30 days) SP

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

## Lista de medicamentos con receta

ANTIPARASITARIOS (Infecciones)		
Requisitos y límites de cobertura	Nivel de medicamentos	Requisitos y límites de cobertura
<b>ANTIPARASITARIOS</b>		
ALINIA 100 MG/5 ML SUSPENSION	T3	QL(180ml/30 days)
<i>nitazoxanide</i> (Alinia)	T2	QL(12 tabs/30 days)
<b>ANTIPARASITARIOS TÓPICOS</b>		
<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	
<b>MEDICAMENTOS ANTIPARKINSONIANOS (Enfermedad de Parkinson)</b>		
<b>MEDICAMENTOS ANTIPARKINSONIANOS, ANTICOLINÉRGICOS</b>		
<i>benztropine mesylate</i>	T1	HD
<i>trihexyphenidyl hcl</i>	T2	HD
<b>MEDICAMENTOS ANTIPARKINSONIANOS, OTROS</b>		
<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 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio



## Lista de medicamentos con receta

MEDICAMENTOS ANTIPARKINSONIANOS (Enfermedad de Parkinson) (cont.)		
Requisitos y límites de cobertura	Nivel de medicamentos	Requisitos y límites de cobertura
<b>MEDICAMENTOS ANTIPARKINSONIANOS, OTROS (cont.)</b>		
MIRAPEX ER ( <i>pramipexole di-hcl</i> )	T4	HD
NEUPRO	T4	HD
NOURIANZ	T4	PA QL(30 tabs/fill) 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
<b>INHIBIDORES DE LA DESCARBOXILASA</b>		
<i>carbidopa</i> (Lodosyn)	T2	PA
LODOSYN ( <i>carbidopa</i> )	T4	PA
<b>MEDICAMENTOS ANTIPLAQUETARIOS (Diluyentes de la sangre/anticoagulantes)</b>		
<b>INHIBIDORES DE LA AGRUPACIÓN PLAQUETARIA</b>		
<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 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

## Lista de medicamentos con receta

MEDICAMENTOS ANTIPLAQUETARIOS (Diluyentes de la sangre/anticoagulantes) (cont.)		
Requisitos y límites de cobertura	Nivel de medicamentos	Requisitos y límites de cobertura
<b>AGENTES REDUCTORES DE PLAQUETAS</b>		
AGRYLIN ( <i>anagrelide hcl</i> )	T4	
<i>anagrelide hcl</i>	T2	
<i>anagrelide hcl</i> (Agrylin)	T2	
<b>ANTIVÍRICOS (SIDA/VIH)</b>		
<b>ANTIRRETROVIRALES - INHIBIDORES DE LA CÁPSIDE</b>		
SUNLENCA	T4	PA SP
<b>ANTIRRETROVIRALES-COMB. DE INHIBIDORES DE LA INTEGRASA Y NNRTI</b>		
JULUCA	T4	SP
DOVATO	T4	SP
TRIUMEQ	T4	SP
TRIUMEQ PD	T4	SP
<b>ANTIRRETROVIRALES-NUCLEÓSIDOS, NUCLEÓTIDOS, INHIB. DE LA PROTEASA</b>		
SYM TUZA	T4	SP
<b>ANTIVÍRICOS, ESPEC. PARA VIH, INHIB. DE LA PROTEASA NO PEPTÍDICOS</b>		
APTIVUS	T4	SP
<i>darunavir</i> (Prezista)	T2	SP
PREZISTA 600MG, 800MG TABLET ( <i>darunavir</i> )	T4	SP
<b>ANTIVÍRICOS, ESPEC. PARA VIH, ANÁLOGOS DE NUCLEÓSIDOS-NUCLEÓTIDOS</b>		
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
<b>ANTIVÍRICOS, ESPEC. PARA VIH, COMB. ANÁLOGOS DE NUCLEÓSIDOS, RTI</b>		
<i>abacavir sulfato/lamivudine</i> (Epzicom)	T2	SP
<i>abacavir/lamivudine/zidovudine</i> (Trizivir)	T2	SP
COMBIVIR ( <i>lamivudine/zidovudine</i> )	T4	SP
EPZICOM ( <i>abacavir sulfato/lamivudine</i> )	T4	SP
<i>lamivudine/zidovudine</i> (Combivir)	T2	SP
TRIZIVIR ( <i>abacavir/lamivudine/zidovudine</i> )	T4	SP
<b>ANTIVÍRICOS, ESPECÍFICOS PARA VIH, ANTAG. DEL CO-RECEPTOR CCR5</b>		
<i>maraviroc</i> (Selzentry)	T2	SP

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

## Lista de medicamentos con receta

ANTIVÍRICOS (SIDA/VIH) (cont.)		
Requisitos y límites de cobertura	Nivel de medicamentos	Requisitos y límites de cobertura
<b>ANTIVÍRICOS, ESPECÍFICOS PARA VIH, ANTAG. DEL CO-RECEPTOR CCR5 (cont.)</b>		
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
<b>ANTIVÍRICOS, ESPECÍFICOS PARA VIH, INHIBIDORES DE LA FUSIÓN</b>		
FUZEON	T4	SP QL (60 vials/30 days)
<b>ANTIVÍRICOS, ESPECÍFICOS PARA VIH, NO NUCLEÓSIDOS, RTI</b>		
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
<b>ANTIVÍRICOS, ESPECÍFICOS PARA VIH, ANÁLOGOS DE NUCLEÓSIDOS, RTI</b>		
<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
<b>ANTIVÍRICOS, ESPECÍFICOS PARA VIH, ANÁLOGOS DE NUCLEÓTIDOS, RTI</b>		
<i>tenofovir disoproxil fumarate</i> (Viread)	T2	SP
VIREAD 150 MG TABLET	T4	SP

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

## Lista de medicamentos con receta

ANTIVÍRICOS (SIDA/VIH) (cont.)		
Requisitos y límites de cobertura	Nivel de medicamentos	Requisitos y límites de cobertura
<b>ANTIVÍRICOS, ESPECÍFICOS PARA VIH, ANÁLOGOS DE NUCLEÓTIDOS, RTI (cont.)</b>		
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
<b>ANTIVÍRICOS, ESPECÍFICOS PARA VIH, COMB. DE INHIBIDORES DE LA PROTEASA</b>		
KALETRA ( <i>lopinavir/ritonavir</i> )	T4	SP
<i>lopinavir/ritonavir</i> (Kaletra)	T2	SP
<b>ANTIVÍRICOS, ESPECÍFICOS PARA VIH, INHIBIDORES DE LA PROTEASA</b>		
<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
<b>ANTIVÍRICOS, INHIBIDORES DE LA TRANSFERENCIA DE CADENA DE LA INTEGRASA DEL VIH-I</b>		
APRETUDE	T4	PA SP PPACA
ISENTRESS	T4	SP
ISENTRESS HD	T4	SP
TIVICAY	T4	SP
TIVICAY PD	T4	SP
<b>ANTIRRETROV., COMB. DE NUCLEÓSIDOS, NUCLEÓTIDOS Y RTI NO NUCLEÓSIDOS</b>		
<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 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

## Lista de medicamentos con receta

ANTIVÍRICOS (SIDA/VIH) (cont.)		
Requisitos y límites de cobertura	Nivel de medicamentos	Requisitos y límites de cobertura
<b>ANTIRRETROV., COMB. DE NUCLEÓSIDOS, NUCLEÓTIDOS Y RTI NO NUCLEÓSIDOS (cont.)</b>		
SYMFI (efavirenz/lamivu/tenofov disop)	T4	SP
SYMFI LO (efavirenz/lamivu/tenofov disop)	T4	SP
<b>ANTIRRETROV.-NUCLEÓSIDOS, RTI NUCLEÓTIDOS, INHIBIDORES DE LA INTEGRASA</b>		
BIKTARVY	T4	SP
GENVOYA	T4	SP
ANTIVÍRICOS (Condiciones oculares)		
<b>ANTIVÍRICOS PARA LOS OJOS</b>		
trifluridine	T2	
ZIRGAN	T4	
ANTIVÍRICOS (Infecciones)		
<b>ANTIVÍRICOS, GENERALES</b>		
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 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

## Lista de medicamentos con receta

ANTIVÍRICOS (Infecciones) (cont.)		
Requisitos y límites de cobertura	Nivel de medicamentos	Requisitos y límites de cobertura
<b>ANTIVÍRICOS, GENERALES (cont.)</b>		
<i>valganciclovir hcl (Valcyte)</i>	T2	
XOFLUZA	T4	QL(1 tab/fill)
ZOVIRAX 200 MG/5 ML SUSP ( <i>acyclovir</i> )	T4	
<b>HEP. C - COMBO DE INHIB. DE NS5A, NS3/4A, NS5B NUCLEÓTIDOS</b>		
VOSEVI	T4	PA QL(28 tabs/fill) SP HD
<b>VIRUS DE LA HEP. C - COMBO DE INHIB. DE LA POLIMERASA NS5B Y NS5A</b>		
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
<b>AGENTES PARA EL TRATAMIENTO DE LA HEPATITIS B</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
<b>AGENTES PARA EL TRATAMIENTO DE LA HEPATITIS C</b>		
<i>ribavirin</i>	T2	ST SP HD
<b>VIRUS DE LA HEPATITIS C - COMB. DE INHIB. DE NS5A Y NS3/4A</b>		
ZEPATIER	T4	PA QL(28 tabs/fill) SP HD
<b>ANTIVÍRICOS (Condiciones cutáneas)</b>		
<b>ANTIVÍRICOS TÓPICOS</b>		
<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 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

## Lista de medicamentos con receta

ANTIVÍRICOS (Condiciones cutáneas) (cont.)		
Requisitos y límites de cobertura	Nivel de medicamentos	Requisitos y límites de cobertura
<b>ANTIVÍRICOS TÓPICOS (cont.)</b>		
DENAVIR	T4	
<i>penciclovir</i>	T2	
ZOVIRAX 5% CREAM ( <i>acyclovir</i> )	T4	PA QL(5 gms/fill)
<b>MEDICAMENTOS PARA EL SISTEMA NERVIOSO AUTÓNOMO (Alergia/rociadores nasales)</b>		
<b>AGENTES PARA EL TRATAMIENTO DE LA ANAFILAXIA</b>		
AUVI-Q	T3	QL(2 auto-injs/30 days)
<i>epinephrine 0.15 mg auto-injct</i> (Epipen Jr 2-Pak)	T2	QL(2 auto-injs/fill)
<i>epinephrine 0.15 mg auto-injct</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)
<b>MEDICAMENTOS PARA EL SISTEMA NERVIOSO AUTÓNOMO (Enfermedad de Alzheimer)</b>		
<b>INHIBIDORES DE LA COLINESTERASA</b>		
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 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

## Lista de medicamentos con receta

### MEDICAMENTOS PARA EL SISTEMA NERVIOSO AUTÓNOMO (Trastorno de déficit de atención e hiperactividad)<sup>8</sup>

Requisitos y límites de cobertura	Nivel de medicamentos	Requisitos y límites de cobertura
<b>ADRENÉRGICOS, AROMÁTICOS, SIN CATECOLAMINAS</b>		
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 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio



## Lista de medicamentos con receta

MEDICAMENTOS PARA EL SISTEMA NERVIOSO AUTÓNOMO (Condiciones urinarias) (cont.)		
Requisitos y límites de cobertura	Nivel de medicamentos	Requisitos y límites de cobertura
<b>AGENTES ANTIFIBRINOLÍTICOS (cont.)</b>		
SALAGEN ( <i>pilocarpine hcl</i> )	T4	HD
URECHOLINE ( <i>bethanechol chloride</i> )	T4	HD
<b>PRODUCTOS BIOLÓGICOS (Alergia/rociadores nasales)</b>		
<b>EXTRACTOS ALERGÉNICOS, TERAPÉUTICOS</b>		
GRASSTK	T3	PA
ODACTRA	T3	PA
ORALAIR	T3	PA
RAGWITEK	T3	PA
<b>PRODUCTOS BIOLÓGICOS (Medicamentos para la presión arterial/para el corazón)</b>		
<b>INHIBIDORES DE CALICREÍNA PLASMÁTICA</b>		
TAKHZYRO	T4	PA SP HD
<b>PRODUCTOS BIOLÓGICOS (Varios)</b>		
<b>AGENTES PARA EL TRATAMIENTO DE LA FENILCETONURIA - FENILALANINA AMONIO LIASA</b>		
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
<b>PRODUCTOS BIOLÓGICOS (Vacunas)</b>		
<b>VACUNAS CONTRA EL COVID-19</b>		
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
<b>VACUNAS CONTRA VIRUS ENTÉRICOS</b>		
IPOL	T3	PPACA
ROTARIX	T3	HD PPACA
ROTATEQ	T3	PPACA
<b>VACUNAS CONTRA COCOS GRAMNEGATIVOS</b>		
BEXSERO	T3	PPACA
MENACTRA	T3	PPACA

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

## Lista de medicamentos con receta

PRODUCTOS BIOLÓGICOS (Vacunas) (cont.)		
Requisitos y límites de cobertura	Nivel de medicamentos	Requisitos y límites de cobertura
<b>VACUNAS CONTRA COCOS GRAMNEGATIVOS</b>		
MENQUADFI	T3	PPACA
MENVEO A-C-Y-W-135-DIP	T3	PPACA
PENBRAYA	T3	PPACA
TRUMENBA	T3	PPACA
<b>VACUNAS CONTRA COCOS GRAMPOSITIVOS</b>		
PNEUMOVAX 23	T3	PPACA
PREVNAR 13	T3	PPACA
PREVNAR 20	T3	PPACA
VAXNEUVANCE	T3	PPACA
<b>VACUNAS CONTRA EL VIRUS DE LA INFLUENZA</b>		
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
<b>VACUNAS CONTRA VIRUS NEUROTÓXICOS</b>		
DENGVAXIA	T3	PPACA
<b>PREPARACIONES, COMBINACIONES DE VACUNAS/TOXOIDES</b>		
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 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

## Lista de medicamentos con receta

PRODUCTOS BIOLÓGICOS (Vacunas) (cont.)		
Requisitos y límites de cobertura	Nivel de medicamentos	Requisitos y límites de cobertura
<b>PREPARACIONES, COMBINACIONES DE VACUNAS/TOXOIDES (cont.)</b>		
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
<b>VACUNAS ANTIVIRALES/DE CÉLULAS TUMORÍGENAS</b>		
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
<b>SANGRE (Modificadores de la sangre/trastornos hemorrágicos)</b>		
<b>AGENTES ANTIFIBRINOLÍTICOS</b>		
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
<b>INHIBIDORES DEL COMPLEMENTO</b>		
EMPAVELI	T4	PA SP
FABHALTA	T4	PA SP
<b>AGENTES PARA EL TRATAMIENTO DE LA HEMOFILIA, SIN REEMPLAZO DE FACTOR</b>		
HEMLIBRA	T4	PA SP HD

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

## Lista de medicamentos con receta

SANGRE (Modificadores de la sangre/trastornos hemorrágicos) (cont.)		
Requisitos y límites de cobertura	Nivel de medicamentos	Requisitos y límites de cobertura
<b>ACTIVADORES DE LA PIRUVATO QUINASA</b>		
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
<b>AGENTES PARA LA ANEMIA DREPANOCÍTICA</b>		
DROXIA	T3	
ENDARI	T4	PA
<b>HEMOSTÁTICOS TÓPICOS</b>		
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 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

## Lista de medicamentos con receta

<b>SANGRE (Diluyentes de la sangre/anticoagulantes)</b>		
<b>Requisitos y límites de cobertura</b>	<b>Nivel de medicamentos</b>	<b>Requisitos y límites de cobertura</b>
<b>AGENTES HEMORREOLÓGICOS</b>		
<i>pentoxifylline</i>	T2	HD
<b>MEDICAMENTOS PARA ENFERMEDADES CARDÍACAS (Medicamentos para la presión arterial/para el corazón)</b>		
<b>AGENTES ANTIANGINOSOS Y ANTIISQUÉMICOS, NO HEMODINÁMICOS</b>		
<i>ranolazine (Ranexa)</i>	T2	HD
<b>ANTIARRÍTMICOS</b>		
<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
<b>BLOQUEADORES DE LOS CANALES DE CALCIO Y ANTIINFLAMATORIOS NO ESTEROIDEOS, INHIBIDORES DE LA COX-2</b>		
CONSENSI	T4	
<b>AGENTES BLOQUEADORES DE LOS CANALES DE CALCIO</b>		
<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 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

## Lista de medicamentos con receta

<b>MEDICAMENTOS PARA ENFERMEDADES CARDÍACAS (Medicamentos para la presión arterial/ para el corazón) (cont.)</b>		
<b>Requisitos y límites de cobertura</b>	<b>Nivel de medicamentos</b>	<b>Requisitos y límites de cobertura</b>
<b>AGENTES BLOQUEADORES DE LOS CANALES DE CALCIO (cont.)</b>		
<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
<b>INHIBIDOR DE LA MIOSINA CARDÍACA</b>		
CAMZYOS	T4	PA QL(30 caps/fil) SP HD
<b>GLUCÓSIDOS DIGITÁLICOS</b>		
<i>digoxin</i>	T2	HD
<i>digoxin</i> (Lanoxin)	T2	HD
LANOXIN	T4	HD
LANOXIN ( <i>digoxin</i> )	T4	HD
<b>ESTIMULADOR DE LA GUANILATO CICLASA SOLUBLE (SGC)</b>		
VERQUVO	T3	QL(30 tabs/fil)
<b>VASODILADORES, CORONARIOS</b>		
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 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

## Lista de medicamentos con receta

<b>MEDICAMENTOS PARA ENFERMEDADES CARDÍACAS (Medicamentos para la presión arterial/ para el corazón) (cont.)</b>		
<b>Requisitos y límites de cobertura</b>	<b>Nivel de medicamentos</b>	<b>Requisitos y límites de cobertura</b>
<b>VASODILADORES, CORONARIOS (cont.)</b>		
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
<b>CARDIOVASCULARES (Asma/EPOC/condiciones respiratorias)</b>		
<b>ANTIHIP. PULM., ESTIMULADOR DE LA GUANILATO CICLASA SOLUBLE</b>		
ADEMPAS	T4	PA QL(90 tabs/fill) SP HD
<b>ANTIHIP. PULM., INHIB. SEL. DE LA FOSFODIESTERASA T5 DE C-GMP</b>		
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
<b>ANTIHIP. PULMONAR, ANTAGONISTA DE LOS RECEPTORES DE ENDOTELINA</b>		
<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
<b>ANTIHIPERTENSIVOS PULMONARES, TIPO PROSTACICLINAS</b>		
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 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

## Lista de medicamentos con receta

CARDIOVASCULARES (Asma/EPOC/condiciones respiratorias) (cont.)		
Requisitos y límites de cobertura	Nivel de medicamentos	Requisitos y límites de cobertura
<b>ANTIHIPERTENSIVOS PULMONARES, TIPO PROSTACICLINAS (cont.)</b>		
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
<b>CARDIOVASCULARES (Medicamentos para la presión arterial/para el corazón)</b>		
<b>COMBINACIÓN DE INHIBIDORES DE LA ECA-BLOQUEADORES DE LOS CANALES DE CALCIO</b>		
<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
<b>INHIBIDOR DE LA ECA-TIAZIDA O DIURÉTICO TIAZÍDICO</b>		
ACCURETIC ( <i>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
LOTENSIN HCT ( <i>benazepril/hydrochlorothiazide</i> )	T4	HD
<i>quinapril/hydrochlorothiazide (Accuretic)</i>	T1	HD
VASERETIC ( <i>enalapril/hydrochlorothiazide</i> )	T4	HD
ZESTORETIC ( <i>lisinopril/hydrochlorothiazide</i> )	T4	HD

