



# Lista de medicamentos con receta National Preferred de 5 niveles con medicamentos de especialidad de Cigna Healthcare

Cobertura a partir del 1 de julio de 2024

## Para el estado de California

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

Consulte su Lista de medicamentos en línea: [Cigna.com/druglist](https://Cigna.com/druglist)

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

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

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

Ofrecido por: Cigna Health and Life Insurance Company, Connecticut General Life Insurance Company o sus afiliadas.  
975746SP c CA NPF 5-Tier Specialty 03/24 © 2024 Cigna Healthcare.





¿Qué encontrará adentro?	Página
Información sobre esta Lista de medicamentos	3
· Preguntas frecuentes	3
· Palabras que quizás necesite conocer	10
· Acerca de esta Lista de medicamentos	12
· Cómo leer esta Lista de medicamentos	12
· Cómo encontrar su medicamento	15
Lista de medicamentos con receta	18
Exclusiones y limitaciones de la cobertura	235
Índice de medicamentos	236

### 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 5 Tier Specialty** (National Preferred de 5 niveles con medicamentos de especialidad) 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 nombre, es posible que necesite aprobación según el rango de edad cubierto para el medicamento.

# Información sobre esta Lista de medicamentos

## Preguntas frecuentes (cont.)

### 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 [cignaforhpc.com](http://cignaforhpc.com).

Cigna Healthcare revisará la información que nos envíe su médico para asegurarse de que su

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

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

- **Para las solicitudes no urgentes**, Cigna Healthcare les informará la decisión a usted y a su médico dentro de las 72 horas. Si se aprueba, la cobertura se proporcionará hasta que se extinga la receta (incluidas las renovaciones).
- **Para las solicitudes urgentes basadas en circunstancias apremiantes**, Cigna Healthcare les informará la decisión a usted y a su médico dentro de las 24 horas. Si se aprueba, la cobertura se proporcionará mientras duren las circunstancias apremiantes. Si Cigna Healthcare no responde a una solicitud de excepción a la autorización previa completada dentro de las 72 horas de recibir una solicitud no urgente y de las 24 horas de recibir una solicitud urgente basada en circunstancias apremiantes, la solicitud se considerará aprobada y su plan no podrá negarse a cubrir el medicamento. Además, si ya recibió la aprobación de Cigna Healthcare para que su plan cubra su medicamento, Cigna Healthcare no puede limitar ni excluir la cobertura para ese medicamento si su médico se lo sigue recetando para tratar su condición (siempre y cuando el medicamento se recete adecuadamente y sea seguro y eficaz para tratar su condición).

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

R. Si su médico considera que su medicamento es necesario para su tratamiento y que una alternativa no es adecuada para usted, su médico podrá pedirle a Cigna Healthcare que evalúe la posibilidad de



## Información sobre esta Lista de medicamentos

### Preguntas frecuentes (cont.)

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. 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.

- **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.

## Información sobre esta Lista de medicamentos

### Preguntas frecuentes (cont.)

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

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

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

**R.** Cuando su farmacéutico trate de despacharle la receta, verá que el medicamento necesita la aprobación previa de Cigna Healthcare. Como usted no obtuvo la aprobación de antemano, su plan no cubrirá el costo de su medicamento. Debería pedirle a su médico que se comunice 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 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.

## Información sobre esta Lista de medicamentos

### Preguntas frecuentes (cont.)

**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. ¿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.

## Información sobre esta Lista de medicamentos

### Preguntas frecuentes (cont.)

#### 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](https://www.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
- Lleve el control de sus medicamentos en línea y haga un seguimiento de sus pedidos

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

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

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

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

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

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

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



## Información sobre esta Lista de medicamentos

### Preguntas frecuentes (cont.)

#### P. ¿Cómo despacho mi receta?

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

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

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

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

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

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

R. Puede usar las herramientas y recursos en línea que encontrará en la **aplicación myCigna** o en [myCigna.com](https://www.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, del Nivel 4 y del Nivel 5.
2. **Inicie sesión en la aplicación myCigna o en [myCigna.com](https://www.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.

## Información sobre esta Lista de medicamentos

### Preguntas frecuentes *(cont.)*

- **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).
- **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).

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

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

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

### Palabras que quizás necesite conocer

- **Medicamento de marca:** Un medicamento que se comercializa con un nombre exclusivo, protegido por una marca. En este Formulario, los medicamentos de marca están escritos en MAYÚSCULA.
- **Coseguro:** Un porcentaje del costo de un beneficio de cuidado de la salud cubierto que usted paga después de haber pagado el deducible, si se aplica un deducible al beneficio de cuidado de la salud.
- **Copago:** Una cantidad fija en dólares que usted paga por un beneficio de cuidado de la salud cubierto después de haber pagado el deducible, si se aplica un deducible al beneficio de cuidado de la salud.
- **Deducible:** La cantidad que usted paga por beneficios de cuidado de la salud cubiertos que están sujetos al deducible antes de que su aseguradora de salud empiece a pagar. Si su póliza de seguro de salud tiene un deducible, puede tener un solo deducible o deducibles separados para beneficios médicos y beneficios

## Información sobre esta Lista de medicamentos

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

de medicamentos con receta. Una vez que pague su deducible, por lo general pagará solo un copago o coseguro por los beneficios de cuidado de la salud cubiertos. Su compañía de seguros paga el resto.

- **Nivel de medicamentos:** Un grupo de medicamentos con receta que corresponde a un nivel específico de costo compartido en su póliza de seguro de salud. El nivel de medicamentos en el cual se incluye un medicamento con receta determina la parte del costo del medicamento que usted debe pagar.
- **Solicitud de excepción:** Una solicitud de cobertura de un medicamento no incluido en el Formulario. Si usted, la persona que usted designe o el proveedor de cuidado de la salud que le emite recetas presentan una solicitud de cobertura de un medicamento no incluido en el Formulario, su aseguradora debe cubrir el medicamento no incluido en el Formulario cuando sea médicamente necesario que usted tome el medicamento.
- **Circunstancias apremiantes:** Cuando usted sufre una condición médica que puede poner en grave peligro su vida, su salud o su capacidad para recuperar su funcionamiento pleno, o cuando usted se está realizando un tratamiento con un medicamento no incluido en el Formulario.
- **Formulario o Lista de medicamentos con receta:** La lista de medicamentos cubiertos por su póliza de seguro de salud en virtud del beneficio de medicamentos con receta de la póliza.
- **Medicamento genérico:** Un medicamento que es igual a su equivalente de marca en términos de dosis, concentración, efecto, forma de tomarse, calidad, seguridad y uso previsto. En este Formulario, los medicamentos genéricos están escritos en *minúscula cursiva*.
- **Médicamente necesarios:** Los beneficios de cuidado de la salud necesarios para diagnosticar, tratar o prevenir una condición médica o sus síntomas, y que cumplen con los estándares aceptados de la medicina. Por lo general, los seguros de salud no cubren los beneficios de cuidado de la salud que no son médicamente necesarios.
- **Medicamento no incluido en el Formulario:** Un medicamento con receta que no aparece en este Formulario.
- **Costos de desembolso:** Sus gastos por beneficios de cuidado de la salud que su seguro de salud no reembolsa. Los costos de desembolso incluyen los deducibles, los copagos y el coseguro por los beneficios de cuidado de la salud cubiertos, además de todos los costos correspondientes a beneficios de cuidado de la salud que no están cubiertos.
- **Proveedor que emite recetas:** Un proveedor de cuidado de la salud que puede emitir una receta para un medicamento con el fin de diagnosticar, tratar o prevenir una condición médica.
- **Receta:** Una orden oral, escrita o electrónica de un proveedor que emite recetas en la que autoriza el suministro de un medicamento con receta a una persona específica.
- **Medicamento con receta:** Un medicamento que, según lo establecido por la ley, requiere una receta.
- **Autorización previa:** La decisión de su aseguradora de salud de que un beneficio de cuidado de la salud es médicamente necesario para usted. Si un medicamento con receta está sujeto al requisito de autorización previa en este Formulario, el proveedor que le emite recetas deberá solicitar la aprobación de su aseguradora de salud para cubrir el medicamento antes de que usted despache su medicamento con receta. Su aseguradora de salud debe otorgar una solicitud de autorización previa cuando sea médicamente necesario que usted tome el medicamento.
- **Tratamiento escalonado:** Una secuencia específica en la que deben probarse los medicamentos con receta para una condición médica en particular. Si un medicamento está sujeto al requisito de tratamiento escalonado en este Formulario, es posible que deba probar uno o más medicamentos antes de que su póliza de seguro de salud cubra ese medicamento para su condición médica. Si el proveedor que le emite recetas presenta una solicitud de excepción al requisito de tratamiento escalonado, su aseguradora de salud debe otorgar la solicitud cuando sea médicamente necesario que usted tome el medicamento.