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio



## Lista de medicamentos con receta

CARDIOVASCULARES (Medicamentos para la presión arterial/para el corazón) (cont.)		
Requisitos y límites de cobertura	Nivel de medicamentos	Requisitos y límites de cobertura
<b>AGENTES BLOQUEADORES ADRENÉRGICOS ALFA/BETA</b>		
<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
<b>AGENTES BLOQUEADORES ADRENÉRGICOS ALFA</b>		
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
<b>ANTAG. DE RECEPT. DE ANGIOTENSINA-BLOQ. DE LOS CANALES DE CALCIO-TIAZIDAS</b>		
<i>amlodipine/valsartan/hcthiazid</i> (Exforge Hct)	T2	HD
<i>olmesartan/amlodipin/hcthiazid</i> (Tribenzor)	T2	HD
<b>COMB. INHIBIDOR DEL RECEPT. DE ANGIOTENSINA-DE LA NEPRILISINA (ARNI)</b>		
ENTRESTO	T3	QL(60 tabs/fill) HD
<b>COMB. DE ANTAG. DE RECEPT. DE ANGIOTENSINA-DIURÉTICOS TIAZÍDICOS</b>		
<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
<b>BLOQ. DE RECEPTORES DE ANGIOTENSINA-BLOQ. DE LOS CANALES DE CALCIO</b>		
<i>amlodipine bes/olmesartan med</i> (Azor)	T2	HD

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

## Lista de medicamentos con receta

CARDIOVASCULARES (Medicamentos para la presión arterial/para el corazón) (cont.)		
Requisitos y límites de cobertura	Nivel de medicamentos	Requisitos y límites de cobertura
<b>BLOQ. DE RECEPTORES DE ANGIOTENSINA-BLOQ. DE LOS CANALES DE CALCIO (cont.)</b>		
<i>amlodipine besylate/valsartan (Exforge)</i>	T2	HD
<i>telmisartan/amlodipine</i>	T2	HD
<b>ANTIHIPERTENSIVOS, INHIBIDORES DE LA ECA</b>		
<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
<b>ANTIHIPERTENSIVOS, ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE ANGIOTENSINA</b>		
<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
<b>ANTIHIPERTENSIVOS, BLOQUEADORES GANGLIONARES</b>		
<i>VECAMYL</i>	T4	PA

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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.)		
Requisitos y límites de cobertura	Nivel de medicamentos	Requisitos y límites de cobertura
<b>ANTIHIPERTENSIVOS, VARIOS</b>		
DEMSEK ( <i>metirosine</i> )	T4	PA HD
<i>metirosine</i> (Demser)	T2	PA HD
<b>ANTIHIPERTENSIVOS, SIMPATOLÍTICOS</b>		
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>methyldopa</i>	T2	HD
<i>methyldopa/hydrochlorothiazide</i>	T2	HD
<b>ANTIHIPERTENSIVOS, VASODILADORES</b>		
<i>hydralazine hcl</i>	T2	HD
<i>minoxidil</i>	T2	HD
<b>AGENTES BLOQUEADORES ADRENÉRGICOS BETA</b>		
<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 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

## Lista de medicamentos con receta

CARDIOVASCULARES (Medicamentos para la presión arterial/para el corazón) (cont.)		
Requisitos y límites de cobertura	Nivel de medicamentos	Requisitos y límites de cobertura
<b>AGENTES BLOQUEADORES ADRENÉRGICOS BETA (cont.)</b>		
<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
<b>BETABLOQUEANTES Y TIAZIDAS, DIURÉTICOS TIAZÍDICOS</b>		
<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
<b>INHIBIDOR DE LA RENINA, DIRECTO</b>		
<i>aliskiren hemifumarate</i> (Tekturna)	T2	HD
<b>COMB. DE INHIBIDORES DIRECTOS DE LA RENINA Y DIURÉTICOS TIAZÍDICOS</b>		
TEKTRUNA HCT	T3	HD
<b>COMBINACIÓN DE VASODILATADORES</b>		
<i>isosorbide dinit/hydralazine</i> (Bidil)	T2	
<b>VASODILATADORES, PERIFÉRICOS</b>		
<i>ergoloid mesylates</i>	T2	
<i>isoxsuprine hcl</i>	T2	
CARDIOVASCULARES (Medicamentos para el colesterol)		
<b>ANTIHIPERLIP. - INHIB. DE HMG-COA REDUCT.-INHIB. DE AB. DE COLEST.</b>		
<i>ezetimibe/simvastatin</i> (Vytorin)	T2	QL(30 tabs/fill) HD
ROSZET	T4	ST QL(30 tabs/fill) HD
<b>ANTIHIPERLIP. - INHIB. DE HMG-COA REDUCT.-BLOQUEADORES DE LOS CANALES DE CALCIO</b>		
<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 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

## Lista de medicamentos con receta

CARDIOVASCULARES (Medicamentos para el colesterol) (cont.)		
Requisitos y límites de cobertura	Nivel de medicamentos	Requisitos y límites de cobertura
<b>ANTIHIPERLIPIDÉMICOS - INHIBIDOR DE ATP-CITRATO LIASA</b>		
NEXLETOL	T3	PA
<b>ANTIHIPERLIPIDÉMICOS - INHIBIDORES DE MTP</b>		
JUXTAPID	T4	PA SP HD
<b>ANTIHIPERLIPIDÉMICOS - INHIBIDORES DE PCSK9</b>		
REPATHA PUSHTRONEX	T3	PA
REPATHA SURECLICK	T3	PA
REPATHA SYRINGE	T3	PA
<b>ANTIHIPERLIPIDÉMICOS - INHIBIDOR DE LA ABSORCIÓN DE ACLY Y COLEST.</b>		
NEXLIZET	T3	PA
<b>ANTIHIPERLIPIDÉMICOS-INHIB. DE LA HMG-COA REDUCTASA (ESTATINAS)</b>		
<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 – Habitualmente genéricos  
 T2 – Habitualmente marcas preferidas  
 T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa  
 QL – Límite a la cantidad  
 ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad  
 SP – Medicamentos de especialidad  
 HD – Puede requerir entrega a domicilio

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

## Lista de medicamentos con receta

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

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

## Lista de medicamentos con receta

MEDICAMENTOS PARA EL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL (Enfermedad de Alzheimer)		
Requisitos y límites de cobertura	Nivel de medicamentos	Requisitos y límites de cobertura
<b>TRATAMIENTO DEL ALZHEIMER, ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES NMDA</b>		
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
<b>MEDICAMENTOS PARA EL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL (Varios)</b>		
<b>AGENTES PARA LA ESCLEROSIS LATERAL AMIOTRÓFICA</b>		
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
<b>MEDICAMENTOS PARA TRATAR TRASTORNOS DEL MOVIMIENTO</b>		
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
<b>AGENTES PARA EL AFECTO PSEUDOBULBAR (PBA), ANTAGONISTAS DE NMDA</b>		
NUEDEXTA	T3	PA
<b>XANTINAS</b>		
<i>caffeine citrate</i>	T2	HD

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

## Lista de medicamentos con receta

MEDICAMENTOS PARA EL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL (Esclerosis múltiple)		
Requisitos y límites de cobertura	Nivel de medicamentos	Requisitos y límites de cobertura
<b>AGENTES PARA TRATAR LA ESCLEROSIS MÚLTIPLE</b>		
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 SYRING	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 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio



## Lista de medicamentos con receta

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

Requisitos y límites de cobertura	Nivel de medicamentos	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</i> (Ampyra)	T2	PA QL(60 tabs/fill) SP HD
FIRDAPSE	T4	PA SP
RUZURGI	T3	PA

#### MODULADOR DE LOS RECEPTORES DE ESFINGOSINA I-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</i> (Gralise)	T2	ST
GRALISE ( <i>gabapentin</i> )	T4	ST

### MEDICAMENTOS PARA EL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL (Trastornos convulsivos)

#### ANTICONVULSIVOS - TIPO BENZODIAZEPINAS

<i>clobazam</i> (Onfi)	T2	PA HD
<i>clonazepam</i>	T2	HD
<i>clonazepam</i> (Klonopin)	T1	HD
DIASTAT ( <i>diazepam</i> )	T4	HD
DIASTAT ACUDIAL ( <i>diazepam</i> )	T4	HD
<i>diazepam 10 mg rectal gel syst</i> (Diastat Acudial)	T2	HD
<i>diazepam 2.5 mg rectal gel sys</i> (Diastat)	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 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

## Lista de medicamentos con receta

MEDICAMENTOS PARA EL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL (Trastornos convulsivos) (cont.)		
Requisitos y límites de cobertura	Nivel de medicamentos	Requisitos y límites de cobertura
<b>ANTICONVULSIVOS - TIPO CANNABINOIDES</b>		
EPIDIOLEX	T4	PA SP HD
<b>ANTICONVULSIVOS</b>		
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 (methsuximide)	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 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

## Lista de medicamentos con receta

MEDICAMENTOS PARA EL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL (Trastornos convulsivos) (cont.)		
Requisitos y límites de cobertura	Nivel de medicamentos	Requisitos y límites de cobertura
<b>ANTICONVULSIVOS (cont.)</b>		
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 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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.)		
Requisitos y límites de cobertura	Nivel de medicamentos	Requisitos y límites de cobertura
<b>ANTICONVULSIVOS (cont.)</b>		
<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
<b>MEDICAMENTOS PARA EL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL (Trastornos del sueño/sedantes)</b>		
<b>TRATAMIENTO DE LA NARCOLEPSIA-ANTAGONISTAS/AGONISTAS INVERSOS DE LOS RECEPT. H3</b>		
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
<b>FACTORES ESTIMULANTES DE COLONIAS (Modificadores de la sangre/trastornos hemorrágicos)</b>		
<b>ESTIMULANTES DE LEUCOCITOS (RECUENTO DE GLÓBULOS BLANCOS)</b>		
FULPHILA	T4	PA QL(1.2 mls/30 days) SP
ZIEXTENZO	T4	PA QL(1.2 mls/30 days) SP
<b>AGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE TROMBOPOYETINA</b>		
DOPTELET	T4	PA QL(15 tabs/fill) SP HD
PROMACTA	T4	PA SP HD

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

## Lista de medicamentos con receta

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

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

## Lista de medicamentos con receta

ANTICONCEPTIVOS (Productos anticonceptivos) (cont.)		
Requisitos y límites de cobertura	Nivel de medicamentos	Requisitos y límites de cobertura
<b>ANTICONCEPTIVOS TRANSDÉRMICOS</b>		
<i>norelgestromin/ethin.estradiol</i>	T2	HD PPACA
<b>DISPOSITIVOS INTRAUTERINOS (DIU)</b>		
KYLEENA	T4	SP PPACA
LILETTA	T4	SP PPACA
MIRENA	T4	SP PPACA
SKYLA	T4	SP PPACA
<b>PREPARACIONES PARA LA TOS/EL RESFRÍO (Alergia/rociadores nasales)</b>		
<b>COMB. DE ANTIHIST.-DESCONGEST.-ANTICOLINÉRGICOS DE I.º GENERACIÓN</b>		
<i>RESPA A.R. (pseudoephed/chlor-mal/bell alk)</i>	T4	
<b>PREPARACIONES PARA LA TOS/EL RESFRÍO (Medicamentos para la tos/el resfrío)</b>		
<b>ANTITUSIVOS NO OPIOIDES</b>		
<i>benzonatate</i>	T2	
<b>COMBINACIONES DE DESCONGESTIVOS-EXPECTORANTES</b>		
<i>guaifenesin/phenylephrine hcl</i>	T2	
<b>ANTITUS. NO OPIOIDES-ANTIHISTAMÍNICOS DE I.º GENERACIÓN-DESCONGESTIVOS</b>		
<i>BROMFED DM (brompheniramine/pseudoephed/dm)</i>	T4	
<i>brompheniramine/pseudoephed/dm (Bromfed Dm)</i>	T2	
<b>COMB. DE ANTITUSIVOS NO OPIOIDES-ANTIHISTAMÍNICOS DE I.º GENERACIÓN</b>		
<i>promethazine/dextromethorphan</i>	T2	
<b>ANTITUSIVOS OPIOIDES-ANTIHISTAMÍNICOS DE I.º GENERACIÓN-DESCONGEST.</b>		
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 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

## Lista de medicamentos con receta

PREPARACIONES PARA LA TOS/EL RESFRÍO (Medicamentos para la tos/el resfrío) (cont.)		
Requisitos y límites de cobertura	Nivel de medicamentos	Requisitos y límites de cobertura
<b>ANTITUSIVOS OPIOIDES-ANTIISTAMÍNICOS DE 1.ª GENERACIÓN</b>		
<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	
<b>COMBINACIONES DE ANTITUSIVOS OPIOIDES-ANTICOLINÉRGICOS</b>		
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	
<b>COMB. DE ANTITUSIVOS OPIOIDES-DESCONGESTIVOS-EXPECTORANTES</b>		
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	
<b>COMBINACIÓN DE ANTITUSIVOS OPIOIDES-EXPECTORANTES</b>		
<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 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

## Lista de medicamentos con receta

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

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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



## Lista de medicamentos con receta

DIAGNÓSTICO (Varios) (cont.)		
Requisitos y límites de cobertura	Nivel de medicamentos	Requisitos y límites de cobertura
<b>PRODUCTOS DE DIAGNÓSTICO RADIOPACOS GASTROINTESTINALES</b>		
<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	
<b>PRODUCTOS DE DIAGNÓSTICO DE LA FUNCIÓN METABÓLICA</b>		
METOPIRONE	T4	
<b>PRODUCTOS DE DIAGNÓSTICO RADIOACTIVOS, GENERALES</b>		
XENON XE-133	T4	
<b>ELEMENTOS RADIOFARMACÉUTICOS</b>		
INDICLOR	T4	
<b>PRODUCTOS DE DIAGNÓSTICO RADIOPACOS URINARIOS</b>		
CYSTO-CONRAY II	T4	
CYSTOGRAFIN	T4	
CYSTOGRAFIN-DILUTE	T4	
<b>PRODUCTOS DE DIAGNÓSTICO RADIOPACOS URINARIOS</b>		
KETONE CARE TEST STRIP	T3	

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

## Lista de medicamentos con receta

<b>DIAGNÓSTICO (Varios) (cont.)</b>		
<b>Requisitos y límites de cobertura</b>	<b>Nivel de medicamentos</b>	<b>Requisitos y límites de cobertura</b>
<b>PRODUCTOS DE DIAGNÓSTICO RADIOPACOS URINARIOS (cont.)</b>		
KETONE TEST STRIP	T3	
KETOSTIX REAGENT	T3	
TRUEPLUS KETONE TEST STRIP	T3	
<b>ELEMENTOS PARA EXAMEN DE GLUCOSA/ACETONA EN ORINA, TIRAS REACTIVAS</b>		
KETO-DIASTIX REAGENT	T3	
<b>ELEMENTOS PARA DIVERSOS ANÁLISIS DE ORINA</b>		
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	
<b>DIURÉTICOS (Diuréticos)</b>		
<b>ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE LA ARGININA VASOPRESINA (AVP)</b>		
<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
<b>INHIBIDORES DE LA ANHIDRASA CARBÓNICA</b>		
<i>acetazolamide</i>	T2	HD
<i>methazolamide</i>	T2	HD

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

## Lista de medicamentos con receta

DIURÉTICOS (Diuréticos) (cont.)		
Requisitos y límites de cobertura	Nivel de medicamentos	Requisitos y límites de cobertura
<b>DIURÉTICOS DE ASA</b>		
<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
<b>AGENTE DE LA ENFERMEDAD RENAL POLIQUÍSTICA, ANTAG. DE LOS RECEPT. DE LA AVP</b>		
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
<b>DIURÉTICOS AHORRADORES DE POTASIO</b>		
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
<b>DIURÉTICOS AHORRADORES DE POTASIO EN COMBINACIÓN</b>		
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 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

## Lista de medicamentos con receta

DIURÉTICOS (Diuréticos) (cont.)		
Requisitos y límites de cobertura	Nivel de medicamentos	Requisitos y límites de cobertura
<b>DIURÉTICOS AHORRADORES DE POTASIO EN COMBINACIÓN (cont.)</b>		
<i>triamterene/hydrochlorothiazid (Maxzide)</i>	T1	HD
<i>triamterene/hydrochlorothiazid (Maxzide-25 Mg)</i>	T1	HD
<b>TIAZIDA Y DIURÉTICOS AFINES</b>		
<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)		
<b>ANTIISTAMÍNICOS NAALES</b>		
<i>azelastine 0.1% (137 mcg) spray</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
<b>COMB. DE ANTIISTAMÍNICOS NAALES Y ANTIINFLAM. ESTEROIDEOS</b>		
<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
<b>ANTIINFLAMATORIOS ESTEROIDEOS NAALES</b>		
<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 spray (Nasonex)</i>	T2	ST QL(17 gms/fill) HD
XHANCE	T4	ST QL(32 mls/fill) HD
<b>PREPARACIONES NAALES, VARIAS (CON RECETA)</b>		
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
<b>PREPARACIONES NAALES, VASOCONSTRICTORES (CON RECETA)</b>		
ADRENALIN CHLORIDE	T4	
<i>epinephrine hcl</i>	T2	

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

## Lista de medicamentos con receta

PREPARACIONES PARA LOS OJOS, LOS OÍDOS, LA NARIZ Y LA GARGANTA (Medicamentos para los oídos)		
Requisitos y límites de cobertura	Nivel de medicamentos	Requisitos y límites de cobertura
<b>PREPARACIONES ÓTICAS, ANTIINFLAMATORIAS</b>		
DERMOTIC ( <i>fluocinolone acetonide oil</i> )	T4	
<i>fluocinolone acetonide oil</i> (Dermotic)	T2	
<b>PREPARACIONES ÓTICAS, VARIAS, ANTIINFECCIOSOS</b>		
<i>acetic acid</i>	T2	
CORTANE-B ( <i>hydrocort/pramoxine/chloroxyl</i> )	T4	
<i>hydrocortisone/acetic acid</i>	T2	
<b>PREPARACIONES PARA LOS OJOS, LOS OÍDOS, LA NARIZ Y LA GARGANTA (Condiciones oculares)</b>		
<b>AGENTES PARA EL ENTRECruzAMIENTO DE COLÁGENO CORNEAL</b>		
PHOTREXA CROSS-LINKING	T4	
PHOTREXA VISCOUS	T4	
<b>LÁGRIMAS ARTIFICIALES</b>		
KLARITY (CHONDROITIN)	T4	
LACRISERT	T4	PA QL(60 inserts/fill)
MIEBO	T3	
<b>ANTIINFECCIOSOS PARA LOS OJOS (CON RECETA ÚNICAMENTE)</b>		
BETADINE	T4	
<b>AGENTES ANTIINFLAMATORIOS PARA LOS OJOS</b>		
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	
DEXENZA	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 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

## Lista de medicamentos con receta

PREPARACIONES PARA LOS OJOS, LOS OÍDOS, LA NARIZ Y LA GARGANTA (Condiciones oculares) (cont.)		
Requisitos y límites de cobertura	Nivel de medicamentos	Requisitos y límites de cobertura
<b>AGENTES ANTIINFLAMATORIOS PARA LOS OJOS (cont.)</b>		
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	
<b>ANESTÉSICOS LOCALES PARA LOS OJOS</b>		
AKTEN	T4	
ALCAINE ( <i>proparacaine hcl</i> )	T4	
ALTAFLUOR BENOX ( <i>benoxinate hcl/fluorescein sod</i> )	T4	
FLUORESCIN-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	
<b>ESTABILIZADORES DE MASTOCITOS PARA LOS OJOS</b>		
cromolyn 4% eye drops	T2	
<b>COMBINACIONES DE MIDRIÁTICOS OCULARES Y AINE</b>		
MYDRIATIC4(TROP-PROP-PE-KTRLC)	T4	
<b>PREPARACIONES OCULARES, VARIAS (SIN RECETA)</b>		
GELFILM	T4	

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

## Lista de medicamentos con receta

PREPARACIONES PARA LOS OJOS, LOS OÍDOS, LA NARIZ Y LA GARGANTA (Condiciones oculares) (cont.)		
Requisitos y límites de cobertura	Nivel de medicamentos	Requisitos y límites de cobertura
<b>VASOCONSTRICTORES PARA LOS OJOS</b>		
<i>phenylephrine hcl</i>	T2	
<b>MIÓTICOS Y OTROS REDUCTORES DE LA PRESIÓN INTRAOCULAR</b>		
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 Ocudose)	T2	HD

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

## Lista de medicamentos con receta

PREPARACIONES PARA LOS OJOS, LOS OÍDOS, LA NARIZ Y LA GARGANTA (Condiciones oculares) (cont.)		
Requisitos y límites de cobertura	Nivel de medicamentos	Requisitos y límites de cobertura
<b>MIÓTICOS Y OTROS REDUCTORES DE LA PRESIÓN INTRAOCULAR (cont.)</b>		
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
<b>MIDRIÁTICOS</b>		
<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 (cyclopentolate hcl)	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
<b>ANTICUERPOS MONOCLONALES RECOMBINANTES ANTAGONISTAS DEL RECEPTOR DEL VEGF-A OFTÁLMICOS</b>		
LUCENTIS	T4	PA SP
<b>AGENTES ANTIFIBRÓTICOS OFTÁLMICOS</b>		
MITOMYCIN	T4	

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio



## Lista de medicamentos con receta

PREPARACIONES PARA LOS OJOS, LOS OÍDOS, LA NARIZ Y LA GARGANTA (Condiciones oculares) (cont.)		
Requisitos y límites de cobertura	Nivel de medicamentos	Requisitos y límites de cobertura
<b>AGENTES ANTIFIBRÓTICOS OFTÁLMICOS (cont.)</b>		
MITOSOL	T4	
<b>ANTIINFLAMATORIOS OFTÁLMICOS, TIPO INMUNOMODULADOR</b>		
CEQUA	T4	
<i>cyclosporine 0.05% eye emuls (Restasis)</i>	T2	PA QL(60 vials/fil) HD
CYCLOSPORINE IN KLARITY	T4	HD
RESTASIS (cyclosporine)	T4	PA QL(60 vials/fil) HD
RESTASIS MULTIDOSE	T3	PA QL(6 mls/fil) HD
XIIDRA	T3	PA QL(60 vls/fil) HD
VEVYE	T4	PA HD
<b>AGENTES OFTÁLMICOS REDUCTORES DE LA CISTINA</b>		
CYSTARAN	T4	PA SP
<b>FACTOR DE CRECIMIENTO DEL NERVIIO OFTÁLMICO HUMANO (HNGF)</b>		
OXERVATE	T4	PA SP HD
<b>PREPARACIONES OFTÁLMICAS, VARIAS</b>		
HEALON GV	T4	
<b>ELECT./CALÓRICOS/H2O (Medicamentos para el colesterol)</b>		
<b>SUPLEMENTOS DE LÍPIDOS ORALES</b>		
DOJOLVI	T4	PA SP HD
<b>ELECT./CALÓRICOS/H2O (Productos dentales)</b>		
<b>PREPARACIONES CON FLÚOR</b>		
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 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

## Lista de medicamentos con receta

ELECT./CALÓRICOS/H2O (Productos dentales) (cont.)		
Requisitos y límites de cobertura	Nivel de medicamentos	Requisitos y límites de cobertura
<b>PREPARACIONES CON FLÚOR (cont.)</b>		
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	
<b>PREPARACIONES DE VITAMINAS PEDIÁTRICAS</b>		
<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
<b>ELECT./CALÓRICOS/H2O (Diabetes)</b>		
<b>AGENTES PARA TRATAR LA HIPOGLUCEMIA (HIPERGLUCÉMICOS)</b>		
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 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

## Lista de medicamentos con receta

ELECT./CALÓRICOS/H2O (Diabetes) (cont.)		
Requisitos y límites de cobertura	Nivel de medicamentos	Requisitos y límites de cobertura
<b>AGENTES PARA TRATAR LA HIPOGLUCEMIA (HIPERGLUCÉMICOS) (cont.)</b>		
<i>dextrose/vitamin d3</i>	T2	
<i>diazoxide</i> (Proglycem)	T2	
<i>drug mart glucose 4 gm tab chw</i> (Trueplus Glucose)	T2	
<i>glucagon 1 mg emergency kit</i>	T2	QL(2 vials/fill)
GLUCO SHOT	T4	
<i>glucose 3.75 gram tablet chew</i> (Trueplus Glucose)	T2	
GLUCOSE 2 GRAM GUMMY	T4	
<i>glucose 4 gram tablet chew</i> (Trueplus Glucose)	T2	
GLUCOSE LIQUID	T4	
GLUTOSE-15 ( <i>dextrose</i> )	T3	
GLUTOSE-45 ( <i>dextrose</i> )	T3	
<i>gnp glucose 3.75 gram tab chew</i> (Trueplus Glucose)	T2	
<i>gnp glucose 4 gram tablet chew</i> (Trueplus Glucose)	T2	
<i>gnp quick dissolve glucose tab</i> (Trueplus Glucose)	T2	
<i>gs glucose 4 gram tablet chew</i> (Trueplus Glucose)	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</i> (Trueplus Glucose)	T2	
<i>kroger glucose 4 gram tab chew</i> (Trueplus Glucose)	T2	
<i>leader glucose 4 gm tab chew</i> (Trueplus Glucose)	T2	
<i>leader quick dissolve gluc tab</i> (Trueplus Glucose)	T2	
<i>longs glucose 4 gram tab chew</i> (Trueplus Glucose)	T2	
<i>meijer glucose 4 gram tab chew</i> (Trueplus Glucose)	T2	
<i>ms glucose 4 gram tablet chew</i> (Trueplus Glucose)	T2	
<i>ms quick dissolve glucose tab</i> (Trueplus Glucose)	T2	
<i>preferred plus glucose tab chw</i> (Trueplus Glucose)	T2	
PROGLYCEM ( <i>diazoxide</i> )	T4	
<i>pub glucose 4 gram tablet chew</i> (Trueplus Glucose)	T2	
<i>ra glucose 4 gram tablet chew</i> (Trueplus Glucose)	T2	

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

## Lista de medicamentos con receta

ELECT./CALÓRICOS/H2O (Diabetes) (cont.)		
Requisitos y límites de cobertura	Nivel de medicamentos	Requisitos y límites de cobertura
<b>AGENTES PARA TRATAR LA HIPOGLUCEMIA (HIPERGLUCÉMICOS) (cont.)</b>		
<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	
<b>ELECT./CALÓRICOS/H2O (Varios)</b>		
<b>SUPLEMENTOS DE ÁCIDO NUCLEICO/NUCLEÓTIDOS</b>		
XURIDEN	T4	PA SP
<b>ELECT./CALÓRICOS/H2O (Nutritivos/alimenticios)</b>		
<b>CARBOHIDRATOS</b>		
ENFAMIL	T3	
GLUTOL	T3	
<b>REDUCTORES DE ELECTROLITOS</b>		
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 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

## Lista de medicamentos con receta

ELECT./CALÓRICOS/H2O (Nutritivos/alimenticios) (cont.)		
Requisitos y límites de cobertura	Nivel de medicamentos	Requisitos y límites de cobertura
<b>PREPARACIONES CON FLÚOR</b>		
CLINPRO 5000	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	
JUSTRIGHT 5000	T4	
PREVIDENT	T4	
PREVIDENT ( <i>fluoride (sodium)</i> )	T4	
PREVIDENT 5000 DRY MOUTH	T4	
PREVIDENT 5000 ORTHO DEFENSE	T4	
PREVIDENT 5000 PLUS ( <i>fluoride (sodium)</i> )	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	
<b>AGENTES QUE CONTIENEN YODO</b>		
<i>potassium iodide</i>	T2	
<i>potassium iodide/iodine</i>	T2	
SSKI	T4	
<b>REPOSICIÓN DE HIERRO</b>		
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	
<i>cvs iron 27 mg tablet (Fergon)</i>	T2	
<i>cvs iron 65 mg tablet</i>	T2	

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

## Lista de medicamentos con receta

ELECT./CALÓRICOS/H2O (Nutritivos/alimenticios) (cont.)		
Requisitos y límites de cobertura	Nivel de medicamentos	Requisitos y límites de cobertura
<b>REPOSICIÓN DE HIERRO (cont.)</b>		
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 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

## Lista de medicamentos con receta

ELECT./CALÓRICOS/H2O (Nutritivos/alimenticios) (cont.)		
Requisitos y límites de cobertura	Nivel de medicamentos	Requisitos y límites de cobertura
<b>REPOSICIÓN DE HIERRO (cont.)</b>		
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 b12/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/b12/fa/ca/suc</i>	T2	
<i>iron aspgly,ps/c/succinic acid</i>	T2	
<i>iron aspgly/c/b12/fa/ca-th/suc</i>	T2	

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

## Lista de medicamentos con receta

ELECT./CALÓRICOS/H2O (Nutritivos/alimenticios) (cont.)		
Requisitos y límites de cobertura	Nivel de medicamentos	Requisitos y límites de cobertura
<b>REPOSICIÓN DE HIERRO (cont.)</b>		
<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 (Feosal)</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 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio



## Lista de medicamentos con receta

ELECT./CALÓRICOS/H2O (Nutritivos/alimenticios) (cont.)		
Requisitos y límites de cobertura	Nivel de medicamentos	Requisitos y límites de cobertura
<b>REPOSICIÓN DE HIERRO (cont.)</b>		
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 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

## Lista de medicamentos con receta

ELECT./CALÓRICOS/H2O (Nutritivos/alimenticios) (cont.)		
Requisitos y límites de cobertura	Nivel de medicamentos	Requisitos y límites de cobertura
<b>REPOSICIÓN DE HIERRO (cont.)</b>		
<i>virt-fera plus capsule</i> (Integra Plus)	T2	
VITABEX IRON	T4	
VITAFOL	T4	
VITRON-C	T3	
<b>PREPARACIONES DE VITAMINAS PEDIÁTRICAS</b>		
<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
<b>REPOSICIÓN DE POTASIO</b>		
EFFER-K 10 MEQ TABLET EFF	T4	
EFFER-K 20 MEQ TABLET EFF	T4	
<i>effe-r-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	
<b>ELECT./CALÓRICOS/H2O (Condiciones urinarias)</b>		
<b>SOLUCIONES PARA DIÁLISIS</b>		
PRISMASOL	T4	
<b>MODIFICADORES DEL PH URINARIO</b>		
<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 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

## Lista de medicamentos con receta

GASTROINTESTINALES (Medicamentos para el colesterol)		
Requisitos y límites de cobertura	Nivel de medicamentos	Requisitos y límites de cobertura
<b>LIPOTRÓPICOS</b>		
<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
<b>GASTROINTESTINALES (Condiciones gastrointestinales/pirosis)</b>		
<b>INHIBIDORES DE AMONÍACO</b>		
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
<b>ANTICOLINÉRGICOS, AMONIO CUATERNARIO</b>		
<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	
<b>ANTICOLINÉRGICOS/ANTIESPASMÓDICOS</b>		
<i>dicyclomine hcl</i>	T2	
<b>ANTIDIARREICOS - INHIBIDORES DE LA TRIPTÓFANO HIDROXILASA</b>		
XERMELO	T4	PA QL(84 tabs/28 days) SP
<b>ANTIDIARREICOS</b>		
<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 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

## Lista de medicamentos con receta

GASTROINTESTINALES (Condiciones gastrointestinales/pirosis) (cont.)		
Requisitos y límites de cobertura	Nivel de medicamentos	Requisitos y límites de cobertura
<b>ANTIEMÉTICOS, TIPO CANNABINOIDES</b>		
<i>dronabinol</i> (Marinol)	T2	PA
MARINOL ( <i>dronabinol</i> )	T4	PA
SYNDROS	T4	PA
<b>AGENTES ANTIEMÉTICOS/ANTIVÉRTIGO</b>		
<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 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

## Lista de medicamentos con receta

GASTROINTESTINALES (Condiciones gastrointestinales/pirosis) (cont.)		
Requisitos y límites de cobertura	Nivel de medicamentos	Requisitos y límites de cobertura
<b>PREPARACIONES ANTIULCEROSAS</b>		
CYTOTEC ( <i>misoprostol</i> )	T4	HD
<i>misoprostol</i> (Cytotec)	T2	HD
<i>sucralfate</i> (Carafate)	T2	HD
<b>ANTIULCEROSOS-AGENTES CONTRA LA H. PYLORI</b>		
<i>lansoprazole/amoxiciln/clarith</i>	T2	QL(112 units/fill)
OMECLAMOX-PAK	T4	QL(80 units/fill)
TALICIA	T3	QL(168 caps/fill)
<b>ALCALOIDES DE BELLADONA</b>		
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 elixr</i>	T2	HD
<i>phenobarbital-belladonna elixr</i> (Donnatal)	T2	HD
PHENOBARBITAL-BELLADONNA ELIXR ( <i>phenobarb/hyoscy/atropine/scop</i> )	T4	HD
<i>phenobarbital-belladonna elixr</i> (Phenobarbital-Belladonna)	T2	HD
SYMAX DUOTAB	T4	HD
<b>SALES BILIARES</b>		
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 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

## Lista de medicamentos con receta

GASTROINTESTINALES (Condiciones gastrointestinales/pirosis) (cont.)		
Requisitos y límites de cobertura	Nivel de medicamentos	Requisitos y límites de cobertura
<b>SALES BILIARES (cont.)</b>		
<i>ursodiol</i>	T2	HD
<i>ursodiol</i> (Urso Forte)	T2	HD
<i>ursodiol</i> (Urso)	T2	HD
<b>INFLAM. CRÓNICA DIAG. DE COLON, 5-A-SALICILATO, TRAT. RECTAL</b>		
<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	
<b>TRAT. FARMAC.-INFLAM. CRÓNICA DIAG. DE COLON, 5-AMINOSALICILATO</b>		
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
<b>AGONISTAS DEL RECEPTOR X FARNESOIDE (FXR), ANÁLOGOS DEL ÁCIDO BILIAR</b>		
OCALIVA	T4	PA QL(30 tabs/fil) SP HD
<b>TRASPLANTE DE MICROBIOTA FECAL (TMF)</b>		
VOWST CAPSULE	T4	SP
<b>ENZIMAS GÁSTRICAS</b>		
SUCRAID	T4	PA SP
<b>INHIBIDORES DE LOS RECEPTORES DE HISTAMINA H2</b>		
<i>cimetidine</i>	T2	HD
<i>cimetidine hcl</i>	T2	HD
<i>famotidine</i>	T2	HD
<i>famotidine</i> (Pepcid)	T1	HD

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

## Lista de medicamentos con receta

GASTROINTESTINALES (Condiciones gastrointestinales/pirosis) (cont.)		
Requisitos y límites de cobertura	Nivel de medicamentos	Requisitos y límites de cobertura
<b>INHIBIDORES DE LOS RECEPTORES DE HISTAMINA H2 (cont.)</b>		
<i>nizatidine</i>	T2	HD
PEPCID ( <i>famotidine</i> )	T4	HD
<i>ranitidine hcl</i>	T2	HD
<b>AGENTES PARA EL SÍNDROME DE COLON IRRITABLE, COMB. DE AGONISTAS/ANTAGONISTAS DE RECEPT. OPIOIDES</b>		
VIBERZI	T3	HD
<b>AGENTES PARA EL SÍNDROME DE COLON IRRITABLE-C/CIC, AGONISTAS DE LA GUANILATO CICLASA C</b>		
LINZESS	T3	QL (30 caps/fill)
TRULANCE	T3	
<b>INHIBIDOR DEL TRANSPORTADOR DE ÁCIDOS BILIARES ILEALES (IBAT)</b>		
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
<b>ESTIMULANTES DE LA MOTILIDAD INTESTINAL</b>		
<i>metoclopramide hcl</i>	T1	
<i>metoclopramide hcl (Reglan)</i>	T1	
REGLAN ( <i>metoclopramide hcl</i> )	T4	
<b>AGENTES PARA EL SÍNDROME DE COLON IRRITABLE, ANTAGONISTAS DEL 5-HT3</b>		
<i>alosetron hcl (Lotronex)</i>	T2	SP HD
<b>LAXANTES Y CATÁRTICOS</b>		
<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 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

## Lista de medicamentos con receta

GASTROINTESTINALES (Condiciones gastrointestinales/pirosis) (cont.)		
Requisitos y límites de cobertura	Nivel de medicamentos	Requisitos y límites de cobertura
<b>LAXANTES Y CATÁRTICOS (cont.)</b>		
<i>peg3350/sod sulf,bicarb,cl/kcl</i>	T2	PPACA
<i>peg3350/sod sulf,bicarb,cl/kcl (Golytely)</i>	T2	PPACA
<i>sodium chloride/naHCO<sub>3</sub>/kcl/peg (Nulytely With Flavor Packs)</i>	T2	PPACA
<i>sodium, potassium, mag sulfates (Suprep)</i>	T2	PPACA
<b>PREPARACIONES ANORRECTALES LOCALES CON NITRATO</b>		
<i>nitroglycerin 0.4% ointment</i>	T2	PPACA
RECTIV	T3	
<b>ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES OPIOIDES MU, CON ACCIÓN PERIFÉRICA</b>		
<i>alvimopan</i>	T2	
ENTEREG	T4	
<b>ENZIMAS PANCREÁTICAS</b>		
CREON	T3	HD
PANCREAZE	T3	HD
VIOKACE	T3	HD
ZENPEP	T3	HD
<b>BLOQUEADORES DE ÁCIDO COMPETITIVOS DE POTASIO (PCABS)</b>		
VOQUEZNA	T4	ST
<b>INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES</b>		
<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 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio



## Lista de medicamentos con receta

GASTROINTESTINALES (Condiciones gastrointestinales/pirosis) (cont.)		
Requisitos y límites de cobertura	Nivel de medicamentos	Requisitos y límites de cobertura
<b>INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES (cont.)</b>		
<i>rabeprazole sod dr 20 mg tab (Aciphex)</i>	T2	HD
<b>PREPARACIONES RECTALES</b>		
<i>hydrocortisone acetate (Anusol-Hc)</i>	T2	
<i>hydrocortisone acetate (Proctocort)</i>	T2	
PROCTOCORT ( <i>hydrocortisone acetate</i> )	T4	ST
<b>SBS - ANÁLOGOS DEL PÉPTIDO SIMILAR AL GLUCAGÓN TIPO 2 (GLP-2)</b>		
GATTEX	T4	PA SP HD
GASTROINTESTINALES (Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)		
<b>PREP. PARA LAS HEMORROIDES, ANTIINFLAM. ESTEROIDEOS-ANEST. LOCALES</b>		
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 (Analpram Hc)</i>	T2	ST
<i>hydrocort-pramoxine 2.5-1% crm (Analpram Hc)</i>	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)		
<b>PREP. RECTALES/DE COLON, GLUCOCORT. (NO HEMORR.)</b>		
CORTENEMA ( <i>hydrocortisone</i> )	T4	
<i>hydrocortisone (Cortenema)</i>	T2	
UCERIS 2 MG RECTAL FOAM	T3	
HORMONAS (Agentes hormonales)		
<b>AGENTES ANDROGÉNICOS</b>		
ANDRODERM	T3	PA QL(30 patches/fill)
ANDROID ( <i>methyltestosterone</i> )	T4	PA