## Información sobre esta Lista de medicamentos

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

- **Límites a la cantidad:** Para algunos medicamentos, su plan cubre solamente hasta una determinada cantidad y durante un plazo determinado. Por ejemplo, 30 mg por día durante 30 días. Los límites a la cantidad ayudan a garantizar que usted esté recibiendo cobertura para el medicamento correcto, en la cantidad correcta y para la situación correcta. Su plan solamente cubrirá una cantidad mayor si su médico solicita y recibe la aprobación de Cigna Healthcare.
- **Requisitos de edad:** Para determinados medicamentos, usted debe pertenecer a un rango de edad específico para que su plan los cubra. Esto se debe a que algunos medicamentos no se consideran clínicamente apropiados para personas que no están dentro de ese rango de edad.



## Información sobre esta Lista de medicamentos

### Acerca de esta Lista de medicamentos

Esta es una lista de los medicamentos que se recetan con mayor frecuencia y están cubiertos por la Lista de medicamentos con receta National Preferred de 5 niveles con medicamentos de especialidad de Cigna Healthcare, que entrará en vigor el 1 de julio de 2024. Los medicamentos están ordenados alfabéticamente (según el inglés) por sus nombres genéricos y de marca dentro de su categoría terapéutica y clase.

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

### Cómo leer esta Lista de medicamentos

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

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

### Niveles

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

<b>Nivel 1</b>	<b>Medicamentos genéricos.</b> Los medicamentos genéricos tienen la misma concentración y los mismos ingredientes activos que los medicamentos de marca, pero suelen costar mucho menos. <b>Estos medicamentos están cubiertos con el costo compartido más bajo de su plan.</b>	<b>\$</b>
<b>Nivel 2</b>	<b>Medicamentos de marca preferida.</b> Estos medicamentos generalmente tienen una alternativa genérica de menor costo.	<b>\$\$</b>
<b>Nivel 3</b>	<b>Medicamentos de marca no preferida.</b> Estos medicamentos generalmente tienen una alternativa genérica y/o de marca preferida.	<b>\$\$\$</b>
<b>Nivel 4</b>	<b>Medicamentos de especialidad preferidos.</b> Estos medicamentos generalmente cuestan menos que los medicamentos de especialidad no preferidos.	<b>\$\$\$\$</b>
<b>Nivel 5</b>	<b>Medicamentos de especialidad no preferidos. Estos medicamentos están cubiertos con el costo compartido más alto de su plan.</b> Los medicamentos de especialidad no preferidos generalmente tienen una alternativa preferida.	<b>\$\$\$\$\$</b>

\* 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 5 niveles con medicamentos de especialidad 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>Requisitos y límites de cobertura</b> le informa si su plan tiene requisitos adicionales antes de cubrir el medicamento.
<b>ANALGÉSICOS, COMB. DE NO SALICILATOS Y BARBITÚRICOS</b>			
<i>butalbital/acetaminophen</i>	T1		
<b>ANALGÉSICOS, COMB. DE SALICILATOS, BARBITÚRICOS Y XANTINAS</b>			
<i>butalb-aspirin-caffe 50-325-40</i>	T1	QL (6 tabs/day)	
<i>butalbital-asa-caffeine cap</i> (Fiorinal)	T1	QL (6 caps/day)	
FIORINAL ( <i>butalbital-aspirin-caffeine</i> )	T3	QL (6 caps/day)	
<b>ANALGÉSICOS, COMB. DE NO SALICILATOS, BARBITÚRICOS Y XANTINAS</b>			
<i>butalb/acetaminophen/caffeine</i>	T3		
<i>butalb/acetaminophen/caffeine</i> (Esgic)	T3	QL (6 caps/day)	
<i>butalb-acetamin-caff 50-300-40</i> (Fioricet)	T1	QL (6 caps/day)	
<i>butalb-acetamin-caff 50-325-40</i> (Esgic)	T1	QL (6 tabs/day)	
ESGIC 50-325-40 MG TABLET ( <i>butalbital-acetaminophen-caffe</i> )	T3	QL (6 tabs/day)	
ESGIC CAPSULE ( <i>zebutal</i> )	T3	QL (6 caps/day)	
FIORICET ( <i>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>			
AIMOVIG AUTOINJECTOR	T2	PA	
AJOVY AUTOINJECTOR	T2	PA	
AJOVY SYRINGE	T2	PA	
<i>almotriptan malate</i>	T1	QL (12 tabs/30 days)	
CAFERGOT ( <i>ergotamine-caffeine</i> )	T3	QL (40 tabs/28 days)	
<i>dihydroergotamine 1 mg/ml amp</i>	T1	QL (10 amps/30 days)	
<i>eletriptan hydrobromide</i>	T1	QL (6 tabs/30 days)	
EMGALITY PEN	T2	PA	
EMGALITY SYRINGE	T2	PA	
<i>ergotamine tartrate/caffeine</i>	T1		
<i>ergotamine tartrate/caffeine</i> (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 5 niveles con medicamentos de especialidad 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)	51-53
<b>Analgésicos</b> (Condiciones urinarias)	25	<b>Antiinfecciosos/Varios</b> (varios)	53
<b>Anestésicos</b> (varios)	25	<b>Antiinfecciosos/Varios</b> (condiciones cutáneas)	53
<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)	53, 54
<b>Anestésicos</b> (condiciones urinarias)	25	<b>Antineoplásicos</b> (cáncer)	54-61
<b>Antialérgicos</b> (alergia y rociadores nasales)	26	<b>Antineoplásicos</b> (condiciones cutáneas)	61
<b>Antiartríticos</b> (alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)	26-29	<b>Medicamentos contra la obesidad</b> (control del peso)	62
<b>Antiasmáticos</b> (asma/EPOC/condiciones respiratorias)	29-32	<b>Antiparasitarios</b> (condiciones oculares)	62
<b>Antibióticos</b> (medicamentos para los oídos)	32, 33	<b>Antiparasitarios</b> (infecciones)	63
<b>Antibióticos</b> (condiciones oculares)	33, 34	<b>Medicamentos antiparkinsonianos</b> (enfermedad de Parkinson)	63, 64
<b>Antibióticos</b> (infecciones)	34-40	<b>Medicamentos antiplaquetarios</b> (diluyentes de la sangre/anticoagulantes)	64, 65
<b>Antibióticos</b> (condiciones cutáneas)	40-42	<b>Antivíricos</b> (SIDA/VIH)	65-68
<b>Anticoagulantes</b> (diluyentes de la sangre/ anticoagulantes)	42, 43	<b>Antivíricos</b> (condiciones oculares)	68
<b>Antídotos</b> (condiciones gastrointestinales/pirosis)	43	<b>Antivíricos</b> (infecciones)	68, 69
<b>Antídotos</b> (abuso de sustancias)	44	<b>Antivíricos</b> (condiciones cutáneas)	69
<b>Antimicóticos</b> (condiciones oculares)	44	<b>Medicamentos para el sistema nervioso autónomo</b> (alergia/rociadores nasales)	70
<b>Antimicóticos</b> (productos femeninos)	44	<b>Medicamentos para el sistema nervioso autónomo</b> (enfermedad de Alzheimer)	70
<b>Antimicóticos</b> (infecciones)	44, 45	<b>Medicamentos para el sistema nervioso autónomo</b> (trastorno de déficit de atención e hiperactividad)	70, 71
<b>Antimicóticos</b> (condiciones cutáneas)	45, 46	<b>Medicamentos para el sistema nervioso autónomo</b> (medicamentos para la presión arterial/para el corazón)	71
<b>Antihistamínicos y descongestivos combinados</b> (alergia/rociadores nasales)	46	<b>Medicamentos para el sistema nervioso autónomo</b> (condiciones urinarias)	71
<b>Antihistamínicos</b> (alergia/rociadores nasales)	47	<b>Productos biológicos</b> (alergia/rociadores nasales)	72
<b>Antihistamínicos</b> (condiciones oculares)	47	<b>Productos biológicos</b> (medicamentos para la presión arterial/para el corazón)	72
<b>Antihiper glucémicos</b> (diabetes)	47-51	<b>Productos biológicos</b> (varios)	72
<b>Antiinfecciosos</b> (productos femeninos)	51	<b>Productos biológicos</b> (vacunas)	72-74
<b>Antiinfecciosos</b> (infecciones)	51	<b>Sangre</b> (modificadores de la sangre/trastornos hemorrágicos)	74, 75
<b>Antiinfecciosos/Varios</b> (productos femeninos)	51	<b>Sangre</b> (diluyentes de la sangre/ anticoagulantes)	75