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

## Lista de medicamentos con receta

HORMONAS (Agentes hormonales) (cont.)		
Requisitos y límites de cobertura	Nivel de medicamentos	Requisitos y límites de cobertura
<b>AGENTES ANDROGÉNICOS (cont.)</b>		
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</i> 1% (25mg/2.5g) pk (AndroGel)	T2	PA QL(75 gms/fill)
<i>testosterone</i> 1% (50 mg/5 g) pk (AndroGel)	T2	PA QL(300 gms/fill)
<i>testosterone</i> 1.62% (2.5 g) pkt (AndroGel)	T2	PA QL(60 packs/fill)
<i>testosterone</i> 1.62% gel pump (AndroGel)	T2	PA QL(150 gms/fill)
<i>testosterone</i> 1.62%(1.25 g) pkt (AndroGel)	T2	PA QL(30 packs/fill)
<i>testosterone</i> 10 mg gel pump (Fortesta)	T2	PA QL(120 gms/fill)
TESTOSTERONE 12.5 MG/1.25 GRAM	T4	PA QL(300 gms/fill)
<i>testosterone</i> 12.5 mg/1.25 gram	T2	PA QL(300 gms/fill)
<i>testosterone</i> 30 mg/1.5 ml pump	T2	PA QL(180 mls/fill)
<i>testosterone</i> 50 mg/5 gram gel (Testim)	T2	PA QL(60 tubes/fill)
<i>testosterone</i> 50 mg/5 gram gel (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 PACKT	T4	PA QL(60 packs/fill)
XYOSTED	T3	QL(2 mls/28 days)
<b>HORMONAS ANTIDIURÉTICAS Y VASOCONSTRICTORAS</b>		
DDAVP ( <i>desmopressin</i> (nonrefrigerated))	T4	
DDAVP ( <i>desmopressin acetate</i> )	T4	
<i>desmopressin</i> 0.01% solution	T2	
DESMOPRESSIN 1.5 MG/ML SPRAY	T3	
<i>desmopressin</i> 10 mcg/0.1 ml spr	T2	

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

## Lista de medicamentos con receta

<b>HORMONAS (Agentes hormonales) (cont.)</b>		
<b>Requisitos y límites de cobertura</b>	<b>Nivel de medicamentos</b>	<b>Requisitos y límites de cobertura</b>
<b>HORMONAS ANTIDIURÉTICAS Y VASOCONSTRICTORAS (cont.)</b>		
<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)
<b>COMBINACIONES DE ESTRÓGENOS/ANDRÓGENOS</b>		
<i>estrogen,ester/me-testosterone</i>	T2	HD
<b>AGENTES ESTROGÉNICOS</b>		
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
<b>COMB. DE ESTRÓGENOS-PROGESTINAS CON ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES PARA MINERALOCORTICOIDES</b>		
ANGELIQ	T4	HD

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

## Lista de medicamentos con receta

HORMONAS (Agentes hormonales) (cont.)		
Requisitos y límites de cobertura	Nivel de medicamentos	Requisitos y límites de cobertura
<b>COMB. DE ESTRÓGENOS Y MOD. SELECTIVOS DE RECEPTORES ESTROGÉN. (SERM)</b>		
DUAVEE	T3	
<b>GLUCOCORTICOIDES</b>		
<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 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

## Lista de medicamentos con receta

<b>HORMONAS (Agentes hormonales) (cont.)</b>		
<b>Requisitos y límites de cobertura</b>	<b>Nivel de medicamentos</b>	<b>Requisitos y límites de cobertura</b>
<b>GLUCOCORTICOIDES (cont.)</b>		
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
<b>HORMONA LIBERADORA DE HORMONA DEL CRECIMIENTO (GHRH) Y ANÁLOGOS</b>		
EGRIFTA SV	T4	PA SP HD
<b>HORMONAS DEL CRECIMIENTO</b>		
GENOTROPIN	T4	PA SP HD
OMNITROPE	T4	PA SP
SEROSTIM	T4	PA SP HD
ZORBTIVE	T4	PA SP HD
<b>HORMONAS DE FACTOR DE CRECIMIENTO INSULÍNICO TIPO I (IGF-I)</b>		
INCRELEX	T4	PA SP HD
<b>ANÁLOGOS AGONISTAS DE LA LHRH (GNRH), SUPRESORES HIPOFISARIOS</b>		
SYNAREL	T4	PA SP HD
<b>COMB. DE PROGESTINA Y ESTRÓGENOS ANTAGONISTAS DE LA LHRH (GNRH)</b>		
MYFEMBREE	T3	PA
ORIAHNN	T3	PA
<b>ANTAGONISTAS DE LA LHRH (GNRH), AGENTES SUPRESORES HIPOFISARIOS</b>		
<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)
<b>MINERALOCORTICOIDES</b>		
<i>fludrocortisone acetate</i>	T1	HD
<b>OXITÓCICOS</b>		
CERVIDIL	T4	
<i>methylergonovine maleate</i>	T2	PA QL(240 tabs/fill)
PREPIDIL	T4	
PROSTIN E2 VAGINAL SUPPOSITORY	T4	

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

## Lista de medicamentos con receta

<b>HORMONAS (Agentes hormonales) (cont.)</b>		
<b>Requisitos y límites de cobertura</b>	<b>Nivel de medicamentos</b>	<b>Requisitos y límites de cobertura</b>
<b>HORMONAS PARATIROIDEAS</b>		
NATPARA	T4	PA SP HD
<b>AGENTES SUPRESORES HIPOFISARIOS</b>		
<i>cabergoline</i>	T2	QL(8 tabs/28 days) HD
<i>danazol</i>	T2	HD
<b>AGENTES PROGESTACIONALES</b>		
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
<b>AGENTES SOMATOSTÁTICOS</b>		
MYCAPSSA	T4	PA SP
MYCAPSSA DR 20MG CAPSULE	T4	PA SP QL (56 caps/28 days)
SIGNIFOR	T4	PA SP
<b>PREPARACIONES DE ESTRÓGENOS VAGINALES</b>		
<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
<b>HORMONAS (Infertilidad)</b>		
<b>PREPARACIONES PARA ESTIMULAR LA FERTILIDAD, SIN FSH</b>		
<i>clomiphene citrate</i>	T2	
<b>HORMONAS FOLICULOESTIMULANTES Y LUTEINIZANTES</b>		
MENOPUR	T4	SP
<b>HORMONA FOLICULOESTIMULANTE (FSH)</b>		
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 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

## Lista de medicamentos con receta

<b>HORMONAS (Infertilidad) (cont.)</b>		
<b>Requisitos y límites de cobertura</b>	<b>Nivel de medicamentos</b>	<b>Requisitos y límites de cobertura</b>
<b>GONADOTROPINA CORIÓNICA HUMANA (HCG)</b>		
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
<b>AGENTES PARA FACILITAR/MANTENER EL EMBARAZO, HORMONALES</b>		
CRINONE	T4	
ENDOMETRIN	T4	
<b>HORMONAS (Varias)</b>		
<b>ANÁLOGOS DE LA HORMONA LEPTINA</b>		
MYALEPT	T4	PA SP HD
<b>HORMONAS (Productos para la osteoporosis)</b>		
<b>AGENTES QUE ESTIMULAN LA FORMACIÓN DE HUESO - PÉPTIDOS LIB. DE PTH</b>		
TYMLOS	T4	PA QL(1 pen/fill) SP HD
<b>INHIBIDORES DE LA RESORCIÓN ÓSEA</b>		
<i>calcitonin, salmon, synthetic</i>	T2	HD
<i>calcitonin, salmon, synthetic (Miacalcin)</i>	T2	HD
MIACALCIN ( <i>calcitonin, salmon, synthetic</i> )	T4	HD
<b>INMUNOSUPRESORES (Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)</b>		
<b>INHIBIDORES DE LA INTERLEUCINA HUMANA 12/23 (IL-12/13), ANTICUERPOS MONOCLONALES</b>		
STELARA	T4	PA QL SP HD
<b>ANTAGONISTAS DE RECEPTORES DE LA IL-23, ANTICUERPOS MONOCLONALES</b>		
OMVOH PEN	T4	
SKYRIZI ON-BODY	T4	PA QL(1 cartridge/56 days) SP HD
<b>ANTAGONISTAS ALFA DE LOS RECEPTORES DE INTERLEUCINA-4 (IL-4), ANTICUERPOS MONOCLONALES</b>		
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
<b>INHIBIDORES DE LOS RECEPTORES DE INTERLEUCINA-6 (IL-6)</b>		
ACTEMRA	T4	PA QL(3.6 mls/28 days) SP HD

T3 – Habitualmente marcas no preferidas    ST – Tratamiento escalonado    HD – Puede requerir entrega a domicilio

## Lista de medicamentos con receta

INMUNOSUPRESORES (Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria) (cont.)		
Requisitos y límites de cobertura	Nivel de medicamentos	Requisitos y límites de cobertura
<b>INHIBIDORES DE LOS RECEPTORES DE INTERLEUCINA-6 (IL-6) (cont.)</b>		
ACTEMRA ACTPEN	T4	PA QL(2 pens/28 days) SP HD
ENSPRYNG	T4	PA SP HD
<b>INMUNOSUPRESORES (Condiciones cutáneas)</b>		
<b>AGENTES INMUNOSUPRESORES TÓPICOS</b>		
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)
<b>INMUNOSUPRESORES (Medicamentos para trasplante)</b>		
<b>INMUNOSUPRESORES</b>		
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 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio



## Lista de medicamentos con receta

INMUNOSUPRESORES (Medicamentos para trasplante) (cont.)		
Requisitos y límites de cobertura	Nivel de medicamentos	Requisitos y límites de cobertura
<b>INMUNOSUPRESORES (cont.)</b>		
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 0.5 mg capsule (ir)</i> (Prograf)	T2	SP HD
<i>tacrolimus 1 mg capsule (ir)</i> (Prograf)	T2	SP HD
<i>tacrolimus 5 mg capsule (ir)</i> (Prograf)	T2	SP HD
ZORTRESS ( <i>everolimus</i> )	T4	SP HD
DISPOSITIVOS Y SUMINISTROS MÉDICOS VARIOS, NO FARMACOLÓGICOS (Diabetes)		
<b>SUMINISTROS PARA DIABÉTICOS</b>		
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 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

## Lista de medicamentos con receta

DISPOSITIVOS Y SUMINISTROS MÉDICOS VARIOS, NO FARMACOLÓGICOS (Diabetes) (cont.)		
Requisitos y límites de cobertura	Nivel de medicamentos	Requisitos y límites de cobertura
<b>SUMINISTROS PARA DIABÉTICOS (cont.)</b>		
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 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

## Lista de medicamentos con receta

DISPOSITIVOS Y SUMINISTROS MÉDICOS VARIOS, NO FARMACOLÓGICOS (Diabetes) (cont.)		
Requisitos y límites de cobertura	Nivel de medicamentos	Requisitos y límites de cobertura
<b>SUMINISTROS PARA DIABÉTICOS (cont.)</b>		
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 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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.)		
Requisitos y límites de cobertura	Nivel de medicamentos	Requisitos y límites de cobertura
<b>SUMINISTROS PARA DIABÉTICOS (cont.)</b>		
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 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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.)		
Requisitos y límites de cobertura	Nivel de medicamentos	Requisitos y límites de cobertura
<b>SUMINISTROS PARA DIABÉTICOS (cont.)</b>		
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 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

## Lista de medicamentos con receta

DISPOSITIVOS Y SUMINISTROS MÉDICOS VARIOS, NO FARMACOLÓGICOS (Diabetes) (cont.)		
Requisitos y límites de cobertura	Nivel de medicamentos	Requisitos y límites de cobertura
<b>SUMINISTROS PARA DIABÉTICOS (cont.)</b>		
MINIMED SURET	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 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

## Lista de medicamentos con receta

DISPOSITIVOS Y SUMINISTROS MÉDICOS VARIOS, NO FARMACOLÓGICOS (Diabetes) (cont.)		
Requisitos y límites de cobertura	Nivel de medicamentos	Requisitos y límites de cobertura
<b>SUMINISTROS PARA DIABÉTICOS (cont.)</b>		
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 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

## Lista de medicamentos con receta

DISPOSITIVOS Y SUMINISTROS MÉDICOS VARIOS, NO FARMACOLÓGICOS (Diabetes) (cont.)		
Requisitos y límites de cobertura	Nivel de medicamentos	Requisitos y límites de cobertura
<b>SUMINISTROS PARA DIABÉTICOS (cont.)</b>		
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	
<b>EQUIPOS MÉDICOS DURADEROS, VARIOS (GRUPO I)</b>		
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 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio



## Lista de medicamentos con receta

DISPOSITIVOS Y SUMINISTROS MÉDICOS VARIOS, NO FARMACOLÓGICOS (Diabetes) (cont.)		
Requisitos y límites de cobertura	Nivel de medicamentos	Requisitos y límites de cobertura
<b>EQUIPOS MÉDICOS DURADEROS, VARIOS (GRUPO I) (cont.)</b>		
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 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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.)		
Requisitos y límites de cobertura	Nivel de medicamentos	Requisitos y límites de cobertura
<b>EQUIPOS MÉDICOS DURADEROS, VARIOS (GRUPO I) (cont.)</b>		
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 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

## Lista de medicamentos con receta

DISPOSITIVOS Y SUMINISTROS MÉDICOS VARIOS, NO FARMACOLÓGICOS (Diabetes) (cont.)		
Requisitos y límites de cobertura	Nivel de medicamentos	Requisitos y límites de cobertura
<b>EQUIPOS MÉDICOS DURADEROS, VARIOS (GRUPO I) (cont.)</b>		
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	
SMARTEST LANCET	T3	
SOFT TOUCH	T3	
SOLUS V2	T3	
SOLUS V2 LANCETS	T3	
STERILANCE TL	T3	

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

## Lista de medicamentos con receta

DISPOSITIVOS Y SUMINISTROS MÉDICOS VARIOS, NO FARMACOLÓGICOS (Diabetes) (cont.)		
Requisitos y límites de cobertura	Nivel de medicamentos	Requisitos y límites de cobertura
<b>EQUIPOS MÉDICOS DURADEROS, VARIOS (GRUPO I) (cont.)</b>		
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 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

## Lista de medicamentos con receta

DISPOSITIVOS Y SUMINISTROS MÉDICOS VARIOS, NO FARMACOLÓGICOS (Diabetes) (cont.)		
Requisitos y límites de cobertura	Nivel de medicamentos	Requisitos y límites de cobertura
<b>EQUIPOS MÉDICOS DURADEROS, VARIOS (GRUPO I) (cont.)</b>		
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	
<b>AGUJAS/DISPOSITIVOS SIN AGUJA</b>		
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 – Habitualmente genéricos  
T2 – Habitualmente marcas preferidas  
T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa  
QL – Límite a la cantidad  
ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad  
SP – Medicamentos de especialidad  
HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos  
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.)		
Requisitos y límites de cobertura	Nivel de medicamentos	Requisitos y límites de cobertura
<b>AGUJAS/DISPOSITIVOS SIN AGUJA (cont.)</b>		
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	
HURRICANE 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 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

## Lista de medicamentos con receta

DISPOSITIVOS Y SUMINISTROS MÉDICOS VARIOS, NO FARMACOLÓGICOS (Diabetes) (cont.)		
Requisitos y límites de cobertura	Nivel de medicamentos	Requisitos y límites de cobertura
<b>AGUJAS/DISPOSITIVOS SIN AGUJA (cont.)</b>		
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	
<b>JERINGAS Y ACCESORIOS</b>		
ALLERGIST TRAY	T4	
ALLERGIST TRAY SYR-DETACH ND	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 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

## Lista de medicamentos con receta

DISPOSITIVOS Y SUMINISTROS MÉDICOS VARIOS, NO FARMACOLÓGICOS (Diabetes) (cont.)		
Requisitos y límites de cobertura	Nivel de medicamentos	Requisitos y límites de cobertura
<b>JERINGAS Y ACCESORIOS (cont.)</b>		
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 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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.)		
Requisitos y límites de cobertura	Nivel de medicamentos	Requisitos y límites de cobertura
<b>JERINGAS Y ACCESORIOS (cont.)</b>		
CAREPOINT LUER SLIP SYRING-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 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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.)		
Requisitos y límites de cobertura	Nivel de medicamentos	Requisitos y límites de cobertura
<b>JERINGAS Y ACCESORIOS (cont.)</b>		
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 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

## Lista de medicamentos con receta

DISPOSITIVOS Y SUMINISTROS MÉDICOS VARIOS, NO FARMACOLÓGICOS (Diabetes) (cont.)		
Requisitos y límites de cobertura	Nivel de medicamentos	Requisitos y límites de cobertura
<b>JERINGAS Y ACCESORIOS (cont.)</b>		
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 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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.)		
Requisitos y límites de cobertura	Nivel de medicamentos	Requisitos y límites de cobertura
<b>JERINGAS Y ACCESORIOS (cont.)</b>		
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 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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.)		
Requisitos y límites de cobertura	Nivel de medicamentos	Requisitos y límites de cobertura
<b>JERINGAS Y ACCESORIOS (cont.)</b>		
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 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

## Lista de medicamentos con receta

DISPOSITIVOS Y SUMINISTROS MÉDICOS VARIOS, NO FARMACOLÓGICOS (Diabetes) (cont.)		
Requisitos y límites de cobertura	Nivel de medicamentos	Requisitos y límites de cobertura
<b>JERINGAS Y ACCESORIOS (cont.)</b>		
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)		
<b>VENDAJES Y SUMINISTROS RELACIONADOS</b>		
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 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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.)		
Requisitos y límites de cobertura	Nivel de medicamentos	Requisitos y límites de cobertura
<b>VENDAJES Y SUMINISTROS RELACIONADOS (cont.)</b>		
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	
<b>EQUIPOS MÉDICOS DURADEROS, VARIOS (GRUPO I)</b>		
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 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

## Lista de medicamentos con receta

DISPOSITIVOS Y SUMINISTROS MÉDICOS VARIOS, NO FARMACOLÓGICOS (Varios) (cont.)		
Requisitos y límites de cobertura	Nivel de medicamentos	Requisitos y límites de cobertura
<b>EQUIPOS MÉDICOS DURADEROS, VARIOS (GRUPO I) (cont.)</b>		
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 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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.)		
Requisitos y límites de cobertura	Nivel de medicamentos	Requisitos y límites de cobertura
<b>EQUIPOS MÉDICOS DURADEROS, VARIOS (GRUPO I) (cont.)</b>		
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 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

## Lista de medicamentos con receta

DISPOSITIVOS Y SUMINISTROS MÉDICOS VARIOS, NO FARMACOLÓGICOS (Varios) (cont.)		
Requisitos y límites de cobertura	Nivel de medicamentos	Requisitos y límites de cobertura
<b>EQUIPOS MÉDICOS DURADEROS, VARIOS (GRUPO I) (cont.)</b>		
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 SURESOF	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	
READYLANCE SAFETY LANCETS	T3	
RELIAMED	T3	

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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.)		
Requisitos y límites de cobertura	Nivel de medicamentos	Requisitos y límites de cobertura
<b>EQUIPOS MÉDICOS DURADEROS, VARIOS (GRUPO I) (cont.)</b>		
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	
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	
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 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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.)		
Requisitos y límites de cobertura	Nivel de medicamentos	Requisitos y límites de cobertura
<b>EQUIPOS MÉDICOS DURADEROS, VARIOS (GRUPO I) (cont.)</b>		
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	
<b>SUMINISTROS MÉDICOS, VARIOS</b>		
ALCOH-GLOVE	T4	
ALCOH-WIPE	T4	

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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.)		
Requisitos y límites de cobertura	Nivel de medicamentos	Requisitos y límites de cobertura
<b>EQUIPOS DE ADMINISTRACIÓN PARENTERAL</b>		
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	
<b>AYUDAS, DISPOSITIVOS, EQUIPOS RESPIRATORIOS</b>		
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 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

## Lista de medicamentos con receta

DISPOSITIVOS Y SUMINISTROS MÉDICOS VARIOS, NO FARMACOLÓGICOS (Varios) (cont.)		
Requisitos y límites de cobertura	Nivel de medicamentos	Requisitos y límites de cobertura
<b>AYUDAS, DISPOSITIVOS, EQUIPOS RESPIRATORIOS (cont.)</b>		
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 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

## Lista de medicamentos con receta

DISPOSITIVOS Y SUMINISTROS MÉDICOS VARIOS, NO FARMACOLÓGICOS (Varios) (cont.)		
Requisitos y límites de cobertura	Nivel de medicamentos	Requisitos y límites de cobertura
<b>AYUDAS, DISPOSITIVOS, EQUIPOS RESPIRATORIOS (cont.)</b>		
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	
<b>RELAJANTES MUSCULARES (Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)</b>		
<b>RELAJANTES DE LOS MÚSCULOS ESQUELÉTICOS-CONTRAIRITANTE RUBEFACIENTE TÓPICO</b>		
COMFORT PAC-CYCLOBENZAPRINE	T4	
COMFORT PAC-TIZANIDINE	T4	
<b>RELAJANTES DE LOS MÚSCULOS ESQUELÉTICOS</b>		
<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 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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.)		
Requisitos y límites de cobertura	Nivel de medicamentos	Requisitos y límites de cobertura
<b>RELAJANTES DE LOS MÚSCULOS ESQUELÉTICOS (cont.)</b>		
<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	
<b>VITAMINAS PRENATALES (Nutritivas/alimenticias)</b>		
<b>PREPARACIONES DE VITAMINAS PRENATALES</b>		
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 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio



## Lista de medicamentos con receta

VITAMINAS PRENATALES (Nutritivas/alimenticias) (cont.)		
Requisitos y límites de cobertura	Nivel de medicamentos	Requisitos y límites de cobertura
<b>PREPARACIONES DE VITAMINAS PRENATALES (cont.)</b>		
<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 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

## Lista de medicamentos con receta

VITAMINAS PRENATALES (Nutritivas/alimenticias) (cont.)		
Requisitos y límites de cobertura	Nivel de medicamentos	Requisitos y límites de cobertura
<b>PREPARACIONES DE VITAMINAS PRENATALES (cont.)</b>		
<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 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

## Lista de medicamentos con receta

VITAMINAS PRENATALES (Nutritivas/alimenticias) (cont.)		
Requisitos y límites de cobertura	Nivel de medicamentos	Requisitos y límites de cobertura
<b>PREPARACIONES DE VITAMINAS PRENATALES (cont.)</b>		
<i>prenatal vit27,calcium/iron/fa</i>	T2	
<i>prenatal vit86/iron/folic acid</i>	T2	
PRENATAL VITAMIN + DHA	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 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

## Lista de medicamentos con receta

VITAMINAS PRENATALES (Nutritivas/alimenticias) (cont.)		
Requisitos y límites de cobertura	Nivel de medicamentos	Requisitos y límites de cobertura
<b>PREPARACIONES DE VITAMINAS PRENATALES (cont.)</b>		
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	
<b>VITAMINAS PRENATALES CON BAJO CONTENIDO DE HIERRO O SIN HIERRO</b>		
CVS PRENATAL GUMMIES	T4	
PRENATAL GUMMIES	T4	
TRINAZ	T4	
<b>MEDICAMENTOS PSICOTERAPÉUTICOS (Ansiedad/depresión/trastorno bipolar)<sup>8</sup></b>		
<b>ANTIDEPRESIVOS ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES ALFA 2</b>		
<i>mirtazapine</i>	T1	HD
<i>mirtazapine</i> (Remeron)	T1	HD
REMERON ( <i>mirtazapine</i> )	T4	HD
<b>MEDICAMENTOS ANSIOLÍTICOS - BENZODIAZEPINAS</b>		
<i>alprazolam</i>	T2	
<i>alprazolam</i> (Xanax Xr)	T1	
<i>alprazolam</i> (Xanax)	T1	
ATIVAN ( <i>lorazepam</i> )	T4	
<i>chlordiazepoxide hcl</i>	T2	

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

## Lista de medicamentos con receta

MEDICAMENTOS PSICOTERAPÉUTICOS (Ansiedad/depresión/trastorno bipolar) <sup>8</sup> (cont.)		
Requisitos y límites de cobertura	Nivel de medicamentos	Requisitos y límites de cobertura
<b>MEDICAMENTOS ANSIOLÍTICOS - BENZODIAZEPINAS (cont.)</b>		
<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	
<b>MEDICAMENTOS ANSIOLÍTICOS</b>		
<i>buspirone hcl</i>	T1	
<i>meprobamate</i>	T2	
<b>ANTIDEPRESIVOS - DEPRESIÓN POSPARTO (PPD)</b>		
ZURZUVAE	T4	
<b>MEDICAMENTOS PARA TRASTORNO BIPOLAR</b>		
EQUETRO	T4	HD
<i>lithium carbonate</i>	T1	HD
<i>lithium carbonate (Lithobid)</i>	T1	HD
LITHOBID ( <i>lithium carbonate</i> )	T4	HD
<b>MAOI - ANTIDEPRESIVOS NO SELECTIVOS E IRREVERSIBLES</b>		
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	
<b>ANTIDEPRESIVOS INHIBIDORES DE LA MONOAMINOOXIDASA (MAO)</b>		
EMSAM	T4	
<b>INHIB. DE LA RECAPT. DE NOREPINEFRINA Y DOPAMINA (NDRI)</b>		
<i>bupropion hcl</i>	T1	HD
<i>bupropion hcl xl 150 mg tablet (Wellbutrin XL)</i>	T2	
<i>bupropion hcl xl 300 mg tablet (Wellbutrin XL)</i>	T2	

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

## Lista de medicamentos con receta

MEDICAMENTOS PSICOTERAPÉUTICOS (Ansiedad/depresión/trastorno bipolar) <sup>8</sup> (cont.)		
Requisitos y límites de cobertura	Nivel de medicamentos	Requisitos y límites de cobertura
<b>AGONISTAS INVERSOS SELECTIVOS DE SEROTONINA 5-HT<sub>2A</sub> (SSIA)</b>		
NUPLAZID 10 MG TABLET	T4	PA QL(30 tabs/fill) SP HD
NUPLAZID 34 MG CAPSULE	T4	PA QL(30 caps/fill) SP HD
<b>INHIBIDOR SELECTIVO DE LA RECAPTACIÓN DE SEROTONINA (SSRI)</b>		
<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 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

## Lista de medicamentos con receta

MEDICAMENTOS PSICOTERAPÉUTICOS (Ansiedad/depresión/trastorno bipolar) <sup>8</sup> (cont.)		
Requisitos y límites de cobertura	Nivel de medicamentos	Requisitos y límites de cobertura
<b>INHIBIDORES DE LA RECAPTACIÓN/ANTAGONISTAS DE LA SEROTONINA-2 (SARI)</b>		
nefazodone hcl	T2	HD
trazodone hcl	T1	HD
<b>INHIB. DE LA RECAPTACIÓN DE SEROTONINA-NOREPINEFRINA (SNRI)</b>		
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
<b>SSRI, ANTIDEPRESIVOS MODULADORES DE RECEPTORES DE SEROTONINA</b>		
TRINTELLIX 10 MG TABLET	T4	ST QL(30 tabs/fill) HD
<b>COMBINACIONES DE ANTIDEPRESIVOS TRICÍCLICOS-BENZODIAZEPINAS</b>		
amitriptyline/chlordiazepoxide	T2	HD
perphenazine/amitriptyline hcl	T2	HD
<b>ANTIDEPRESIVOS TRICÍCLICOS, INHIB. NO SELECT. DE LA RECAPTACIÓN REL.</b>		
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 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

## Lista de medicamentos con receta

MEDICAMENTOS PSICOTERAPÉUTICOS (Ansiedad/depresión/trastorno bipolar) <sup>8</sup> (cont.)		
Requisitos y límites de cobertura	Nivel de medicamentos	Requisitos y límites de cobertura
<b>ANTIDEPRESIVOS TRICÍCLICOS, INHIB. NO SELECT. DE LA RECAPTACIÓN REL. (cont.)</b>		
<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
<b>MEDICAMENTOS PSICOTERAPÉUTICOS (Ansiedad/depresión/trastorno bipolar)<sup>8</sup></b>		
<b>ADRENÉRGICOS, AROMÁTICOS, SIN CATECOLAMINAS</b>		
<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 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio



## Lista de medicamentos con receta

MEDICAMENTOS PSICOTERAPÉUTICOS (Ansiedad/depresión/trastorno bipolar) <sup>8</sup> (cont.)		
Requisitos y límites de cobertura	Nivel de medicamentos	Requisitos y límites de cobertura
<b>TRAT. PARA EL ADHD - AGONISTAS SELECTIVOS DE LOS RECEPTORES ALFA 2</b>		
<i>clonidine hcl er 0.1 mg tablet</i> (Kapvay)	T2	
<i>guanfacine hcl</i> (Intuniv)	T2	
KAPVAY ( <i>clonidine hcl</i> )	T4	ST
<b>TRAT. PARA EL DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD (ADHD)/NARCOLEPSIA</b>		
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 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

## Lista de medicamentos con receta

### MEDICAMENTOS PSICOTERAPÉUTICOS (Ansiedad/depresión/trastorno bipolar)<sup>8</sup> (cont.)

Requisitos y límites de cobertura	Nivel de medicamentos	Requisitos y límites de cobertura
<b>TRAT. PARA EL DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD (ADHD)/NARCOLEPSIA (cont.)</b>		
<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)<sup>8</sup>

#### ANTIPIC., ANTAG. DE LA DOPAMINA, DIFENILBUTILPIPERIDINAS

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

#### ANTIPICÓTICOS, 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 Zydis)	T2	QL(30 tabs/fill)
<i>quetiapine er 200 mg tablet</i> (Seroquel Xr)	T2	QL(30 tabs/fill)

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

## Lista de medicamentos con receta

MEDICAMENTOS PSICOTERAPÉUTICOS (Esquizofrenia/antipsicóticos) <sup>8</sup> (cont.)		
Requisitos y límites de cobertura	Nivel de medicamentos	Requisitos y límites de cobertura
<b>ANTIPSICÓTICOS, ATÍPICOS, ANTAGONISTAS DE LA DOPAMINA Y LA SEROTONINA (cont.)</b>		
<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)
<b>ANTIPSICÓTICOS-ATÍPICOS, AG. PARCIAL DE D3/D2-5HT MIXTOS</b>		
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 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

## Lista de medicamentos con receta

MEDICAMENTOS PSICOTERAPÉUTICOS (Esquizofrenia/antipsicóticos) <sup>8</sup> (cont.)		
Requisitos y límites de cobertura	Nivel de medicamentos	Requisitos y límites de cobertura
<b>ANTIPSICÓTICOS-ATÍPICOS, AG. PARCIAL DE D2/5HT MIXTOS</b>		
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)
<b>ANTIPSICÓTICOS, ANTAGONISTAS DE LA DOPAMINA Y LA SEROTONINA</b>		
<i>loxapine succinate</i>	T2	
<b>ANTIPSICÓTICOS, ANTAGONISTAS DE LA DOPAMINA, TIOXANTENOS</b>		
<i>thiothixene</i>	T2	
<b>ANTIPSICÓTICOS, ANTAGONISTAS DE LA DOPAMINA, BUTIROFENONAS</b>		
<i>haloperidol</i>	T1	
<i>haloperidol lactate</i>	T2	
<b>ANTIPSICÓTICOS, ANTAGONISTAS DE LA DOPAMINA, DIHIDROINDOLONAS</b>		
<i>molindone hcl</i>	T2	
<b>ANTIPSICÓTICOS, FENOTIAZINAS</b>		
<i>chlorpromazine hcl</i>	T2	
<i>fluphenazine hcl</i>	T2	
<i>perphenazine</i>	T2	
<i>thioridazine hcl</i>	T2	
<i>trifluoperazine hcl</i>	T2	
<b>SSRI-ANTIPSIC., ATÍPICOS, ANTAG. DE LA DOPAMINA Y LA SEROTONINA</b>		
<i>olanzapine/fluoxetine hcl</i>	T2	
<i>olanzapine/fluoxetine hcl (Symbyax)</i>	T2	
SYMBYAX ( <i>olanzapine/fluoxetine hcl</i> )	T4	
<b>MEDICAMENTOS PSICOTERAPÉUTICOS (Trastornos convulsivos)</b>		
<b>NEUROESTEROIDE MODULADOR DEL RECEPTOR GABA-A</b>		
ZTALMY	T4	PA SP

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

## Lista de medicamentos con receta

MEDICAMENTOS PSICOTERAPÉUTICOS (Trastornos del sueño/sedantes)		
Requisitos y límites de cobertura	Nivel de medicamentos	Requisitos y límites de cobertura
<b>AGENTES PARA EL TRATAMIENTO DE LA NARCOLEPSIA Y LOS TRASTORNOS DEL SUEÑO</b>		
<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)
<b>SEDANTES/HIPNÓTICOS (Trastornos del sueño/sedantes)</b>		
<b>AGENTE TIPO SEDANTE ANTINARCOLEPSIA Y ANTICATAPLEXIA</b>		
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
<b>BARBITÚRICOS</b>		
<i>phenobarbital</i>	T2	
<i>secobarbital sodium</i>	T2	QL(30 caps/fill)
<b>HIPNÓTICOS, AGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE LA MELATONINA MT1/MT2</b>		
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)
<b>HIPNÓTICOS SEDANTES - BENZODIAZEPINAS</b>		
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 SYRP	T4	
RESTORIL ( <i>temazepam</i> )	T4	
<i>temazepam</i> (Restoril)	T2	
<i>triazolam</i>	T2	
<i>triazolam</i> (Halcion)	T2	
<b>HIPNÓTICOS SEDANTES, NO BARBITÚRICOS</b>		
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 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

## Lista de medicamentos con receta

SEDANTES/HIPNÓTICOS (Trastornos del sueño/sedantes) (cont.)		
Requisitos y límites de cobertura	Nivel de medicamentos	Requisitos y límites de cobertura
<b>HIPNÓTICOS SEDANTES, NO BARBITÚRICOS (cont.)</b>		
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)
<b>PREPARACIONES CUTÁNEAS (Varias)</b>		
<b>IRRIGANTES</b>		
<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	
<b>AGENTES OXIDANTES</b>		
<i>hydrogen peroxide</i>	T2	
<b>CONSERVANTES</b>		
<i>formaldehyde</i>	T2	
<b>PREPARACIONES CUTÁNEAS (Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)</b>		
<b>AGENTES ANTIPSORIÁSICOS, SISTÉMICOS</b>		
<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 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

## Lista de medicamentos con receta

### PREPARACIONES CUTÁNEAS (Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)(cont.)

Requisitos y límites de cobertura	Nivel de medicamentos	Requisitos y límites de cobertura
<b>AGENTES ANTIPSORIÁSICOS, SISTÉMICOS (cont.)</b>		
SKYZRIZI 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
<b>ANTIINFLAMATORIOS TÓPICOS, ANTIINFLAM. NO ESTEROIDEOS</b>		
<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 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

## Lista de medicamentos con receta

PREPARACIONES CUTÁNEAS (Condiciones cutáneas) (cont.)		
Requisitos y límites de cobertura	Nivel de medicamentos	Requisitos y límites de cobertura
<b>ANTIPRURIGINOSOS, TÓPICOS</b>		
<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)
<b>AGENTES ANTIPSORIÁSICOS</b>		
<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)
<b>AGENTES ANTISEBORREICOS</b>		
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 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio



## Lista de medicamentos con receta

PREPARACIONES CUTÁNEAS (Condiciones cutáneas) (cont.)		
Requisitos y límites de cobertura	Nivel de medicamentos	Requisitos y límites de cobertura
<b>ANTISÉPTICOS, GENERALES</b>		
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 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

## Lista de medicamentos con receta

PREPARACIONES CUTÁNEAS (Condiciones cutáneas) (cont.)		
Requisitos y límites de cobertura	Nivel de medicamentos	Requisitos y límites de cobertura
<b>ANTISÉPTICOS, GENERALES (cont.)</b>		
ULTILET ALCOHOL SWAB	T3	
<i>v-r alcohol prep pads</i>	T2	
WEBCOL	T3	
<b>ANTISÉPTICOS, VARIOS</b>		
GUAIACOL	T3	
<b>PREPARACIONES PARA ÚLCERAS POR DIABETES, TÓPICAS</b>		
REGRANEX	T3	QL(15 gms/fill)
<b>INMUNOMODULADORES</b>		
<i>imiquimod</i>	T2	
<i>imiquimod (Zyclara)</i>	T2	
<b>RUBEFACIENTES/CONTRAIRRITANTES</b>		
CANTHARIDIN-ACETONE	T4	
<i>methyl salicylate</i>	T2	
<b>INHIBIDORES DE LA QUINASA DE JANUS (JAK)</b>		
CIBINQO	T4	PA QL(30 tabs/30 days) SP
<b>COMBINACIONES DE QUERATOLÍTICOS-GLUCOCORTICOIDES</b>		
VANOXIDE-HC	T4	ST
<b>QUERATOLÍTICOS</b>		
<i>benzpro 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
<b>PROTECTORES</b>		
PHARMABASE BARRIER ( <i>zinc oxide</i> )	T4	
<i>zinc oxide 20% ointment</i>	T2	
ZINC OXIDE PASTE	T3	

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

## Lista de medicamentos con receta

PREPARACIONES CUTÁNEAS (Condiciones cutáneas) (cont.)		
Requisitos y límites de cobertura	Nivel de medicamentos	Requisitos y límites de cobertura
<b>AGENTES PARA LA ROSÁCEA, TÓPICOS</b>		
<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)
<b>ADHESIVOS PARA TEJIDOS/HERIDAS</b>		
ARTISS	T4	
SURGISEAL STYLUS	T4	
SURGISEAL TEARDROP	T4	
SURGISEAL TWIST	T4	
TISSEEL VHSD	T4	
<b>TÓP. ANTIINFLAM., INHIB. DE LA FOSFODIESTERASA-4 (PDE4)</b>		
EUCRISA	T3	ST QL (120 gms/30 days)
ZORYVE	T4	
<b>AGENTE ANTIACNÉ TÓPICO, AGONISTA DEL RECEPTOR DE ÁCIDO RETINOICO</b>		
AKLIEF	T4	PA ST
ARAZLO	T4	PA
<b>AGENTES TÓPICOS, VARIOS</b>		
MEDIHONEY	T4	
<i>trichloroacetic acid</i>	T2	
TRICHLOROACETIC ACID 100% ( <i>trichloroacetic acid</i> )	T4	
TRICHLOROACETIC ACID 20% ( <i>trichloroacetic acid</i> )	T3	

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

## Lista de medicamentos con receta

PREPARACIONES CUTÁNEAS (Condiciones cutáneas) (cont.)		
Requisitos y límites de cobertura	Nivel de medicamentos	Requisitos y límites de cobertura
<b>AGENTES TÓPICOS, VARIOS (cont.)</b>		
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	
<b>DERIVADOS DE LA PLEUROMUTILINA, ANTIBIÓTICOS TÓPICOS</b>		
ALTABAX	T4	ST QL(30 gms/fill)
<b>ANTIINFLAMATORIOS ESTEROIDEOS TÓPICOS</b>		
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 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

## Lista de medicamentos con receta

PREPARACIONES CUTÁNEAS (Condiciones cutáneas) (cont.)		
Requisitos y límites de cobertura	Nivel de medicamentos	Requisitos y límites de cobertura
<b>ANTIINFLAMATORIOS ESTEROIDEOS TÓPICOS (cont.)</b>		
<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 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

## Lista de medicamentos con receta

PREPARACIONES CUTÁNEAS (Condiciones cutáneas) (cont.)		
Requisitos y límites de cobertura	Nivel de medicamentos	Requisitos y límites de cobertura
<b>ANTIINFLAMATORIOS ESTEROIDEOS TÓPICOS (cont.)</b>		
<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 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