## 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)	76-78	<b>Hormonas</b> (condiciones gastrointestinales/pirosis)	120
<b>Cardiovasculares</b> (asma/EPOC/condiciones respiratorias)	78, 79	<b>Hormonas</b> (agentes hormonales)	120-125
<b>Cardiovasculares</b> (medicamentos para la presión arterial/para el corazón)	79-83	<b>Hormonas</b> (infertilidad)	125, 126
<b>Cardiovasculares</b> (medicamentos para el colesterol)	83-85	<b>Hormonas</b> (varias)	126
<b>Medicamentos para el sistema nervioso central</b> (enfermedad de Alzheimer)	85, 86	<b>Hormonas</b> (productos para la osteoporosis)	126
<b>Medicamentos para el sistema nervioso central</b> (varios)	86	<b>Inmunosupresores</b> (alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)	126
<b>Medicamentos para el sistema nervioso central</b> (esclerosis múltiple)	86-88	<b>Inmunosupresores</b> (condiciones cutáneas)	126, 127
<b>Medicamentos para el sistema nervioso central</b> (alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)	88	<b>Inmunosupresores</b> (medicamentos para trasplante)	127, 128
<b>Medicamentos para el sistema nervioso central</b> (trastornos convulsivos)	88-91	<b>Dispositivos y suministros médicos varios, no farmacológicos</b> (diabetes)	128-149
<b>Medicamentos para el sistema nervioso central</b> (trastornos del sueño/sedantes)	91	<b>Dispositivos y suministros médicos varios, no farmacológicos</b> (varios)	149-158
<b>Factores estimulantes de colonias</b> (modificadores de la sangre/trastornos hemorrágicos)	91	<b>Relajantes musculares</b> (alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)	158, 159
<b>Anticonceptivos</b> (productos anticonceptivos)	92, 93	<b>Vitaminas prenatales</b> (nutritivas/alimenticias)	159-163
<b>Preparaciones para la tos/el resfrío</b> (alergia/rociadores nasales)	93	<b>Medicamentos psicoterapéuticos</b> (ansiedad/depresión/trastorno bipolar)	163-167
<b>Preparaciones para la tos/el resfrío</b> (medicamentos para la tos/el resfrío)	93-95	<b>Medicamentos psicoterapéuticos</b> (trastorno de déficit de atención e hiperactividad)	167, 168
<b>Diagnóstico</b> (diabetes)	95	<b>Medicamentos psicoterapéuticos</b> (varios)	169
<b>Diagnóstico</b> (varios)	95-97	<b>Medicamentos psicoterapéuticos</b> (esquizofrenia/antipsicóticos)	169-171
<b>Diuréticos</b> (diuréticos)	97-99	<b>Medicamentos psicoterapéuticos</b> (trastornos convulsivos)	171
<b>Preparaciones para los ojos, los oídos, la nariz y la garganta</b> (alergia/rociadores nasales)	99	<b>Medicamentos psicoterapéuticos</b> (trastornos del sueño/sedantes)	171
<b>Preparaciones para los ojos, los oídos, la nariz y la garganta</b> (medicamentos para los oídos)	100	<b>Sedantes/hipnóticos</b> (trastornos del sueño/sedantes)	171-173
<b>Preparaciones para los ojos, los oídos, la nariz y la garganta</b> (condiciones oculares)	100-104	<b>Preparaciones cutáneas</b> (varias)	173
<b>Elect./calóricos/H2O</b> (medicamentos para el colesterol)	104	<b>Preparaciones cutáneas</b> (alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)	173, 174
<b>Elect./calóricos/H2O</b> (productos dentales)	104, 105	<b>Preparaciones cutáneas</b> (condiciones cutáneas)	174-184
<b>Elect./calóricos/H2O</b> (diabetes)	105-107	<b>Agentes para dejar de fumar</b> (productos para dejar de fumar)	184
<b>Elect./calóricos/H2O</b> (varios)	107	<b>Preparaciones para la tiroides</b> (agentes hormonales)	184, 185
<b>Elect./calóricos/H2O</b> (nutritivos/alimenticios)	107-113	<b>Productos farmacológicos no clasificados</b> (SIDA/VIH)	185
<b>Elect./calóricos/H2O</b> (condiciones urinarias)	113	<b>Productos farmacológicos no clasificados</b> (asma/EPOC/condiciones respiratorias)	185, 186
<b>Gastrointestinales</b> (medicamentos para el colesterol)	113	<b>Productos farmacológicos no clasificados</b> (modificadores de la sangre/trastornos hemorrágicos)	186
<b>Gastrointestinales</b> (condiciones gastrointestinales/pirosis)	114-119		
<b>Gastrointestinales</b> (alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)	120		

## Información sobre esta Lista de medicamentos

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

Condición	Página
Productos farmacológicos no clasificados (medicamentos para la presión arterial/para el corazón)	186
Productos farmacológicos no clasificados (cáncer)	186
Productos farmacológicos no clasificados (productos dentales)	186, 187
Productos farmacológicos no clasificados (disfunción eréctil)	187
Productos farmacológicos no clasificados (condiciones oculares)	188
Productos farmacológicos no clasificados (condiciones gastrointestinales/pirosis)	188
Productos farmacológicos no clasificados (agentes hormonales)	188
Productos farmacológicos no clasificados (varios)	189-192
Productos farmacológicos no clasificados (nutritivos/alimenticios)	192
Productos farmacológicos no clasificados (productos para la osteoporosis)	192, 193

Condición	Página
Productos farmacológicos no clasificados (alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)	193
Productos farmacológicos no clasificados (trastornos convulsivos)	193
Productos farmacológicos no clasificados (condiciones cutáneas)	194
Productos farmacológicos no clasificados (abuso de sustancias)	194
Productos farmacológicos no clasificados (medicamentos para trasplante)	194
Productos farmacológicos no clasificados (condiciones urinarias)	194, 195
Productos farmacológicos no clasificados (control del peso)	195
Vitaminas (nutritivas/alimenticias)	195-234
Vitaminas (vitaminas)	234

## Lista de medicamentos con receta

ANALGÉSICOS (Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>ANALGÉSICOS, COMB. DE NO SALICILATOS Y BARBITÚRICOS</b>		
ALLZITAL	T3	PA
<i>butalbital/acetaminophen</i>	T1	
<i>butalbital/acetaminophen (Bupap)</i>	T1	
<b>ANALGÉSICOS, COMB. DE SALICILATOS, BARBITÚRICOS Y XANTINAS</b>		
<i>butalbital/aspirin/caffeine</i>	T1	
<b>ANALGÉSICOS, COMB. DE NO SALICILATOS, BARBITÚRICOS Y XANTINAS</b>		
<i>butalb/acetaminophen/caffeine (Esgic)</i>	T1	
<i>butalb/acetaminophen/caffeine (Fioricet)</i>	T1	
ESGIC ( <i>butalb/acetaminophen/caffeine</i> )	T3	PA
FIORICET ( <i>butalb/acetaminophen/caffeine</i> )	T3	PA
<b>ANALGÉSICOS/ANTIPIRÉTICOS, SALICILATOS</b>		
<i>choline salicyl/mag salicylate</i>	T1	HD
<i>diflunisal</i>	T1	HD
<b>PREPARACIONES ANTIMIGRAÑOSAS</b>		
AIMOVIG AUTOINJECTOR	T2	PA QL(1 auto-inj/30 days)
AJOVY 225 MG/1.5 ML AUTOINJECT	T2	PA QL(1 auto-inj/30 days)
AJOVY 225 MG/1.5 ML AUTOINJECT	T2	PA QL(3 auto-injs/90 days)
AJOVY SYRINGE	T2	PA QL(1 syringe/30 days)
<i>almotriptan malate 12.5 mg tab</i>	T1	QL(12 tabs/fill)
<i>almotriptan malate 6.25 mg tab</i>	T1	QL(6 tabs/fill)
AMERGE ( <i>naratriptan hcl</i> )	T3	ST QL(9 tabs/fill)
CAFERGOT ( <i>ergotamine tartrate/caffeine</i> )	T3	
CAMBIA	T3	ST QL(9 packs/fill)
<i>dihydroergotamine 1 mg/ml amp</i>	T1	
<i>dihydroergotamine 4 mg/ml spry (Migranal)</i>	T1	ST QL(8 mls/fill)
<i>eletriptan hydrobromide (Relpax)</i>	T1	QL(6 tabs/fill)
EMGALITY 120 MG/ML SYRINGE	T2	PA QL(1 syringe/30 days)
EMGALITY PEN	T2	PA QL(1 pen/30 days)
ERGOMAR	T3	
<i>ergotamine tartrate/caffeine</i>	T1	
<i>ergotamine tartrate/caffeine (Cafergot)</i>	T1	
FROVA ( <i>frovatriptan succinate</i> )	T3	ST QL(9 tabs/fill)
<i>frovatriptan succinate (Frova)</i>	T1	QL(9 tabs/fill)
MIGRANAL ( <i>dihydroergotamine mesylate</i> )	T3	ST QL(8 mls/fill)