## Lista de medicamentos con receta

PREPARACIONES CUTÁNEAS (Condiciones cutáneas) (cont.)		
Requisitos y límites de cobertura	Nivel de medicamentos	Requisitos y límites de cobertura
<b>ANTIINFLAMATORIOS ESTEROIDEOS TÓPICOS (cont.)</b>		
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 (Cordran)</i>	T2	ST QL(120 gms/30 days)
<i>nolix 0.05% lotion (Cordran)</i>	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 (Dermatop)</i>	T2	
SCALACORT DK	T4	ST
SYNALAR	T4	ST
SYNALAR ( <i>fluocinolone acetonide</i> )	T4	ST
SYNALAR TS	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 (Kenalog)</i>	T2	ST QL(126 gms/30 days)
<i>triamcinolone 0.147 mg/g spray (Kenalog)</i>	T2	ST QL(100 gms/30 days)
<i>triamcinolone 0.5% cream</i>	T2	
<i>triamcinolone 0.5% ointment</i>	T2	

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

## Lista de medicamentos con receta

PREPARACIONES CUTÁNEAS (Condiciones cutáneas) (cont.)		
Requisitos y límites de cobertura	Nivel de medicamentos	Requisitos y límites de cobertura
<b>ANTIINFLAMATORIOS ESTEROIDEOS TÓPICOS (cont.)</b>		
<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
<b>ANTIINFLAMATORIOS ESTEROIDEOS TÓPICOS-ANESTÉSICOS LOCALES</b>		
ANALPRAM HC 2.5%-1% LOTION ( <i>hydrocortisone/pramoxine</i> )	T4	ST
EPIFOAM	T4	ST
<i>hydrocort-pramoxine 2.5-1% crm</i>	T2	ST
<i>lidocaine/hydrocortisone ac</i>	T2	
<i>lidocaine-hc 3-0.5% cream</i>	T2	
PRAMOSONE	T4	ST
<b>ANTIPARASITARIOS TÓPICOS</b>		
<i>lindane</i>	T2	
<i>malathion (Ovide)</i>	T2	
OVIDE ( <i>malathion</i> )	T4	
<b>INHIBIDORES DE LA QUINASA DE JANUS (JAK) TÓPICOS</b>		
OPZELURA	T4	PA QL(240 gms/28 days)
<b>PREPARACIONES ANTIBACTERIANAS TÓPICAS</b>		
<i>iodine/potassium iodide</i>	T2	
<i>iodine/sodium iodide</i>	T2	
IODOFLEX	T4	
IODOSORB	T4	
<b>ANÁLOGOS DE VIT. D/ANTIINFLAMATORIOS ESTEROIDEOS TÓPICOS</b>		
<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)
<b>ENZIMAS TÓPICAS/DE LAS MEMBR. MUCOSAS/ SUBCUT.</b>		
SANTYL	T3	QL(180 gms/fill)
<b>DERIVADOS DE LA VITAMINA A</b>		
<i>adapalene 0.1% cream (Differin)</i>	T2	

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio



## Lista de medicamentos con receta

PREPARACIONES CUTÁNEAS (Condiciones cutáneas) (cont.)		
Requisitos y límites de cobertura	Nivel de medicamentos	Requisitos y límites de cobertura
<b>DERIVADOS DE LA VITAMINA A (cont.)</b>		
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
<b>AGENTES PARA DEJAR DE FUMAR (Productos para dejar de fumar)<sup>8</sup></b>		
<b>AGENTES PARA DEJAR DE FUMAR (ESTIM. GANGLIONARES, OTROS)</b>		
NICOTROL	T4	QL(180 ds/365 days) PPACA
NICOTROL NS	T4	QL(180 ds/365 days) PPACA
<b>AGENTES PARA DEJAR DE FUMAR-AGONISTA PARCIAL DE LOS RECEPT. DE NICOTINA</b>		
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	
<b>AGENTES PARA DEJAR DE FUMAR, OTROS</b>		
<i>bupropion hcl sr 150 mg tablet</i>	T2	QL(180 ds/365 days) PPACA

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

## Lista de medicamentos con receta

PREPARACIONES PARA LA TIROIDES (Agentes hormonales)		
Requisitos y límites de cobertura	Nivel de medicamentos	Requisitos y límites de cobertura
<b>PREPARACIONES ANTITIROIDEAS</b>		
<i>methimazole</i> (Tapazole)	T1	HD
<i>propylthiouracil</i>	T2	HD
TAPAZOLE ( <i>methimazole</i> )	T4	HD
<b>HORMONAS TIROIDEAS</b>		
<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
<b>PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (SIDA/VIH)</b>		
<b>INHIBIDORES DEL CITOCROMO P450</b>		
TYBOST	T4	SP
<b>PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Asma/EPOC/condiciones respiratorias)</b>		
<b>FIBROSIS QUÍSTICA - AGENTES OSMÓTICOS, INHALACIÓN</b>		
BRONCHITOL	T4	PA SP HD
<b>FIBROSIS QUÍSTICA-COMB. DE POTENCIADOR DE CFTR Y CORRECTOR</b>		
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)
<b>FIB. QUÍSTICA-POTENCIADOR DE LA REG. DE LA CONDOC. TRANSMEMB. (CFTR)</b>		
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 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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.)		
Requisitos y límites de cobertura	Nivel de medicamentos	Requisitos y límites de cobertura
<b>FIB. QUÍSTICA-POTENCIADOR DE LA REG. DE LA CONDOC. TRANSMEMB. (CFTR) (cont.)</b>		
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
<b>SURFACTANTES PULMONARES</b>		
CUROSURF	T4	
INFASURF	T4	
SURFAXIN	T4	
SURVANTA	T4	
<b>MUCOLÍTICOS</b>		
PULMOZYME	T4	PA SP HD
<b>FIBROSIS PULMONAR - INHIBIDORES DE ENZIMAS SISTÉMICAS</b>		
OFEV	T4	PA QL(60 caps/fill) SP HD
<b>INHIBIDORES DE ENZIMAS SISTÉMICAS</b>		
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
<b>INHIBIDORES DE LA LINFOPOYETINA ESTROMAL TÍMICA (TSLP)</b>		
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)		
<b>INHIBIDORES DE LA TIROSINA QUINASA DEL BAZO</b>		
TAVALISSE	T4	PA QL(60 tabs/fill) SP
PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Medicamentos para la presión arterial/para el corazón)		
<b>ANTAGONISTAS DEL RECEPTOR DE LA BRADIQUININA B2</b>		
<i>icatibant acetate (Firazyr)</i>	T2	PA SP HD
<i>icatibant acetate (Firazyr)</i>	T2	PA SP
<b>INHIBIDORES DE CALICREÍNA PLASMÁTICA</b>		
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 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

## Lista de medicamentos con receta

PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Cáncer)		
Requisitos y límites de cobertura	Nivel de medicamentos	Requisitos y límites de cobertura
<b>AGENTES DE RESCATE/ANTÍDOTOS PARA QUIMIOTERAPIA</b>		
<i>leucovorin calcium</i>	T2	CSL
MESNEX	T4	SP CSL
VISTOGARD	T4	PA QL(20 packs/30 days) SP CSL
<b>RADIOFÁRMACOS DE USO TERAPÉUTICO</b>		
SODIUM IODIDE I-123	T4	CSL
PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Productos dentales)		
<b>PREPARACIONES Y AYUDAS DENTALES</b>		
<i>chlorhexidine gluconate (Peridex)</i>	T1	
PERIDEX ( <i>chlorhexidine gluconate</i> )	T4	
<i>triamcinolone 0.1% paste</i>	T2	
<i>triamcinolone acetamide</i>	T2	
<b>INHIBIDORES DE LA COLAGENASA PERIODONTAL</b>		
<i>doxycycline hyclate 20 mg tab</i>	T2	
PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Disfunción eréctil)		
<b>MEDICAMENTOS PARA TRATAR LA DISFUNCIÓN ERÉCTIL (ED)</b>		
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 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

## Lista de medicamentos con receta

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

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

## Lista de medicamentos con receta

PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Condiciones gastrointestinales/pirosis) (cont.)		
Requisitos y límites de cobertura	Nivel de medicamentos	Requisitos y límites de cobertura
<b>AGENTES SUSTITUTOS DE LA SALIVA (cont.)</b>		
NUMOISYN	T4	
SALIVAMAX	T4	
<b>PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Agentes hormonales)</b>		
<b>ANTAGONISTAS DE RECEPTORES DE LA HORMONA DE CRECIMIENTO</b>		
SOMAVERT	T4	PA SP HD
<b>AGENTES PARA EL TRAT. DEL HIPERPARATIROID. - TIPO ANÁLOGO DE VITAMINA D</b>		
<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
<b>PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Varios)</b>		
<b>ABORTIVOS-ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE LA PROGESTERONA</b>		
MIFEPREX	T4	
<i>mifepristone 200 mg tablet</i>	T2	
<b>INHIBIDORES DE AMONIACO</b>		
CARBAGLU	T4	PA SP HD
<i>carglumic acid</i>	T2	PA SP HD
PHEBURANE	T4	PA SP
<b>AGENTES PARA LA AMILOIDOSIS-SUPRESIÓN DE LA TRANSTIRETINA (TTR)</b>		
TEGSEDI	T4	PA SP HD QL (4 syr/28 days)
<b>PREPARACIONES ANTIALCOHÓLICAS</b>		
<i>acamprosate calcium</i>	T2	
<i>disulfiram</i>	T2	
<b>TRATAMIENTO ANTIFIBRÓTICO - ANÁLOGOS DE LA PIRIDONA</b>		
<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	
<b>INHIBIDORES DE LA ESTERASA CI</b>		
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)
<b>CALCIMIMÉTICO, POTENCIADOR DEL CALCIO PARATIROIDEO</b>		
<i>cinacalcet hcl (Sensipar)</i>	T2	PA SP

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

## Lista de medicamentos con receta

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

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

## Lista de medicamentos con receta

PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Varios) (cont.)		
Requisitos y límites de cobertura	Nivel de medicamentos	Requisitos y límites de cobertura
<b>AGENTES PARA TRATAR LA INTOXIC. POR METALES (cont.)</b>		
<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
<b>PÉPTIDOS NATRIURÉTICOS</b>		
VOXZOGO	T4	PA SP HD
<b>CHAPERÓN FARMACOLÓGICO-ESTAB. DE LA ALFA-GALACTOSIDASA A</b>		
GALAFOLD	T4	PA QL(15 caps/fill) SP HD
<b>AGENTE PARA TRATAR LA FENILCETONURIA-COFACTOR DE LA FENILALANINA HIDROXILASA</b>		
<i>sapropterin dihydrochloride</i> (Kuvan)	T2	PA SP
<i>sapropterin dihydrochloride</i> (Kuvan)	T2	PA SP HD
<b>ESTABILIZADORES DE PROTEÍNAS</b>		
VYNDAMAX	T4	PA SP HD
VYNDAQEL	T4	PA SP HD
<b>AGONISTAS DEL RECEPTOR DE ÁCIDO RETINOICO (RAR)</b>		
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
<b>SOLVENTES</b>		
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 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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



## Lista de medicamentos con receta

PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Varios) (cont.)		
Requisitos y límites de cobertura	Nivel de medicamentos	Requisitos y límites de cobertura
<b>SOLVENTES (cont.)</b>		
<i>eqi isopropyl alcohol 91%</i>	T2	
<i>eqi 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	
<b>EXCIPIENTES</b>		
GELFILM	T4	
HYDROXYPROPYLCELLULOSE	T3	
HYPROMELLOSE	T3	

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

## Lista de medicamentos con receta

PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Nutritivos/alimenticios)		
Requisitos y límites de cobertura	Nivel de medicamentos	Requisitos y límites de cobertura
<b>AGENTES PARA DEFICIENCIAS METABÓLICAS</b>		
<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	
<b>PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Productos para la osteoporosis)</b>		
<b>AGENTES QUE ESTIM. LA FORMACIÓN DE HUESO - HORMONA PARATIROIDEA</b>		
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
<b>COMBINACIONES DE INHIBIDORES DE LA RESORCIÓN ÓSEA Y VITAMINA D</b>		
FOSAMAX PLUS D	T4	ST QL(4 tabs/28 days) HD
<b>INHIBIDORES DE LA RESORCIÓN ÓSEA</b>		
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
ATELVIA ( <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 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

## Lista de medicamentos con receta

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

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

## Lista de medicamentos con receta

PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Condiciones urinarias) (cont.)		
Requisitos y límites de cobertura	Nivel de medicamentos	Requisitos y límites de cobertura
<b>AGENTES PARA LA HIPERTROFIA PROSTÁTICA BENIGNA/MICCIÓN (cont.)</b>		
<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
<b>INHIB. DE LA 5-ALFA REDUCTASA-ANTAG. ADRENÉRGICO ALFAI PARA TRATAR LA HPB</b>		
<i>dutasteride/tamsulosin hcl</i> (Jalyn)	T2	ST HD
JALYN ( <i>dutasteride/tamsulosin hcl</i> )	T4	ST HD
<b>AGENTES QUE REDUCEN LA CISTINA, CISTINOSIS NEFROPÁTICA</b>		
CYSTAGON	T4	SP
<b>AGENTES PARA CÁLCULOS RENALES</b>		
THIOLA EC	T4	PA SP
<i>tiopronin</i> (Thiola)	T2	PA SP
<i>tiopronin</i>	T2	PA SP
<b>AGENTES PARA LA VEJIGA HIPERACTIVA, RECEP. ADRENÉRGICOS BETA 3</b>		
GEMTESA	T4	HD
MYRBETRIQ	T3	HD
<b>ANTIESPASMÓDICOS DE LAS VÍAS URINARIAS, ANTAG. SELECTIVO DE M(3)</b>		
<i>darifenacin hydrobromide</i>	T2	HD
<i>solifenacin succinate</i> (Vesicare)	T2	HD
<b>AGENTE ANTIESPASMÓDICO/ANTIINCONTINENCIA DE LAS VÍAS URINARIAS</b>		
<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)		
<b>ESTIM. DEL APETITO PARA LA ANOREXIA, CAQUEXIA, SÍND. DE DESGASTE</b>		
<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 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

## Lista de medicamentos con receta

VITAMINAS (Nutritivas/alimenticias)		
Requisitos y límites de cobertura	Nivel de medicamentos	Requisitos y límites de cobertura
<b>COMBINACIONES MULTIVITAMÍNICAS ANTIOXIDANTES</b>		
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 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

## Lista de medicamentos con receta

VITAMINAS (Nutritivas/alimenticias) (cont.)		
Requisitos y límites de cobertura	Nivel de medicamentos	Requisitos y límites de cobertura
<b>COMBINACIONES MULTIVITAMÍNICAS ANTIOXIDANTES (cont.)</b>		
<i>vit a/vit c/vit e/zinc/copper</i>	T2	
<i>vits a,c,e/lutein/minerals</i>	T2	
<b>BIOFLAVONOIDES</b>		
<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	
<b>PREPARACIONES CON ÁCIDO FÓLICO</b>		
<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 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

## Lista de medicamentos con receta

VITAMINAS (Nutritivas/alimenticias) (cont.)		
Requisitos y límites de cobertura	Nivel de medicamentos	Requisitos y límites de cobertura
<b>PREPARACIONES CON ÁCIDO FÓLICO (cont.)</b>		
<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	
<b>PREPARACIONES DE VITAMINAS GERIÁTRICAS</b>		
<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	
<b>PREPARACIONES MULTIVITAMÍNICAS</b>		
<i>a thru z advanced formula tab</i>	T2	
A THRU Z MEN'S ULTIMATE TABLET	T3	

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

## Lista de medicamentos con receta

VITAMINAS (Nutritivas/alimenticias) (cont.)		
Requisitos y límites de cobertura	Nivel de medicamentos	Requisitos y límites de cobertura
<b>PREPARACIONES MULTIVITAMÍNICAS (cont.)</b>		
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 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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



## Lista de medicamentos con receta

VITAMINAS (Nutritivas/alimenticias) (cont.)		
Requisitos y límites de cobertura	Nivel de medicamentos	Requisitos y límites de cobertura
<b>PREPARACIONES MULTIVITAMÍNICAS (cont.)</b>		
<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 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

## Lista de medicamentos con receta

VITAMINAS (Nutritivas/alimenticias) (cont.)		
Requisitos y límites de cobertura	Nivel de medicamentos	Requisitos y límites de cobertura
<b>PREPARACIONES MULTIVITAMÍNICAS (cont.)</b>		
<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 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

## Lista de medicamentos con receta

VITAMINAS (Nutritivas/alimenticias) (cont.)		
Requisitos y límites de cobertura	Nivel de medicamentos	Requisitos y límites de cobertura
<b>PREPARACIONES MULTIVITAMÍNICAS (cont.)</b>		
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 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

## Lista de medicamentos con receta

VITAMINAS (Nutritivas/alimenticias) (cont.)		
Requisitos y límites de cobertura	Nivel de medicamentos	Requisitos y límites de cobertura
<b>PREPARACIONES MULTIVITAMÍNICAS (cont.)</b>		
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 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

## Lista de medicamentos con receta

VITAMINAS (Nutritivas/alimenticias) (cont.)		
Requisitos y límites de cobertura	Nivel de medicamentos	Requisitos y límites de cobertura
<b>PREPARACIONES MULTIVITAMÍNICAS (cont.)</b>		
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 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

## Lista de medicamentos con receta

VITAMINAS (Nutritivas/alimenticias) (cont.)		
Requisitos y límites de cobertura	Nivel de medicamentos	Requisitos y límites de cobertura
<b>PREPARACIONES MULTIVITAMÍNICAS (cont.)</b>		
<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 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

## Lista de medicamentos con receta

VITAMINAS (Nutritivas/alimenticias) (cont.)		
Requisitos y límites de cobertura	Nivel de medicamentos	Requisitos y límites de cobertura
<b>PREPARACIONES MULTIVITAMÍNICAS (cont.)</b>		
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 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

## Lista de medicamentos con receta

VITAMINAS (Nutritivas/alimenticias) (cont.)		
Requisitos y límites de cobertura	Nivel de medicamentos	Requisitos y límites de cobertura
<b>PREPARACIONES MULTIVITAMÍNICAS (cont.)</b>		
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 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio



## Lista de medicamentos con receta

VITAMINAS (Nutritivas/alimenticias) (cont.)		
Requisitos y límites de cobertura	Nivel de medicamentos	Requisitos y límites de cobertura
<b>PREPARACIONES MULTIVITAMÍNICAS (cont.)</b>		
<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 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

## Lista de medicamentos con receta

VITAMINAS (Nutritivas/alimenticias) (cont.)		
Requisitos y límites de cobertura	Nivel de medicamentos	Requisitos y límites de cobertura
<b>PREPARACIONES MULTIVITAMÍNICAS (cont.)</b>		
VITABEX PLUS	T4	
VITAJoy ADULT MULTI	T4	
<i>vitamin b complex-vit c cap (Support-500)</i>	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	
<b>PREPARACIONES DE NIACINA</b>		
<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 (Slo-Niacin)</i>	T2	
<i>niacin</i>	T2	

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

## Lista de medicamentos con receta

VITAMINAS (Nutritivas/alimenticias) (cont.)		
Requisitos y límites de cobertura	Nivel de medicamentos	Requisitos y límites de cobertura
<b>PREPARACIONES DE NIACINA (cont.)</b>		
<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 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

## Lista de medicamentos con receta

VITAMINAS (Nutritivas/alimenticias) (cont.)		
Requisitos y límites de cobertura	Nivel de medicamentos	Requisitos y límites de cobertura
<b>PREPARACIONES DE PANTENOL</b>		
CALCIUM PANTOTHENATE	T4	
PANTETHINE	T4	
<b>PREPARACIONES DE VITAMINAS PEDIÁTRICAS</b>		
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 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

## Lista de medicamentos con receta

VITAMINAS (Nutritivas/alimenticias) (cont.)		
Requisitos y límites de cobertura	Nivel de medicamentos	Requisitos y límites de cobertura
<b>PREPARACIONES DE VITAMINAS PEDIÁTRICAS (cont.)</b>		
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 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