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

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>ANALGÉSICOS (Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria) (cont.)</b>		
<b>Nombre del medicamento con receta</b>	<b>Nivel del medicamento</b>	<b>Requisitos y límites de cobertura</b>
<b>PREPARACIONES ANTIMIGRAÑOSAS (cont.)</b>		
<i>naratriptan hcl</i> (Amerge)	T1	QL(9 tabs/fill)
NURTEC ODT	T2	PA QL(16 tabs/fill)
QULIPTA	T2	PA QL(30 tabs/30 days)
REYVOW 100MG TABLET	T3	PA QL(8 tabs/treatment)
<i>rizatriptan benzoate</i> (Maxalt)	T1	QL(18 tabs/fill)
<i>sumatriptan</i> (Imitrex)	T1	QL(6 units/fill)
<i>sumatriptan 4 mg/0.5 ml cart</i> (Imitrex)	T1	QL(1 ml/fill)
<i>sumatriptan 4 mg/0.5 ml inject</i> (Imitrex)	T1	QL(2 pens/fill)
<i>sumatriptan 6 mg/0.5 ml cart</i> (Imitrex)	T1	QL(1 ml/fill)
<i>sumatriptan 6 mg/0.5 ml inject</i> (Imitrex)	T1	QL(2 pens/fill)
<i>sumatriptan 6 mg/0.5 ml vial</i>	T1	QL(2 vials/fill)
<i>sumatriptan succ 100 mg tablet</i> (Imitrex)	T1	
<i>sumatriptan succ 25 mg tablet</i> (Imitrex)	T1	
<i>sumatriptan succ 50 mg tablet</i> (Imitrex)	T1	
<i>sumatriptan succ/naproxen sod</i> (Treximet)	T1	ST QL(9 tabs/fill)
TOSYMRA	T3	ST QL(6 units/fill)
TRUDHESA	T3	ST QL(4 mls/fill)
UBRELVY	T2	PA QL(10 tabs/treatment)
ZEMBRACE SYMTOUCH	T3	ST QL(4 pens/fill)
<i>zolmitriptan</i> (Zomig Zmt)	T1	QL(6 tabs/fill)
<i>zolmitriptan 2.5 mg tablet</i> (Zomig)	T1	QL(6 tabs/fill)
<i>zolmitriptan 5 mg nasal spray</i> (Zomig)	T1	ST QL(6 units/fill)
<i>zolmitriptan 5 mg tablet</i> (Zomig)	T1	QL(6 tabs/fill)
ZOMIG 2.5 MG NASAL SPRAY	T2	ST QL(6 units/fill)
ZOMIG 5 MG NASAL SPRAY ( <i>zolmitriptan</i> )	T3	ST QL(6 units/fill)
<b>ANTIINFLAM. NO ESTEROIDEOS NASALES, INHIB. NO SELECTIVOS DE COX, ANALGÉSICOS SISTÉMICOS</b>		
SPRIX	T3	ST QL(5 units/fill)
<b>ANTIINFLAM. NO ESTEROIDEOS, ANALGÉSICOS DEL TIPO DE INHIBIDORES DE LA CICLOOXIGENASA</b>		
<i>diclofenac pot 25mg tablet</i>	T1	ST HD
<i>diclofenac pot 50 mg tablet</i>	T1	HD
<i>diclofenac pot powder pack</i>	T1	ST QL (9 pkts/30 days)
<i>diclofenac potassium</i>	T1	HD
<i>diclofenac potassium</i>	T1	ST HD
<i>diclofenac potassium 25 mg cap</i> (Zipsor)	T1	HD

T1 – Genéricos  
 T2 – Marcas preferidas  
 T3 – Marcas no preferidas  
 T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos  
 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>ANALGÉSICOS (Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria) (cont.)</b>		
<b>Nombre del medicamento con receta</b>	<b>Nivel del medicamento</b>	<b>Requisitos y límites de cobertura</b>
<b>ANTIINFLAM. NO ESTEROIDEOS, ANALGÉSICOS DEL TIPO DE INHIBIDORES DE LA CICLOOXIGENASA (cont.)</b>		
FENORTHO 200 MG CAPSULE	T3	PA QL
<i>ketorolac 10 mg tablet</i>	T1	QL(20 tabs/fill)
<i>ketorolac 15 mg/ml carpject</i>	T1	HD
<i>ketorolac 15 mg/ml isecure syr</i>	T1	HD
<i>ketorolac 15 mg/ml syringe</i>	T1	HD
<i>ketorolac 15 mg/ml vial</i>	T1	HD
<i>ketorolac 30 mg/ml carpject</i>	T1	HD
<i>ketorolac 30 mg/ml isecure syr</i>	T1	HD
<i>ketorolac 30 mg/ml syringe</i>	T1	HD
<i>ketorolac 30 mg/ml vial</i>	T1	HD
<i>ketorolac 300 mg/10 ml vial</i>	T1	HD
<i>ketorolac 60 mg/2 ml carpject</i>	T1	HD
<i>ketorolac 60 mg/2 ml syringe</i>	T1	HD
<i>ketorolac 60 mg/2 ml vial</i>	T1	HD
<i>mefenamic acid</i>	T1	HD
<b>ANALGÉSICOS OPIOIDES Y ANALGÉSICOS NO SALICILATOS</b>		
<i>acetaminophen with codeine</i>	T1	PA QL
<i>hydrocodone-acetamin 10-300 mg</i>	T1	PA QL
<i>hydrocodone-acetamin 10-325 mg</i>	T1	PA QL
<i>hydrocodone-acetamin 10-325/15</i>	T1	PA QL
HYDROCODONE-ACETAMIN 2.5-108/5	T3	PA QL
<i>hydrocodone-acetamin 2.5-108/5</i>	T1	PA QL
HYDROCODONE-ACETAMIN 5-217/10	T3	PA QL
<i>hydrocodone-acetamin 5-217/10</i>	T1	PA QL
<i>hydrocodone-acetamin 5-300 mg</i>	T1	PA QL
<i>hydrocodone-acetamin 5-325 mg</i>	T1	PA QL
<i>hydrocodone-acetamin 7.5-300</i>	T1	PA QL
<i>hydrocodone-acetamin 7.5-325</i>	T1	PA QL
<i>hydrocodone-acetamin 7.5-325/15</i>	T1	PA QL
HYDROCODONE-ACETAMIN 7.5-325/15	T3	PA QL
LORTAB	T3	PA QL
NALOCET	T3	PA QL
<i>oxycodone hcl/acetaminophen</i>	T1	PA QL

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

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>ANALGÉSICOS (Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria) (cont.)</b>		
<b>Nombre del medicamento con receta</b>	<b>Nivel del medicamento</b>	<b>Requisitos y límites de cobertura</b>
<b>ANALGÉSICOS OPIOIDES Y ANALGÉSICOS NO SALICILATOS (cont.)</b>		
<i>oxycodone hcl/acetaminophen (Percocet)</i>	T1	PA QL
<i>prolate 10-300 mg tablet</i>	T1	PA QL
<i>prolate 5-300 mg tablet</i>	T1	PA QL
<i>prolate 7.5-300 mg tablet</i>	T1	PA QL
<i>tramadol hcl/acetaminophen</i>	T1	PA QL(12 ds/60 days)
<b>COMBINACIÓN DE ANALGÉSICOS OPIOIDES Y ANTIINFLAMATORIOS NO ESTEROIDEOS</b>		
<i>hydrocodone/ibuprofen</i>	T1	PA
<b>COMB. DE ANALGÉSICOS OPIOIDES Y ANALGÉSICOS SALICILATOS</b>		
<i>oxycodone hcl/aspirin</i>	T1	PA QL
<b>COMB. DE ANALGÉSICOS OPIOIDES, NO SALICILATOS Y XANTINAS</b>		
<i>acetaminophen/caff/dihydrocod</i>	T1	PA QL
TREZIX	T3	PA QL
<b>ANALGÉSICOS OPIOIDES</b>		
ABSTRAL	T3	PA QL
ACTIQ ( <i>fentanyl citrate</i> )	T3	PA QL
BELBUCA	T2	ST QL(60 films/fill)
<i>buprenorphine (Butrans)</i>	T1	ST
<i>buprenorphine 150 mcg film</i>	T1	ST QL(60 films/fill)
<i>buprenorphine 300 mcg film</i>	T1	ST QL(60 films/fill)
<i>buprenorphine 450 mcg film</i>	T1	ST QL(60 films/fill)
<i>buprenorphine 600 mcg film</i>	T1	ST QL(60 films/fill)
<i>buprenorphine 75 mcg film</i>	T1	ST QL(60 films/fill)
<i>buprenorphine 750 mcg film</i>	T1	ST QL(60 films/fill)
<i>buprenorphine 900 mcg film</i>	T1	ST QL(60 films/fill)
<i>butorphanol tartrate</i>	T1	PA QL(< 18 yo 12 ds/130 days)
<i>codeine sulfate</i>	T1	PA QL
DILAUDID ( <i>hydromorphone hcl</i> )	T3	PA QL
<i>fentanyl</i>	T1	ST QL(15 patches/30 days)
<i>fentanyl cit otc 1,200 mcg (Actiq)</i>	T1	PA QL
<i>fentanyl cit otc 1,600 mcg (Actiq)</i>	T1	PA QL
<i>fentanyl citrate otc 200 mcg (Actiq)</i>	T1	PA QL
<i>fentanyl citrate otc 400 mcg (Actiq)</i>	T1	PA QL
<i>fentanyl citrate otc 600 mcg (Actiq)</i>	T1	PA QL
<i>fentanyl citrate otc 800 mcg (Actiq)</i>	T1	PA QL