## Lista de medicamentos con receta

VITAMINAS (Nutritivas/alimenticias) (cont.)		
Requisitos y límites de cobertura	Nivel de medicamentos	Requisitos y límites de cobertura
<b>PREPARACIONES DE VITAMINAS PEDIÁTRICAS (cont.)</b>		
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	
NANOVM 1-3	T3	
NANOVM 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 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

## Lista de medicamentos con receta

VITAMINAS (Nutritivas/alimenticias) (cont.)		
Requisitos y límites de cobertura	Nivel de medicamentos	Requisitos y límites de cobertura
<b>PREPARACIONES DE VITAMINAS PEDIÁTRICAS (cont.)</b>		
<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	
<b>PREPARACIONES DE VITAMINAS A Y D</b>		
cod liver oil softgel	T2	
gnp norwegian cod liver oil	T2	
SV COD LIVER OIL SOFTGEL	T4	
<b>PREPARACIONES DE VITAMINA A</b>		
A-25	T4	
AQUASOL A	T3	
<i>beta-carotene</i>	T2	
<i>cvs vitamin a 2,400 mcg sftgl</i>	T2	

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

## Lista de medicamentos con receta

VITAMINAS (Nutritivas/alimenticias) (cont.)		
Requisitos y límites de cobertura	Nivel de medicamentos	Requisitos y límites de cobertura
<b>PREPARACIONES DE VITAMINA A (cont.)</b>		
<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	
<b>PREPARACIONES DE VITAMINA B</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 (Nirt-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 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio



## Lista de medicamentos con receta

VITAMINAS (Nutritivas/alimenticias) (cont.)		
Requisitos y límites de cobertura	Nivel de medicamentos	Requisitos y límites de cobertura
<b>PREPARACIONES DE VITAMINA B (cont.)</b>		
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 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

## Lista de medicamentos con receta

VITAMINAS (Nutritivas/alimenticias) (cont.)		
Requisitos y límites de cobertura	Nivel de medicamentos	Requisitos y límites de cobertura
<b>PREPARACIONES DE VITAMINA B (cont.)</b>		
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>eq1 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
FOLTIX	T4	HD
GENICIN VITA-S	T4	HD
<i>gnp biotin 5,000 mcg capsule (Meribin)</i>	T2	HD
HAIR-SKIN-NAILS	T4	HD

T1 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

## Lista de medicamentos con receta

VITAMINAS (Nutritivas/alimenticias) (cont.)		
Requisitos y límites de cobertura	Nivel de medicamentos	Requisitos y límites de cobertura
<b>PREPARACIONES DE VITAMINA B (cont.)</b>		
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 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

## Lista de medicamentos con receta

VITAMINAS (Nutritivas/alimenticias) (cont.)		
Requisitos y límites de cobertura	Nivel de medicamentos	Requisitos y límites de cobertura
<b>PREPARACIONES DE VITAMINA B (cont.)</b>		
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 b12/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 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

## Lista de medicamentos con receta

VITAMINAS (Nutritivas/alimenticias) (cont.)		
Requisitos y límites de cobertura	Nivel de medicamentos	Requisitos y límites de cobertura
<b>PREPARACIONES DE VITAMINA B (cont.)</b>		
<i>vitamin b complex/lysine (Apetigen)</i>	T2	HD
<i>vitamin b complex-vitamin c tb (Vita-Bee With C)</i>	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
<b>PREPARACIONES DE VITAMINA B1</b>		
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 (vit b1)</i>	T2	
VITAMIN B1	T4	
<b>PREPARACIONES DE VITAMINA B12</b>		
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 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

## Lista de medicamentos con receta

VITAMINAS (Nutritivas/alimenticias) (cont.)		
Requisitos y límites de cobertura	Nivel de medicamentos	Requisitos y límites de cobertura
<b>PREPARACIONES DE VITAMINA B12 (cont.)</b>		
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 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

## Lista de medicamentos con receta

VITAMINAS (Nutritivas/alimenticias) (cont.)		
Requisitos y límites de cobertura	Nivel de medicamentos	Requisitos y límites de cobertura
<b>PREPARACIONES DE VITAMINA B12 (cont.)</b>		
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 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

## Lista de medicamentos con receta

VITAMINAS (Nutritivas/alimenticias) (cont.)		
Requisitos y límites de cobertura	Nivel de medicamentos	Requisitos y límites de cobertura
<b>PREPARACIONES DE VITAMINA B12 (cont.)</b>		
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	
<b>PREPARACIONES DE VITAMINA B2</b>		
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	
<b>PREPARACIONES DE VITAMINA B6</b>		
CHROMIUM PICOLINATE KLB6	T4	
<i>cvs vitamin b-6 100 mg tablet</i>	T2	
<i>eqi 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 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio



## Lista de medicamentos con receta

VITAMINAS (Nutritivas/alimenticias) (cont.)		
Requisitos y límites de cobertura	Nivel de medicamentos	Requisitos y límites de cobertura
<b>PREPARACIONES DE VITAMINA B6 (cont.)</b>		
<i>pyridoxine hcl (vitamin b6) (Pyridoxine Hcl)</i>	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	
<b>PREPARACIONES DE VITAMINA C</b>		
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 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

## Lista de medicamentos con receta

VITAMINAS (Nutritivas/alimenticias) (cont.)		
Requisitos y límites de cobertura	Nivel de medicamentos	Requisitos y límites de cobertura
<b>PREPARACIONES DE VITAMINA C (cont.)</b>		
EMERGEN-C	T4	
EMERGEN-C IMMUNE PLUS	T4	
EMERGEN-C MSM LITE	T4	
<i>egl 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 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

## Lista de medicamentos con receta

VITAMINAS (Nutritivas/alimenticias) (cont.)		
Requisitos y límites de cobertura	Nivel de medicamentos	Requisitos y límites de cobertura
<b>PREPARACIONES DE VITAMINA C (cont.)</b>		
<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	
VITAJJOY 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 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

## Lista de medicamentos con receta

VITAMINAS (Nutritivas/alimenticias) (cont.)		
Requisitos y límites de cobertura	Nivel de medicamentos	Requisitos y límites de cobertura
<b>PREPARACIONES DE VITAMINA C (cont.)</b>		
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	
<b>PREPARACIONES DE VITAMINA D</b>		
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 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

## Lista de medicamentos con receta

VITAMINAS (Nutritivas/alimenticias) (cont.)		
Requisitos y límites de cobertura	Nivel de medicamentos	Requisitos y límites de cobertura
<b>PREPARACIONES DE VITAMINA D (cont.)</b>		
<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 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

## Lista de medicamentos con receta

VITAMINAS (Nutritivas/alimenticias) (cont.)		
Requisitos y límites de cobertura	Nivel de medicamentos	Requisitos y límites de cobertura
<b>PREPARACIONES DE VITAMINA D (cont.)</b>		
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 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

## Lista de medicamentos con receta

VITAMINAS (Nutritivas/alimenticias) (cont.)		
Requisitos y límites de cobertura	Nivel de medicamentos	Requisitos y límites de cobertura
<b>PREPARACIONES DE VITAMINA D (cont.)</b>		
<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 sfgl</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 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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

## Lista de medicamentos con receta

VITAMINAS (Nutritivas/alimenticias) (cont.)		
Requisitos y límites de cobertura	Nivel de medicamentos	Requisitos y límites de cobertura
<b>PREPARACIONES DE VITAMINA D (cont.)</b>		
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 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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



## Lista de medicamentos con receta

VITAMINAS (Nutritivas/alimenticias) (cont.)		
Requisitos y límites de cobertura	Nivel de medicamentos	Requisitos y límites de cobertura
<b>PREPARACIONES DE VITAMINA D (cont.)</b>		
<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
<b>PREPARACIONES DE VITAMINA E</b>		
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 – Habitualmente genéricos  
T2 – Habitualmente marcas preferidas  
T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa  
QL – Límite a la cantidad  
ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad  
SP – Medicamentos de especialidad  
HD – Puede requerir entrega a domicilio

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

## Lista de medicamentos con receta

VITAMINAS (Nutritivas/alimenticias) (cont.)		
Requisitos y límites de cobertura	Nivel de medicamentos	Requisitos y límites de cobertura
<b>PREPARACIONES DE VITAMINA E (cont.)</b>		
<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 – Habitualmente genéricos

PA – Autorización previa

AGE – Requisito de edad

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

QL – Límite a la cantidad

SP – Medicamentos de especialidad

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

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

ST – Tratamiento escalonado

HD – Puede requerir entrega a domicilio

## Lista de medicamentos con receta

VITAMINAS (Nutritivas/alimenticias) (cont.)		
Requisitos y límites de cobertura	Nivel de medicamentos	Requisitos y límites de cobertura
<b>PREPARACIONES DE VITAMINA E (cont.)</b>		
<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	
<b>PREPARACIONES DE VITAMINA K</b>		
AQUA-K CONCENTRATE	T4	
K1-1000	T4	
K2 LIQUID	T4	
K2-45	T4	
MEPHYTON ( <i>phytonadione (vit k1)</i> )	T4	QL (10 tabs/fill)
<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	
<b>VITAMINAS (Vitaminas)</b>		
<b>PREPARACIONES MULTIVITAMÍNICAS</b>		
CENTRUM ADULTS 50 PLUS MINIS	T4	
CENTRUM MEN 50 PLUS MINIS	T4	
DAVIMET-M	T4	
<b>PREPARACIONES DE VITAMINAS PEDIÁTRICAS</b>		
CHILDREN'S MULTI	T4	

T1 – Habitualmente genéricos

T2 – Habitualmente marcas preferidas

T3 – Habitualmente marcas no preferidas

PA – Autorización previa

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a domicilio

PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos

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 médicamente 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:<sup>9</sup>

- 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,<sup>10</sup> la disfunción sexual, con fines estéticos, para bajar de peso, para dejar de fumar<sup>10</sup> 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

I.5 VOLT BATTERIES .....	157
IST .....	37, 47, 48, 94, 95, 136, 151
IST TIER UNILET COMFORTOUCH.....	151
2-IN-1 .....	136, 151
2-IN-1 LANCET DEVICE .....	151
2TEK.....	129
5-MTHF.....	216
50 PLUS ADULT EYE.....	197

## A

A-25 .....	215
abacavir .....	66, 67
abacavir/lamivudine/zidovudine .....	66
abacavir sulfate/lamivudine .....	66
ABANEU-SL.....	221
ABATRON .....	109
ABC COMPLETE .....	200
ABDEK.....	212
ABILIFY.....	172
abiraterone.....	56
ABSORICA .....	175
ABSTRAL .....	22
ACAM2000.....	75
acamprosate.....	190
acarbose .....	49
ACCOLATE .....	32
ACCRUFER.....	109
ACCU-CHEK.....	129, 136, 151, 157
ACCUPRIL.....	82
ACCURETIC.....	80
ACCUTREND.....	129
ACD-A.....	43
ACD SOLUTION A .....	43
ACE.....	80, 82
ACE AEROSOL.....	157
acebutolol.....	83
acetaminophen/caff/dihydrocod.....	22
acetaminophen with codeine.....	21
acetazolamide.....	98
acetic acid .....	52, 101, 174
acetic acid/oxyquinoline .....	52
acetylcysteine .....	32
acetylcyst/methylbl2/levomefol .....	216
a/c/e/zinc ox/cupric ox/lutein.....	197
a/c/e/zinc/sod selenate/copper .....	200
acitretin .....	174
ACTEMRA.....	127, 128
ACTHIB.....	74, 75

ACTICLATE .....	39
acti-lance .....	136, 151
ACTI-LANCE .....	136, 151
acti-lance lite.....	151
acti-lance univers.....	151
ACTI-LANCE UNIVERS .....	151
ACTIMMUNE.....	62
ACTIQ .....	22
ACTIVE FE .....	109
ACTIVELLA.....	123
ACTIVNUTRIENTS.....	200
ACTONEL .....	194
ACTOPLUS MET .....	50
ACTOS .....	50
ACULAR.....	101
acyclovir .....	69, 70, 71
ACZONE.....	175
ADACEL TDAP .....	74
ADALIMUMAB-ADAZ .....	54
ADALIMUMAB-ADBM .....	54
adapalene.....	175, 184, 185
ADAPALENE .....	185
adapalene/benzoyl peroxide.....	175
ADBRY.....	195
ADDYI .....	170
adefovir .....	70
ADEK GUMMIES .....	200
ADEMPAS .....	79
ADIPEX-P.....	62
ADJUSTABLE LANCING DEVICE .....	129
ADLARITY.....	71
ADLYXIN.....	48
ADRENALIN CHLORIDE .....	100
adthyza .....	186
ADULT 50 PLUS EYE HEALTH.....	197
ADULT MULTI.....	200
ADULT ONE DAILY.....	200
ADULTS' DAILY FORMULA.....	200
ADULTS MULTIVITAMIN .....	200
ADVAIR DISKUS.....	31
ADVAIR HFA.....	31
ADVANCED .....	129, 136, 151, 197, 200, 204, 210
ADVANCED LANCING DEVICE .....	129
ADVANCED MULTI EA.....	200
ADVANCED TRAVEL LANCETS.....	151
ADVOCATE.....	129, 136, 152, 177
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
ARNUIITY 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.....	111, 112, 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	benzepro .....	178
AZULFIDINE .....	118	BENZEPRO.....	178
<b>B</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
BARACLUDGE.....	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	<b>C</b>	
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
breyana.....	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, 130, 135, 137, 139, 140, 141, 152, 154, 155, 156, 158, 159, 177	
CLEVER .....	130, 137, 152, 158	COMFORT PAC-IBUPROFEN.....	27
CLEVER CHEK LANCETS.....	152	COMFORT PAC-MELOXICAM.....	27
CLEVER CHOICE.....	158	COMFORT PAC-NAPROXEN.....	27
CLEVER CHOICE CONTROL SOLUTION .....	130	COMFORTSEAL .....	158
CLIMARA.....	123	COMIRNATY.....	73
clindacin.....	41	COMPACT SPACE CHAMBER.....	158
CLINDACIN .....	41	COMPAZINE.....	116
clindamycin.....	37, 40, 41, 42, 175, 176	COMPLEX B-50 .....	218
CLINDESSE.....	40	complex b-100 .....	217
CLINPRO 5000 .....	105, 109	COMPLEX B-100.....	217
clobazam.....	89	COMTAN.....	64
clobetasol.....	180, 181, 183	CONCEPT .....	202
CLOBEX .....	181	CONFORMANT 2 .....	150
clocortolone.....	181	CONSENSI.....	77
clodan .....	181	CONTACT DETACH INFUSION SET .....	130
CLODAN .....	181	CONTOUR.....	130
CLODERM.....	181	CONTRAVE.....	63
clomiphene .....	126	CONTROL SOLUTION .....	129, 130, 131, 132, 134, 135, 136
clomipramine.....	167	COOL CONTROL SOLUTION .....	130
clonazepam.....	89	COPAXONE .....	88
clonidine.....	83, 169	COPIKTRA .....	58
clopidogrel .....	65	CORDRAN.....	181
clorazepate.....	165	COREG .....	81
clotrimazole.....	45, 46	CORGARD.....	83
clozapine.....	170	CORNWALL SYRINGE TIP CONNECTOR.....	145
CLOZARIL.....	170	CORTANE-B.....	101
COAGUCHEK.....	137, 152	CORTEF .....	124
COARTEM.....	53	CORTENEMA.....	121
COCAINE.....	100	cortisone.....	124
codeine.....	21, 22, 24, 94, 95	CORTISPORIN.....	33, 41
CODITUSSIN AC .....	95	CORVITE.....	109, 202
CODITUSSIN DAC.....	95	CORVITE 150 .....	109
cod liver oil.....	215, 225, 229, 230, 231, 233	CORVITE FE.....	109
COLAZAL .....	118	COTELLIC .....	57
colchicine .....	26, 29	COTEMPLA .....	169
COLCHICINE.....	26	CREON.....	120
colesevelam.....	86	CRESEMBA .....	45
COLESTID.....	86	CRINONE.....	126, 127
colestipol .....	86	cromolyn .....	26, 32, 102
COLOR.....	137, 152	crotamiton.....	64
COLOR LANCETS.....	152	CRRT TRISODIUM CITRATE.....	43
COMBIGAN.....	103	CULTURELLE.....	202, 212
COMBIPATCH .....	123	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	<b>D</b>	
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	DEMSEK .....	83
CYFOLEX .....	229	DENAVIR.....	71
cyproheptadine.....	47	DENGVAXIA.....	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
dialyvit.....	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	drosipir/eth estra/levomefol.....	93
didanosine.....	67	DROXIA.....	76
diethylpropion.....	63		

## Índice de medicamentos

droxidopa.....	72	EFFIENT.....	65
drug mart glucose.....	107	EFUDEX.....	62
DUAVEE.....	124	EGRIFTA.....	125
DUETACT.....	50	eldertonic.....	199
DUET DHA.....	160	ELDERTONIC LIQUID.....	199
DUEXIS.....	27	ELEMENT COMPACT.....	131
DULERA.....	31	ELEMENT CONTROL.....	131
duloxetine.....	167	ELEPSIA.....	90
DUOBRIL.....	176	eletriptan hydrobromide.....	15, 19
DUOPA.....	64	ELFOLATE.....	218
DUPIXENT.....	127	ELIMITE.....	64
dutasteride.....	196	ELIQUIS.....	43
DXEVO.....	124	ELIXOPHYLLIN.....	33
DYAZIDE.....	99	ELLA.....	93
DYMISTA.....	100	ELMIRON.....	25
DYRENIUM.....	99	ELON.....	203
<b>E</b>		EMBRACE.....	131, 137, 153
EAR HEALTH PLUS.....	198	EMBRACE EVO LEVEL I.....	131
ear health plus caplet.....	198	EMBRACE GLUC CONTROL SOLN.....	131
EASIVENT.....	158	EMBRACE LANCING DEVICE.....	131
EASY.....	131, 137, 142, 145, 146, 152, 153, 177	EMBRACE PRO.....	131
EASY COMFORT ALCOHOL PAD.....	177	EMBRACE TALK CONTROL.....	131
EASY COMFORT LANCETS.....	152	EMCYT.....	62
EASY GLIDE CATHETER.....	145	EMEND.....	116
EASY GLIDE LUER.....	145	EMERGEN-C.....	212, 226
EASYGLUCO PLUS.....	131	EMERGEN-C KIDZ.....	212
EASYMAX I5.....	131	EMGALITY.....	15, 19, 89
EASYMAX NORMAL.....	131	EMGALITY PEN.....	19
EASY MINI EJECT.....	131	EMPAVELI.....	75
EASY PLUS II.....	131	EMSAM.....	165
EASYPOINT.....	142	emtricitabine.....	66, 67
EASY STEP.....	131	emtricitabine-tenofv.....	66
EASY TALK.....	131	EMTRIVA.....	67
EASY TOUCH.....	131, 142, 145, 146, 152, 153, 177	EMVERM.....	53
EASY TOUCH FLIPLOCK.....	142, 145	enalapril.....	80, 82
EASY TRAK.....	131	enalapril/hydrochlorothiazide.....	80
EASY TWIST CAP LANCETS.....	153	ENBRACE.....	203
ECLIPSE SYRINGE.....	146	ENBREL.....	54, 55
EC-NAPROSYN.....	27	ENDARI.....	76
econazole.....	46	ENDO-AVITENE.....	76
EDECRIN.....	99	ENDOMETRIN.....	127
EDEX.....	188	ENDUR-AMIDE.....	210
EDLUAR.....	173	ENDUR-THINE.....	210
EDURANT.....	67	ENDUR-VM.....	203
E.E.S. 200.....	37, 38	ENFAMIL.....	108
efavirenz.....	67, 68, 69	ENGERIX-B.....	75
effer-k.....	114	ENLITE SERTER.....	131
EFFER-K.....	114	ENLYTE.....	198
		enoxaparin.....	43