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

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

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

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

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>ANALGÉSICOS (Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria) (cont.)</b>		
<b>Nombre del medicamento con receta</b>	<b>Nivel del medicamento</b>	<b>Requisitos y límites de cobertura</b>
<b>ANALGÉSICOS OPIOIDES (cont.)</b>		
<i>morphine sulfate er 30 mg cap</i>	T1	ST QL(60 caps/30 days)
<i>morphine sulfate er 30 mg cap</i>	T1	ST QL(90 caps/30 days)
<i>morphine sulfate er 45 mg cap</i>	T1	ST QL(60 caps/30 days)
<i>morphine sulfate er 50 mg cap (Kadian)</i>	T1	ST QL(90 caps/30 days)
<i>morphine sulfate er 60 mg cap</i>	T1	ST QL(60 caps/30 days)
<i>morphine sulfate er 60 mg cap (Kadian)</i>	T1	ST QL(90 caps/30 days)
<i>morphine sulfate er 75 mg cap</i>	T1	ST QL(60 caps/30 days)
<i>morphine sulfate er 80 mg cap (Kadian)</i>	T1	ST QL(90 caps/30 days)
<i>morphine sulfate er 90 mg cap</i>	T1	ST QL(60 caps/30 days)
MS CONTIN ( <i>morphine sulfate</i> )	T3	ST QL(120 tabs/30 days)
<i>opium/belladonna alkaloids</i>	T1	PA QL
<i>oxycodone hcl</i>	T1	PA QL
<i>oxycodone hcl (Roxicodone)</i>	T1	PA QL
OXYCONTIN	T2	ST QL(90 tabs/30 days)
<i>oxymorphone hcl</i>	T1	PA QL
<i>oxymorphone hcl</i>	T1	ST QL
<i>pentazocine hcl/naloxone hcl</i>	T1	PA QL
ROXICODONE ( <i>oxycodone hcl</i> )	T3	PA QL
<i>tramadol er 100 mg tablet</i>	T1	PA ST QL(30 tabs/fill)
<i>tramadol er 200 mg tablet</i>	T1	PA ST QL(30 tabs/fill)
<i>tramadol er 300 mg tablet</i>	T1	PA ST QL(30 tabs/fill)
<i>tramadol hcl 50 mg tablet</i>	T1	PA QL
<i>tramadol hcl er 100 mg tablet</i>	T1	PA ST QL(30 tabs/fill)
<i>tramadol hcl er 200 mg tablet</i>	T1	PA ST QL(30 tabs/fill)
<i>tramadol hcl er 300 mg tablet</i>	T1	PA ST QL(30 tabs/fill)
<b>ANALGÉSICOS OPIOIDES Y SALICILATOS, BARBITÚRICOS Y XANTINAS</b>		
<i>codeine/butalbital/asa/caffein</i>	T1	PA QL
<b>ANALGÉSICOS OPIOIDES, NO SALICILATOS, BARBITÚRICOS Y XANTINAS</b>		
<i>butalbit/acetamin/caff/codeine</i>	T1	PA QL
<i>butalbit/acetamin/caff/codeine (Fioricet With Codeine)</i>	T1	PA QL
FIORICET WITH CODEINE ( <i>butalbit/acetamin/caff/codeine</i> )	T3	PA QL
<b>RELAJANTES DE LOS MÚSCULOS ESQUELÉTICOS, ANALGÉSICOS SALICILATOS, OPIOIDES</b>		
<i>carisoprodol/aspirin/codeine</i>	T1	PA QL

T1 – Genéricos  
 T2 – Marcas preferidas  
 T3 – Marcas no preferidas  
 T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos  
 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

ANALGÉSICOS (Condiciones urinarias)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>AGENTES ANALGÉSICOS DE LAS VÍAS URINARIAS</b>		
ELMIRON	T2	
RIMSO-50	T3	
<b>ANESTÉSICOS (Varios)</b>		
<b>ANESTÉSICOS GENERALES, PARA INHALACIÓN</b>		
<i>desflurane</i>	T1	
<i>isoflurane</i>	T1	
<i>sevoflurane</i> (Ultane)	T1	
SUPRANE	T3	
ULTANE ( <i>sevoflurane</i> )	T3	
<b>ANESTÉSICOS (Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)</b>		
<b>ANESTÉSICOS LOCALES</b>		
<i>lidocaine hcl</i>	T1	QL(60 mls/30 days)
<i>lidocaine hcl</i>	T1	
<i>lidocaine hcl 2% jel urojet ac</i>	T1	QL(60 mls/30 days)
<i>lidocaine hcl 2% jelly</i>	T1	QL(60 mls/30 days)
<i>lidocaine hcl 2% jelly uro-jet</i>	T1	QL(60 mls/30 days)
<i>lidocaine hcl 4% solution</i>	T1	
<b>ANESTÉSICOS LOCALES TÓPICOS</b>		
CETACAINE ANESTHETIC	T3	
L.E.T. (LIDO-EPINEPH-TETRA)	T3	
<i>lidocaine</i> (Lidocan li)	T1	PA
<i>lidocaine 5% ointment</i>	T1	QL(50 gms/28 days)
<i>lidocaine 5% patch</i> (Lidocan li)	T1	PA
<i>lidocaine 5% patch</i> (Lidoderm)	T1	PA
<i>lidocaine hcl</i>	T1	
<i>lidocaine hcl 4% solution</i>	T1	
LIDOCAINE-EPINEPHRIN-TETRACAIN	T3	
<i>lidocaine-prilocaine cream</i>	T1	QL(30 gms/30 days)
LIDOCAN II ( <i>lidocaine</i> )	T3	PA
SYNERA	T3	PA
ZTLIDO	T2	PA
<b>ANESTÉSICOS (Condiciones urinarias)</b>		
<b>AGENTES ANESTÉSICOS/ANALGÉSICOS DE LAS VÍAS URINARIAS (COLORANTES AZODERIVADOS)</b>		
<i>phenazopyridine hcl</i> (Pyridium)	T1	

T1 – Genéricos  
 T2 – Marcas preferidas  
 T3 – Marcas no preferidas  
 T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos  
 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>ANTIALÉRGICOS (Alergia/rociadores nasales)</b>		
<b>Nombre del medicamento con receta</b>	<b>Nivel del medicamento</b>	<b>Requisitos y límites de cobertura</b>
<b>ESTABILIZADORES DE MASTOCITOS</b>		
<i>cromolyn 100 mg/5 ml oral conc (Gastrocrom)</i>	T1	
GASTROCROM ( <i>cromolyn sodium</i> )	T3	
<b>ANTIARTRÍTICOS (Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)</b>		
<b>ANALGÉSICOS/ANTIPIRÉTICOS, SALICILATOS</b>		
DISALCID ( <i>salsalate</i> )	T3	HD
<i>salsalate (Disalcid)</i>	T1	HD
<b>AGENTES ANTIARTRÍTICOS Y QUELANTES</b>		
DEPEN ( <i>penicillamine</i> )	T5	PA SP
<i>penicillamine (Cuprimine)</i>	T1	PA SP
<i>penicillamine (Depen)</i>	T1	PA SP
<b>AGENTES ANTIARTRÍTICOS, ANTAGONISTAS DE LOS FOLATOS</b>		
RASUVO	T2	ST
<b>ANTIINFLAMATORIOS, INHIBIDORES DE LA SÍNTESIS DE PIRIMIDINAS</b>		
ARAVA ( <i>leflunomide</i> )	T3	QL(30 tabs/fill) HD
<i>leflunomide (Arava)</i>	T1	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>	T1	HD
<i>colchicine 0.6 mg tablet</i>	T1	HD
GLOPERBA	T3	HD
MITIGARE ( <i>colchicine</i> )	T2	ST HD
<b>SALES DE ORO</b>		
RIDAURA	T2	
<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>	T1	ST HD
ZYLOPRIM ( <i>allopurinol</i> )	T3	HD
<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 QL(56 tabs/365 days) SP HD