## Índice de medicamentos

ENSPRYNG .....	128	ESTRACE .....	123
ENSTILAR.....	184	estradiol.....	93, 94, 123, 126
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
eql slow release iron.....	110	EVOTAZ.....	68
eql 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/caffeine .....	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

## Índice de medicamentos

E-Z-PASTE.....	97	FEXMID.....	159
EZ SMART LANCETS.....	153	FIBRICOR.....	86
<b>F</b>		FIFTY50.....	137, 153
FA-8.....	198	fifty50 alcohol prep pads.....	177
FABHALTA.....	75	FIFTY50 SAFETY SEAL LANCETS.....	153
FACTIVE.....	39	FILSUVEZ.....	195
famciclovir.....	69	FILTER.....	142, 146, 148
famotidine.....	27, 118, 119	FILTER ASPIRATOR.....	142
fa/mv,ca,iron,min/lycopene/lut.....	203	FINACEA.....	179
FANAPT.....	170	finasteride.....	196
FARESTON.....	62	FINE.....	137, 143, 153
FARXIGA.....	51	FINE 30 UNIVERSAL LANCETS.....	153
FARYDAK.....	55	FINGER GRIP.....	146
FASENRA.....	32	FINGERSTIX.....	137, 153
FATIGUE RELIEF COMPLEX.....	203	ingolimod.....	88
febuxostat.....	26	FIORICET.....	15, 19, 24
felbamate.....	90	FIORINAL.....	15
FELBATOL.....	90	FIRDAPSE.....	89
FELDENE.....	28	FIRST-MOUTHWASH BLM.....	189, 191
felodipine.....	77	FLAGYL.....	35
FEMARA.....	57	flavoxate.....	196
fenofibrate.....	86	flecainide.....	77
fenofibric.....	86	FLECTOR.....	175
FENOGLIDE.....	86	FLEVOXIN.....	226
fenoprofen.....	28	FLEXICHAMBER.....	158
FENORTHO.....	21	FLINTSTONES.....	212, 213
fentanyl.....	22	FLOGEN.....	198
feosol.....	110	FLOLIPID.....	85
FEOSOL.....	110	FLOMAX.....	196
FERAHEME.....	110	FLORIVA.....	105, 213
FERGON.....	110	FLOVENT.....	32
FER-IN-SOL.....	110	FLOW-EZE.....	142
FERIVA 2I-7.....	110	FLUAD.....	74
FERIVA FA.....	110	FLUAD QUAD.....	74
FERRACTIV IRON.....	110	FLUARIX QUAD.....	74
FERRALET.....	110	FLUBLOK QUAD.....	74
FERRETT'S IPS.....	110	FLUCELVAX QUAD.....	74
FERRIMIN.....	110	fluconazole.....	45
FERRIPROX.....	192	flucytosine.....	45
FERRLECIT.....	110	fludrocortisone.....	125
FERRO-SEQUELS.....	110	FLULAVAL QUAD.....	74
ferrous fumarate.....	110, 111	FLUMADINE.....	69
FERROUS FUMARATE.....	110	FLUMIST QUAD.....	74
ferrous fum/vit c/b12-if/folic.....	110	flunisolide.....	100
ferrous gluconate.....	110, 205, 206	fluocinolone.....	101, 181, 183
ferrous sulfate.....	110	fluocinonide.....	182
ferumoxytol.....	110	fluorescein.....	96, 102
fesoterodine.....	196	FLUORESCHEIN-BENOXINATE.....	102
FETZIMA.....	167	fluoride.....	105, 106, 109, 114, 214



## Índice de medicamentos

FLUORIDEX.....	105, 109	FORTAMET .....	49
fluorometholone.....	101	FORTAVIT .....	203
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	fosfomycin tromethamine.....	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	<b>G</b>	
FOLINIC-PLUS .....	218	gabapentin .....	89, 90
FOLITE.....	199	GABITRIL .....	90
FOLIXAPURE.....	229, 230	GALAFOLD.....	192
FOLLISTIM AQ.....	126	galantamine.....	71
FOLTRATE .....	222	GALZIN.....	192
FOLTX .....	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
		GEIOO.....	132

## Índice de medicamentos

GELCLAIR.....	189	glycopyrrolate .....	115
GELFILM.....	102, 193	GLYNASE.....	50
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	<b>H</b>	
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		

## Índice de medicamentos

HEARTBURN ACID REFLUX.....	204	hydrocortisone/acetic acid.....	101
HEMA-COMBISTIX.....	98	hydrocort-pramoxine.....	121, 184
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	<b>I</b>	
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

## Índice de medicamentos

indapamide.....	100	IPOLE.....	73
INDICLOR.....	97	ipratropium.....	29, 30, 100
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
INSPRA.....	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	<b>J</b>	
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		

## Índice de medicamentos

JANUVIA.....	49	kpn tablet.....	161
JARDIANCE.....	51	KRINTAFEL.....	53
JATENZO.....	122	KRISTALOSE.....	119
JOENJA.....	187	croger 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	<b>L</b>	
JYNNEOS.....	75	labetalol.....	81
<b>K</b>		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	LASTACFT.....	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

## Índice de medicamentos

levalbuterol .....	30	l-mefol/a-cyst/mebl2/algal oil .....	219
LEVBID .....	117	lmefolate/b3/copp/zr/sel/chrom .....	204
LEVER LOCK CANNULA .....	147	L-METHYLFOL .....	219
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**

## Índice de medicamentos

MACROBID .....	38	MENACTRA .....	73
MACRODANTIN.....	38	MENOPUR.....	126
MACULAR BENEFITS .....	197	MENOSTAR.....	123
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	mercaptapurine.....	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	methyl dopa.....	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

## Índice de medicamentos

metoclopramide .....	119	M-M-R II VACCINE .....	74
metolazone.....	100	MOBIC .....	28
METOPIRONE.....	97	MOBILE.....	138
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		



## Índice de medicamentos

MURI-LUBE.....	193	NAYZILAM.....	89
MUSE.....	188	nebivolol.....	83
mv.....	III, II2, II3, 200, 203, 206, 207	NEBUPENT.....	54
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
<b>N</b>		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

## Índice de medicamentos

nilutamide.....	56	NUCORT.....	183
nimodipine.....	78	NUEDEXTA.....	87
NINJACOF-XG.....	96	NUFERA.....	112
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	<b>O</b>	
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/hctiazid.....	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

## Índice de medicamentos

OMNIVEX .....	206	OTEZLA .....	26
OMVOH.....	127	OTIPRIO.....	33
ON CALL.....	134, 139, 154	OTOVEL .....	33
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	<b>P</b>	
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 L.....	188
ORAVIG.....	45	PARADIGM.....	134, 148, 157
ORENITRAM.....	79	paregoric.....	115
ORFADIN.....	191	PAREMYD .....	104
ORGOVYX .....	58	paricalcitol.....	190
ORIAHNN .....	125	PARLODEL .....	65
ORILISSA .....	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

## Índice de medicamentos

pedia poly-vite iron .....	214	phenoxybenzamine.....	72
PEDIARIX.....	75	phentermine .....	62, 63
PEDIATRIC MASK .....	158	phenylephrine.....	47, 94, 103
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	pnv81 .....	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

## Índice de medicamentos

posaconazole dr .....	45	PRESTALIA.....	80
POTABA.....	219	PRETOMANID.....	36
potassium bicarbonate/cit ac.....	114	PREVENT.....	216
potassium chloride.....	114	PREVIDENT.....	105, 106, 109
potassium citrate.....	114	PREVNAR 13.....	74
potassium iodide.....	109, 184	PREVNAR 20.....	74
potassium iodide/iodine.....	109	PREVYMIS.....	69
pramipexole.....	65	PREZISTA.....	66
PRAMOSONE.....	184	PRIFTIN.....	36
PRANDIN.....	50	PRIMACARE.....	163
prasugrel.....	65	primaquine.....	53
pravastatin.....	85	PRIMAQUINE.....	53
praziquantel.....	53	PRIMEAIRE.....	158
prazosin.....	81	primidone.....	91
PR BENZOYL PEROXIDE.....	178	PRIMSOL.....	36
PRECISIONGLIDE.....	142, 148, 149	PRIORIX.....	75
PRECISION XTRA.....	96, 134	PRISMASOL.....	114
PRECOSE.....	49	probenecid.....	29
PRED FORTE.....	102	PROCARDIA.....	78
PRED-G.....	33	PROCARE SPACER.....	158
prednicarbate.....	181, 183	PROCERV HP.....	208
prednisolone.....	34, 102, 124	PROCHAMBER.....	158
PREDNISOLONE.....	33, 34, 102	prochlorperazine.....	116
PREDNISOLONE ACET-GATIFLO-BROM.....	34	PRO COMFORT.....	139, 154, 158, 177
PREDNISOLONE ACET-GATIFLOXACIN.....	33	PROCORT.....	121
PREDNISOLONE ACET-MOXIFLOXACIN.....	33	PROCTOCORT.....	121
PREDNISOLONE AC-MOXIFLOX-BROMF.....	34	PRODIGY.....	134, 139, 148, 154
PREDNISOLONE AC-MOXIFLOX-NEPAF.....	34	PRODIGY COUNT-A-DOSE.....	148
PREDNISOLONE PHOS-GATIFLO-BROM.....	34	PRO FE.....	113
PREDNISOLONE PHOS-GATIFLOXACIN.....	33	PROFERRIN.....	113
PREDNISOLONE PHOS-MOXIFLO-BROM.....	34	PROFOLA.....	208
PREDNISOLONE PHOS-MOXIFLOXACIN.....	33	progesterone.....	126
prednisone.....	124	PROGLYCEM.....	107
preferred plus glucose.....	107	PROGRAF.....	128, 129
PREFEST.....	123	prolate.....	22
pregabalin.....	91, 195	PROMACTA.....	92
PREGNYL.....	127	promethazine.....	48, 94, 95, 116
PREHEVBRIO.....	75	PROMETRIUM.....	126
PREMARIN.....	126	propafenone.....	77
PRENATA.....	161	proparacaine.....	102
prenatal.....	160, 161, 162, 163, 164	propranolol.....	83, 84
PRENATAL.....	160, 161, 162, 163, 164, 200, 203	propylthiouracil.....	186
prenatal71.....	163	PROQUAD.....	75
PRENATE.....	163, 208	PRORENAL.....	208, 219
PREPIDIL.....	125	PROSCAR.....	196
PRESERVISION.....	197	PROSTIN E2.....	125
PRESSURE.....	103, 104, 139, 154	PROTECT.....	106, 113, 208, 219
PRESSURE ACTIVATED LANCETS.....	154	PROTECT IRON.....	113, 208
		PROTHELIAL.....	189

## Índice de medicamentos

PROTOPIC .....	128	231, 234
protriptyline .....	168	ra alcohol swabs .....
PROVERA.....	93, 126	ra balanced.....
PROVIDA OB.....	163	rabeprazole .....
PROVOCHOLINE.....	96	RADICAVA ORS.....
pseudoephed/codeine/guaifen .....	95	RADIOGARDASE .....
PSV SET .....	157	ra glucose.....
pub glucose.....	107	RAGWITEK .....
PULMOZYME.....	187	ra high potency iron .....
PURE .....	139, 154, 158, 177	RA HIGH POTENCY IRON.....
PURE COMFORT .....	154, 158, 177	ra iron.....
PUREFE .....	208	ra isopropyl alcohol 70%.....
PURIXAN .....	57	RA ISOPROPYL ALCOHOL 70% WIPES .....
PUSH.....	139, 154	ra isopropyl alcohol 91%.....
PUSH BUTTON .....	154	raloxifene.....
pyrazinamide.....	36	ramelteon.....
pyridostigmine.....	71	RA MEN'S.....
PYRIDOSTIGMINE .....	71	ramipril.....
pyridoxine.....	204, 224, 225	RA NIACIN .....
PYRIDOXINE.....	224	ranitidine.....
pyrimethamine.....	53	ranolazine .....
PYRUKYND .....	76	ra one daily prenatal dha pack .....
<b>Q</b>		RAPAMUNE.....
qc.....	163, 177, 193, 230	RAPID B-12 ENERGY .....
qc alcohol 70% swabs.....	177	ra prenatal tablet.....
qc prenatal tablet .....	163	rasagiline .....
QSYMIA.....	63	RASUVO.....
Q-SYTE.....	157	RAVICTI .....
QUADRACEL DTAP-IPV .....	75	ra vit .....
QUALAQUIN.....	53	RA VIT .....
QUDEXY .....	91	ra vitamin.....
QUELBREE .....	170	ra vitamin a.....
QUERCETIN .....	198	RA VITAMIN C .....
QUESTRAN .....	86	RAYALDEE .....
quetiapine.....	170, 171	RAYA SURE .....
QUFLORA.....	215	RAYOS.....
QUICK RELEASE SOFT TEFLON .....	134	RAZADYNE.....
quinapril.....	80, 82	READI-CAT 2 .....
quinapril/hydrochlorothiazide.....	80	READYLANCE .....
QUIN B STRONG .....	219	REBIF.....
QUINCE SPINAL .....	143	RECOMBIVAX HB.....
quinidine .....	77	RECOTHROM.....
quinine.....	53	RECTIV.....
QUINTABS.....	208	REFUAH .....
QULIPTA.....	20	REGLAN .....
QUVIVIQ .....	174	REGRANEX.....
QVAR REDHALER.....	32	REGULAR BEVEL .....
<b>R</b>		RELAFEN.....
ral07, 113, 163, 177, 193, 199, 208, 209, 211, 216, 219, 223, 225, 226,		RELAGARD.....

## Índice de medicamentos

RELENZA .....	69	ringer's solution .....	174
RELEXXII .....	170	RINVOQ .....	27
RELIAMED .....	134, 139, 154, 155	RIOMET .....	49
RELION .....	108, 139, 155, 177	risedronate .....	194
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	<b>S</b>	
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		

## Índice de medicamentos

SALAGEN .....	73	SIMBRINZA .....	103
SALIVAMAX .....	190	SIMILAC PRENATAL .....	163
salsalate.....	26	SIMPONI .....	55
SANCUSO .....	116	simvastatin.....	84, 85
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	
SEGLUOMET .....	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



## Índice de medicamentos

sod,pot chlor/mag/sod,pot phos .....	174	STEGLATRO .....	51
sod sulface-sulf .....	42	STELARA .....	127
sod sulface-sulfur .....	42	STENDRA .....	189
sod sulfacetam 10% clnsng gel .....	176	STERILANCE .....	139, 155
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 quintis .....	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

## Índice de medicamentos

SURESITE.....	150	SYRINGE BULK .....	148
SURE-T .....	157	SYRINGE CATHETER .....	148
SURE-TEST EASYPLUS.....	135	SYRINGE FILTER.....	148
SURE-TOUCH.....	155	SYRINGE SLIP TIP .....	149
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	<b>T</b>	
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	TAGRISSO.....	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
		TEGADERM.....	150, 151

## Índice de medicamentos

TEGLUTIK .....	87	THEREMS-H.....	209
TEGRETOL .....	91	thiamine.....	221
TEGSEDI .....	190	THIAMINE.....	221
TEKURNA HCT .....	84	THIN .....	97, 137, 138, 139, 140, 143, 151, 153, 154, 155, 156
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

## Índice de medicamentos

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

## U

## Índice de medicamentos

UBRELVY .....	20	ursodiol.....	117, 118
UCERIS .....	121, 125	UTIBRON.....	31
UDAMIN SP .....	209	<b>V</b>	
ULESFIA .....	64	valacyclovir .....	69
ULTANE.....	25	VALCHLOR.....	62
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
UROCID-K .....	114	VERIFINE.....	141
UROQID-ACID .....	114	VERQUVO.....	78
URSO .....	117	VERSACLOZ.....	171
		VERTIGOHEEL.....	191

## Índice de medicamentos

VERZENIO.....	61	VITAMIN D3-ALOE.....	210
VEVYE.....	105	vitamin e.....	233, 234, 235
VFEND.....	46	VITAMIN E.....	233, 234, 235
V-GO.....	136	VITAMIN K.....	235
VIAGRA.....	189	VITAMIN K2.....	235
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	mits 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
		VUMERITY.....	89
		VYLEESI.....	170
		VYNDAMAX.....	192
		VYNDAQEL.....	192

## Índice de medicamentos

VYVANSE.....	168	XYOSTED .....	122
VYZULTA.....	104	XYREM .....	173
<b>W</b>		XYWAV.....	173
WAKIX .....	92	XYZBAC.....	210
water .....	174	<b>Y</b>	
WAVESENSE .....	136	YALE.....	143
WEBCOL .....	178	YAZ.....	93
WEGOVI.....	63	YUPELRI.....	29
WELIREG .....	61	<b>Z</b>	
WELLESSE.....	210	zafirlukast.....	32
WEST-VITE.....	221	zaleplon.....	174
WHEAT GERM .....	235	ZANAFLEX.....	160
WINDOW BANDAGES.....	151	ZARONTIN .....	92
WOMEN 50 PLUS MULTIVIT ADVANCE.....	210	ZCORT .....	125
WOMEN'S 50.....	200, 207, 208, 210	ZEJULA.....	61
women's daily .....	210	ZELBORAF.....	57
WOMEN'S DAILY .....	210	ZELDANA .....	221
WOMENS DAILY GUMMIES .....	210	ZEMBRACE SYMTOUCH .....	20
WOMEN'S MULTIVITAMIN .....	207, 210	ZEMPLAR .....	190
WOMEN'S PRENATAL PLUS DHA.....	164	ZENPEP.....	120
WYNZORA.....	184	zenzedi.....	72
<b>X</b>		ZENZEDI.....	72
XACIATO .....	41	ZEPATIER.....	70
XALKORI .....	61	ZEPBOUND .....	63
XAQUIL.....	199	ZEPOSIA .....	89
XARELTO .....	43	ZESTORETIC.....	80
XCELLENT.....	228, 235	ZESTRIL .....	82
XCELLENT C.....	228	ZIAC .....	84
XCOPRI .....	92	ZIAGEN.....	67
XDEMVY .....	63	ZIANA .....	176
XELJANZ.....	27	zidovudine .....	66, 67
XELODA .....	57	ZIEXTENZO.....	92
XENICAL .....	63	zileuton .....	29
XENLETA.....	38	zinc oxide.....	178
XENON XE-133.....	97	ZINC OXIDE PASTE .....	178
XEPI .....	42	ZINC PLUS.....	228
XERMELO .....	115	ziprasidone.....	170, 171
XHANCE.....	100	ZIRGAN.....	69
XIFAXAN .....	39	ZITHROMAX.....	38
XIGDUO.....	51	ZODRYL AC .....	95
XIIDRA .....	105	ZODRYL DAC .....	94
XOFLUZA .....	70	ZODRYL DEC.....	95
XOLAIR.....	32	ZOKINVY .....	187
XOPENEX.....	30	ZOLINZA .....	55
XOSPATA .....	61	zolmitriptan .....	20
XTANDI.....	56	zolpidem.....	174
XURIDEN.....	108	ZOMIG.....	20
XVITE.....	221	ZONALON .....	176

## Índice de medicamentos

zonisamide.....	92	ZUBSOLV.....	195
ZONTIVITY.....	65	ZUPLENZ.....	116
ZOO FRIENDS.....	215	ZURZUVAE.....	165
ZORBTIVE.....	125	ZYDELIG.....	61
ZORTRESS.....	129	ZYFLO.....	29
ZORYVE.....	176, 179, 271	ZYKADIA.....	61
ZOVIRAX.....	70, 71	ZYLOPRIM.....	26
ZTALMY.....	172	ZYMAXID.....	35
ZTLIDO.....	25	ZYPITAMAG.....	85
		ZYPREXA.....	171
		ZYVANA.....	210
		ZYVIT.....	210
		ZYVOX.....	38



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](mailto: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](mailto: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 تماس بگیرید (شماره تلفن ویژه ناشنوايان: شماره 711 را شماره‌گیری کنید).