T1 – Genéricos  
T2 – Marcas preferidas  
T3 – Marcas no preferidas  
T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos  
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>ANTIARTRÍTICOS (Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria) (cont.)</b>		
<b>Nombre del medicamento con receta</b>	<b>Nivel del medicamento</b>	<b>Requisitos y límites de cobertura</b>
<b>INHIBIDORES DE LA QUINASA DE JANUS (JAK) (cont.)</b>		
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> )	T3	ST HD
<i>ibuprofen/famotidine</i> (Duetis)	T1	ST HD
<b>COMB. CONTRAIRRITANTE DE ANTIINFLAMATORIO NO ESTEROIDEO Y RUBEFACIENTE TÓPICO</b>		
COMFORT PAC-IBUPROFEN	T3	
COMFORT PAC-MELOXICAM	T3	
COMFORT PAC-NAPROXEN	T3	
<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)	T1	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> )	T3	ST HD
ARTHROTEC 75 ( <i>diclofenac sodium/misoprostol</i> )	T3	ST HD
<i>diclofenac sodium/misoprostol</i> (Arthrotec 50)	T1	HD
<i>diclofenac sodium/misoprostol</i> (Arthrotec 75)	T1	HD
<b>ANTIINFLAM. NO ESTEROIDEOS, ANALGÉSICOS DEL TIPO DE INHIBIDORES DE LA CICLOOXIGENASA</b>		
ANAPROX DS ( <i>naproxen sodium</i> )	T3	ST HD
DAYPRO ( <i>oxaprozin</i> )	T3	ST HD
<i>diclofenac sod dr 25 mg tab</i>	T1	HD
<i>diclofenac sod dr 50 mg tab</i>	T1	HD
<i>diclofenac sod dr 75 mg tab</i>	T1	HD
<i>diclofenac sod ec 25 mg tab</i>	T1	HD
<i>diclofenac sod ec 50 mg tab</i>	T1	HD
<i>diclofenac sod ec 75 mg tab</i>	T1	HD
<i>diclofenac sodium</i>	T1	HD
EC-NAPROSYN ( <i>naproxen</i> )	T3	ST HD
<i>etodolac</i>	T1	HD
<i>etodolac</i> (Lodine)	T1	HD
FELDENE ( <i>piroxicam</i> )	T3	ST HD
<i>fenoprofen 400 mg capsule</i> (Nalfon)	T1	ST HD
<i>fenoprofen 600 mg tablet</i> (Nalfon)	T1	ST HD

T1 – Genéricos  
T2 – Marcas preferidas  
T3 – Marcas no preferidas  
T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos  
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

ANTIARTRÍTICOS (Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>ANTIINFLAM. NO ESTEROIDEOS, ANALGÉSICOS DEL TIPO DE INHIBIDORES DE LA CICLOOXIGENASA (cont.)</b>		
<i>flurbiprofen</i>	T1	HD
<i>ibuprofen</i>	T1	HD
<i>ibuprofen</i>	T1	HD
<i>indomethacin</i>	T1	HD
<i>indomethacin 25 mg, 50 mg capsule</i>	T1	HD
<i>indomethacin 25 mg/5 ml susp</i>	T1	HD
<i>ketoprofen</i>	T1	ST HD
<i>ketoprofen 25 mg capsule</i>	T1	ST HD
<i>ketoprofen 50 mg, 75 mg capsule</i>	T1	HD
<i>ketoprofen er 200 mg capsule</i>	T1	ST HD
LODINE ( <i>etodolac</i> )	T3	ST HD
<i>meclofenamate sodium</i>	T1	HD
<i>meloxicam 10 mg capsule (Vivlodex)</i>	T1	ST QL(30 caps/fill) HD
<i>meloxicam 5 mg capsule (Vivlodex)</i>	T1	ST QL(30 caps/fill) HD
MOBIC ( <i>meloxicam</i> )	T3	ST QL(30 tabs/fill) HD
<i>nabumetone (Relafen)</i>	T1	HD
NALFON 600 MG TABLET ( <i>fenoprofen calcium</i> )	T3	ST HD
NAPRELAN	T3	ST HD
NAPRELAN ( <i>naproxen sodium</i> )	T3	ST HD
NAPROSYN ( <i>naproxen</i> )	T3	ST HD
<i>naproxen (Ec-Naprosyn)</i>	T1	HD
<i>naproxen 125 mg/5 ml suspen (Naprosyn)</i>	T1	ST HD
<i>naproxen 250 mg tablet</i>	T1	HD
<i>naproxen 375 mg tablet</i>	T1	HD
<i>naproxen 500 mg kit (Naprosyn)</i>	T1	HD
<i>naproxen 500 mg tablet (Naprosyn)</i>	T1	HD
<i>naproxen dr 375 mg tablet (Ec-Naprosyn)</i>	T1	HD
<i>naproxen dr 500 mg tablet (Ec-Naprosyn)</i>	T1	HD
<i>naproxen er 750 mg tablet</i>	T1	ST
<i>naproxen sodium</i>	T1	ST HD
<i>naproxen sodium</i>	T1	HD
<i>naproxen sodium (Anaprox Ds)</i>	T1	HD
<i>naproxen sodium (Naprelan)</i>	T1	ST HD
<i>oxaprozin 600mg caplet (Daypro)</i>	T1	HD

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

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

### ANTIARTRÍTICOS (Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
-----------------------------------	-----------------------	-----------------------------------

#### ANTIINFLAM. NO ESTEROIDEOS, ANALGÉSICOS DEL TIPO DE INHIBIDORES DE LA CICLOOXIGENASA (cont.)

<i>oxaprozin 600mg tablet</i> (Daypro)	T1	HD
<i>piroxicam</i> (Feldene)	T1	HD
RELAFEN ( <i>nabumetone</i> )	T3	ST HD
<i>sulindac</i>	T1	HD
<i>tolmetin sodium 200 mg tab</i>	T1	HD
<i>tolmetin sodium 400 mg cap</i>	T1	ST HD
<i>tolmetin sodium 600 mg tab</i>	T1	ST HD

#### ANTIINFLAM. NO ESTEROIDEOS, INHIBIDOR SELECTIVO DE LA COX-2

<i>celecoxib</i> (Celebrex)	T1	ST HD
-----------------------------	----	-------

#### AGENTES URICOSÚRICOS

<i>probenecid</i>	T1	HD
<i>probenecid/colchicine</i>	T1	HD

### ANTIASMÁTICOS (Asma/EPOC/condiciones respiratorias)

#### INHIBIDORES DE LA 5-LIPOXIGENASA

<i>zileuton</i>	T1	PA HD
ZYFLO	T3	PA HD

#### ANTICOLINÉRGICOS, DE INHALACIÓN ORAL, ACCIÓN PROLONGADA

LONHALA MAGNAIR REFILL	T3	QL(60 mls/fill) HD
LONHALA MAGNAIR STARTER	T3	QL(60 mls/fill) HD
SPIRIVA HANDIHALER 18 MCG CAP	T2	QL(30 caps/fill) HD
SPIRIVA HANDIHALER 18 MCG CAP	T2	QL(90 caps/fill) HD
SPIRIVA HANDIHALER 18 MCG CAP	T2	QL(5 caps/fill) HD
SPIRIVA RESPIMAT	T2	QL(1 inhaler/fill) HD
YUPELRI	T2	QL(30 vls/fill) HD

#### ANTICOLINÉRGICOS, DE INHALACIÓN ORAL, ACCIÓN RÁPIDA

ATROVENT HFA	T3	QL(2 inhalers/fill) HD
<i>ipratropium br 0.02% soln</i>	T1	HD

#### AGENTES ADRENÉRGICOS BETA

<i>albuterol sulf 2 mg/5 ml syrup</i>	T1	HD
<i>albuterol sulfate 2 mg, 4 mg tab</i>	T1	HD
<i>albuterol sulfate er 4 mg tab</i>	T1	HD
<i>albuterol sulfate er 8 mg tab</i>	T1	HD
<i>metaproterenol sulfate</i>	T1	HD
<i>terbutaline sulfate</i>	T1	HD

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

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

ANTIASMÁTICOS (Asma/EPOC/condiciones respiratorias) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>AGENTES ADRENÉRGICOS BETA, INHALADOS, ACCIÓN RÁPIDA</b>		
<i>albuterol 100 mg/20 ml soln</i>	T1	
<i>albuterol 2.5 mg/0.5 ml sol</i>	T1	
<i>albuterol 5 mg/ml solution</i>	T1	
<i>albuterol 15 mg/3 ml solution</i>	T1	
<i>albuterol 75 mg/15 ml soln</i>	T1	
<i>albuterol hfa 90 mcg inhaler (Proair Hfa)</i>	T1	QL(2 inhalers/fill)
<i>albuterol hfa 90 mcg inhaler (Proventil Hfa)</i>	T1	QL(2 inhalers/fill)
<i>albuterol sul 0.63 mg/3 ml sol</i>	T1	
<i>albuterol sul 1.25 mg/3 ml sol</i>	T1	
<i>albuterol sul 2.5 mg/3 ml soln</i>	T1	
<i>levalbuterol hcl (Xopenex Concentrate)</i>	T1	
<i>levalbuterol hcl (Xopenex)</i>	T1	
XOPENEX ( <i>levalbuterol hcl</i> )	T3	
XOPENEX CONCENTRATE ( <i>levalbuterol hcl</i> )	T3	
<b>AGENTES ADRENÉRGICOS BETA, INHALADOS, ACCIÓN ULTRA PROLONGADA</b>		
STRIVERDI RESPIMAT	T2	QL(1 inhaler/30 days) HD
<b>AGENTES ADRENÉRGICOS BETA, INHALADOS POR VÍA ORAL, ACCIÓN PROLONGADA</b>		
<i>arformoterol tartrate (Brovana)</i>	T1	QL(120 mls/fill) HD
BROVANA ( <i>arformoterol tartrate</i> )	T3	QL(120 mls/fill) HD
<i>formoterol fumarate (Perforomist)</i>	T1	QL(120 mls/fill) HD
<b>COMBO DE ADRENÉRGICOS BETA Y ANTICOLINÉRGICOS, INHALADOS</b>		
ANORO ELLIPTA	T2	QL(1 inhaler/fill) HD
COMBIVENT INHALER	T2	
COMBIVENT RESPIMAT	T2	QL(2 inhalers/fill) HD
<i>ipratropium/albuterol sulfate</i>	T1	
SEEBRI NEOHALER 15.6MCG INHALER	T3	HD
STIOLTO RESPIMAT	T2	QL(1 inhaler/fill) HD
UTIBRON NEOHALER 27.5, 15.6MCG (PS 6)	T3	HD
UTIBRON NEOHALER 27.5, 15.6 MCG (PS 60)	T3	HD
<b>COMBO DE ADRENÉRGICOS BETA Y GLUCOCORTICOIDES, INHALADOS</b>		
ADVAIR DISKUS ( <i>fluticasone propion/salmeterol</i> )	T3	PA QL(1 inhaler/fill) HD
ADVAIR HFA	T2	PA QL(1 inhaler/fill) HD
AIRDUO DIGIHALER	T3	PA QL(1 inhaler/fill) HD
AIRSUPRA	T2	HD

T1 – Genéricos  
 T2 – Marcas preferidas  
 T3 – Marcas no preferidas  
 T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos  
 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

ANTIASMÁTICOS (Asma/EPOC/condiciones respiratorias) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>COMBO DE ADRENÉRGICOS BETA Y GLUCOCORTICOIDES, INHALADOS (cont.)</b>		
BREO ELLIPTA 50-25 MCG INHALER	T2	PA QL(60 blisters/fill) HD
BREO ELLIPTA 100-25 MCG INH	T2	PA QL(60 blisters/fill) HD
BREO ELLIPTA 100-25 MCG INH	T2	PA QL(28 blisters/fill) HD
BREO ELLIPTA 200-25 MCG INH	T2	PA QL(1 inhaler/fill) HD
<i>brey-na 80-4.mcg, 160-4.5 mcg inhaler</i>	T1	PA
<i>budesonide-formoterol 160-4.5, 80-4.5</i>	T1	PA HD QL (1 inhaler/30 days)
DULERA 100 MCG-5 MCG INHALER	T2	PA QL(1 inhaler/fill) HD
DULERA 200 MCG-5 MCG INHALER	T2	PA QL(1 inhaler/fill) HD
DULERA 50 MCG-5 MCG INHALER	T2	PA QL(13 gms/fill) HD
<i>fluticasone propion/salmeterol (Advair Diskus)</i>	T1	PA QL(1 inhaler/fill) HD
<i>fluticasone-salmeterol 100-50 (Advair Diskus)</i>	T1	PA QL(1 inhaler/fill) HD
<i>fluticasone-salmeterol 250-50 (Advair Diskus)</i>	T1	PA QL(1 inhaler/fill) HD
<i>fluticasone-salmeterol 500-50 (Advair Diskus)</i>	T1	PA QL(1 inhaler/fill) HD
SYMBICORT ( <i>budesonide/formoterol fumarate</i> )	T3	PA QL(1 inhaler/30 days) HD
<b>ADRENÉRGICOS BETA-ANTICOLINÉRGICOS-GLUCOCORT., INHALADOS</b>		
BREZTRI AEROSPHERE	T2	QL(1 inhaler/fill)
TRELEGY ELLIPTA 100-62.5-25	T2	QL(60 blisters/fill)
TRELEGY ELLIPTA 100-62.5-25	T2	QL(28 blisters/fill)
TRELEGY ELLIPTA 200-62.5-25	T2	QL(60 blisters/fill)
TRELEGY ELLIPTA 200-62.5-25	T2	QL(28 blisters/fill)
<b>GLUCOCORTICOIDES, PARA INHALACIÓN ORAL</b>		
ALVESCO 80 MCG INHALER	T3	QL(1 inhaler/fill) HD
ALVESCO 160 MCG INHALER	T3	QL(2 inhalers/fill) HD
ARNUIITY ELLIPTA 100 MCG, 200 MCG INH	T2	QL(1 inhaler/fill) HD
ARNUIITY ELLIPTA 50 MCG INH	T2	QL(30 blisters/fill) HD
ASMANEX	T2	QL(1 inhaler/fill) HD
ASMANEX HFA 50 MCG INHALER	T2	QL(13 gms/fill) HD
ASMANEX HFA 100 MCG, 200 MCG INHALER	T2	QL(1 inhaler/fill) HD
<i>budesonide 0.25 mg/2 ml susp (Pulmicort)</i>	T1	
<i>budesonide 0.5 mg/2 ml susp (Pulmicort)</i>	T1	
<i>budesonide 1 mg/2 ml inh susp (Pulmicort)</i>	T1	QL(60 mls/fill) HD
FLOVENT 50 MCG, 100 MCG DISKUS	T2	QL(1 inhaler/fill) HD
FLOVENT 250 MCG DISKUS	T2	QL(4 inhalers/fill) HD
FLOVENT HFA 110 MCG INHALER	T2	QL(12 gms/fill) HD

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

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

ANTIASMÁTICOS (Asma/EPOC/condiciones respiratorias) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>GLUCOCORTICOIDES, PARA INHALACIÓN ORAL (cont.)</b>		
FLOVENT HFA 220 MCG INHALER	T2	QL(24 gms/fill) HD
FLOVENT HFA 44 MCG INHALER	T2	QL(11 gms/fill) HD
QVAR REDHALER 40 MCG	T2	QL(11 gms/fill) HD
QVAR REDHALER 80 MCG	T2	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> )	T3	HD
<i>montelukast sodium</i> (Singulair)	T1	HD
<i>zafirlukast</i> (Accolate)	T1	HD
<b>ESTABILIZADORES DE MASTOCITOS, INHALADOS ORALMENTE</b>		
<i>cromolyn 20 mg/2 ml neb soln</i>	T1	HD
<b>ANTICUERPOS MONOCLONALES A LA INMUNOGLOBULINA E (IGE)</b>		
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 75 MG/0.5 ML SYRINGE	T4	PA QL(2 syringes/28 days) SP HD
XOLAIR 300 MG/2 ML SYRINGE	T4	PA SP HD
<b>MUCOLÍTICOS</b>		
<i>acetylcysteine</i>	T1	
<b>INHIBIDORES DE LA FOSFODIESTERASA-4 (PDE4)</b>		
<i>roflumilast 250 mcg tablet</i> (Daliresp)	T1	PA QL(30 tabs/fill) HD
<i>roflumilast 500 mcg tablet</i> (Daliresp)	T1	PA HD
<b>XANTINAS</b>		
ELIXOPHYLLIN	T3	HD
THEO-24	T3	HD
<i>theophylline anhydrous</i>	T1	HD
<b>ANTIBIÓTICOS (Medicamentos para los oídos)</b>		
<b>PREPARACIONES ÓTICAS, ANTIBIÓTICAS</b>		
<i>ciprofloxacin hcl</i>	T1	
CORTISPORIN-TC	T3	

T1 – Genéricos  
T2 – Marcas preferidas  
T3 – Marcas no preferidas  
T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos  
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>ANTIBIÓTICOS (Medicamentos para los oídos) (cont.)</b>		
<b>Nombre del medicamento con receta</b>	<b>Nivel del medicamento</b>	<b>Requisitos y límites de cobertura</b>
<b>PREPARACIONES ÓTICAS, ANTIBIÓTICAS (cont.)</b>		
<i>neomycin/polymyxin b/hydrocort</i>	T1	
<i>ofloxacin</i>	T1	
OTIPRIO	T3	QL(1 ml/fill)
<b>PREPARACIONES ÓTICAS, ANTIBIÓTICOS ANTIINFLAMATORIOS</b>		
CIPRODEX ( <i>ciprofloxacin hcl/dexameth</i> )	T3	
<i>ciprofloxacin hcl/dexameth</i> (Ciprodex)	T1	
OTOVEL	T3	
<b>ANTIBIÓTICOS (Condiciones oculares)</b>		
<b>COMBINACIONES DE ANTIBIÓTICOS PARA LOS OJOS Y GLUCOCORTICOIDES</b>		
GATIFLOXACIN-DEXAMETHASONE	T3	
MAXITROL ( <i>neomycin/polymyxin b/dexametha</i> )	T3	
<i>neomycin/bacit/p-myx/hydrocort</i>	T1	
<i>neomycin/polymyxin b/dexametha</i> (Maxitrol)	T1	
<i>neomycin/polymyxin b/hydrocort</i>	T1	
PRED-G	T3	
PREDNISOLONE ACET-GATIFLOXACIN	T3	
PREDNISOLONE ACET-MOXIFLOXACIN	T3	
PREDNISOLONE PHOS-GATIFLOXACIN	T3	
PREDNISOLONE PHOS-MOXIFLOXACIN	T3	
TOBRADEX	T3	
TOBRADEX ( <i>tobramycin/dexamethasone</i> )	T3	
<i>tobramycin/dexamethasone</i> (Tobradex)	T1	
<b>COMBINACIONES DE ANTIBIÓTICOS PARA LOS OJOS, GLUCOCORTICOIDES Y ANTIINFLAM. NO ESTEROIDEOS</b>		
PREDNISOLONE ACET-GATIFLO-BROM	T3	
PREDNISOLONE AC-MOXIFLOX-BROMF	T3	
PREDNISOLONE AC-MOXIFLOX-NEPAF	T3	
PREDNISOLONE PHOS-GATIFLO-BROM	T3	
PREDNISOLONE PHOS-MOXIFLO-BROM	T3	
<b>SULFONAMIDAS PARA LOS OJOS</b>		
BLEPH-10 ( <i>sulfacetamide sodium</i> )	T3	
BLEPHAMIDE S.O.P.	T3	
<i>sulfacetamide sodium</i>	T1	
<i>sulfacetamide sodium</i> (Bleph-10)	T1	
<i>sulfacetamide/prednisolone sp</i>	T1	

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

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 oculares) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>ANTIBIÓTICOS OFTÁLMICOS</b>		
AZASITE	T2	
<i>bacitracin</i>	T1	
<i>bacitracin/polymyxin b sulfate</i>	T1	
CEFUROXIME SODIUM-0.9% NACL	T3	PA
CILOXAN 0.3% EYE DROPS ( <i>ciprofloxacin hcl</i> )	T3	
<i>ciprofloxacin hcl</i> (Ciloxan)	T1	
<i>erythromycin base</i>	T1	
<i>gatifloxacin</i> (Zymaxid)	T1	
<i>gentamicin 0.3% eye drop</i>	T1	
<i>gentamicin sulfate</i>	T1	
KLARITY-A(AZITHROMYCIN-CHONDR)	T3	
<i>levofloxacin</i>	T1	
<i>neomycin/bacitracin/polymyxinb</i>	T1	
<i>neomycin/polymyxn b/gramicidin</i>	T1	
OCUFLOX ( <i>ofloxacin</i> )	T3	
<i>ofloxacin</i> (Ocuflax)	T1	
<i>polymyxin b sulf/trimethoprim</i> (Polytrim)	T1	
POLYTRIM ( <i>polymyxin b sulf/trimethoprim</i> )	T3	
<i>tobramycin 0.3% eye drop</i> (Tobrex)	T1	
TOBEX	T3	
TOBEX ( <i>tobramycin</i> )	T3	
VIGAMOX ( <i>moxifloxacin hcl</i> )	T3	
ZYMAXID ( <i>gatifloxacin</i> )	T3	
<b>ANTIBIÓTICOS (Infecciones)</b>		
<b>ANTIPROTOZOARIOS ANAERÓBICOS DE 2.º GENERACIÓN-ANTIBACTERIANOS</b>		
SOLOSEC	T2	QL(1 pack/fill)
<b>AGENTES ANTIBACTERIANOS TIPO SULFONAMIDAS ABSORBIBLES</b>		
BACTRIM ( <i>sulfamethoxazole/trimethoprim</i> )	T3	
BACTRIM DS ( <i>sulfamethoxazole/trimethoprim</i> )	T3	
<i>sulfadiazine</i>	T1	
<i>sulfamethoxazole/trimethoprim</i>	T1	
<i>sulfamethoxazole/trimethoprim</i> (Bactrim Ds)	T1	
<i>sulfamethoxazole/trimethoprim</i> (Bactrim)	T1	

T1 – Genéricos  
 T2 – Marcas preferidas  
 T3 – Marcas no preferidas  
 T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos  
 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.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>ANTIBIÓTICOS AMINOGLUCÓSIDOS</b>		
ARIKAYCE	T4	PA SP
BETHKIS ( <i>tobramycin</i> )	T5	PA QL(224 mls/fill) SP HD
<i>gentamicin 20 mg/2 ml vial</i>	T1	PA
<i>gentamicin 80 mg/2 ml vial</i>	T1	PA
<i>gentamicin 800 mg/20 ml vial</i>	T1	PA
<i>gentamicin ped 20 mg/2 ml vial</i>	T1	PA
KITABIS PAK	T4	PA QL(280 mls/fill) SP HD
<i>neomycin sulfate</i>	T1	
TOBI PODHALER	T4	PA QL(224 caps/fill) SP HD
<i>tobramycin 300 mg/4 ml ampule (Bethkis)</i>	T1	PA QL(224 mls/fill) SP HD
<i>tobramycin 300 mg/5 ml ampule (Tobi)</i>	T1	PA QL(280 mls/fill) SP HD
TOBRAMYCIN PAK 300 MG/5 ML	T5	PA QL(280 mls/fill) SP HD
<i>tobramycin sulfate</i>	T1	PA
<b>AGENTES ANTIBACTERIANOS-ANTIPROTOZOARIOS ANAERÓBICOS</b>		
FLAGYL ( <i>metronidazole</i> )	T3	
<i>metronidazole (Flagyl)</i>	T1	
<b>ANTIBIÓTICOS, ANTIBACTERIANOS, VARIOS</b>		
<i>fosfomicin tromethamine</i>	T1	
HIPREX ( <i>methenamine hippurate</i> )	T3	
<i>meth/meblue/sod phos/psal/hyos</i>	T1	
<i>methen/mblue/sal/sod phos/hyos</i>	T1	
<i>methenam/m.blue/salicyl/hyoscy (Uribel Tabs)</i>	T1	
<i>methenam/sod phos/mblue/hyoscy</i>	T1	
<i>methenamine hippurate (Hiprex)</i>	T1	
<i>methenamine mandelate</i>	T1	
PRIMSOL	T3	
<i>trimethoprim</i>	T1	
TRIMPEX	T3	
URELLE	T3	
URIBEL	T3	
URIBEL TABS ( <i>methenam/m.blue/salicyl/hyoscy</i> )	T3	
<b>ANTILEPROSOS</b>		
<i>dapsone</i>	T1	
THALOMID 100 MG CAPSULE	T4	PA QL(30 caps/fill) SP HD

T1 – Genéricos  
 T2 – Marcas preferidas  
 T3 – Marcas no preferidas  
 T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos  
 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>ANTIBIÓTICOS (Infecciones) (cont.)</b>		
<b>Nombre del medicamento con receta</b>	<b>Nivel del medicamento</b>	<b>Requisitos y límites de cobertura</b>
<b>ANTILEPROSOS (cont.)</b>		
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>	T1	HD
<i>ethambutol hcl (Myambutol)</i>	T1	HD
<i>isoniazid</i>	T1	HD
MYAMBUTOL ( <i>ethambutol hcl</i> )	T3	HD
MYCOBUTIN ( <i>rifabutin</i> )	T3	HD
PASER	T3	HD
<i>pyrazinamide</i>	T1	HD
<i>rifabutin (Mycobutin)</i>	T1	HD
TRECTOR	T3	HD
<b>ANTIBIÓTICOS ANTITUBERCULOSOS</b>		
CYCLOSERINE	T3	
PRETOMANID	T3	PA
PRIFTIN	T2	
<i>rifampin</i>	T1	
SIRTURO	T4	PA SP
<b>BETALACTAMASAS</b>		
CAYSTON	T4	PA QL(84 mls/fill) SP HD
<b>ANTIBIÓTICOS CEFALOSPORINAS - 1.º GENERACIÓN</b>		
<i>cefadroxil</i>	T1	
<i>cephalexin</i>	T1	
<b>ANTIBIÓTICOS CEFALOSPORINAS - 2.º GENERACIÓN</b>		
<i>cefaclor</i>	T1	
<i>cefprozil</i>	T1	
<i>cefuroxime axetil</i>	T1	
<b>ANTIBIÓTICOS CEFALOSPORINAS - 3.º GENERACIÓN</b>		
<i>cefdinir</i>	T1	
<i>cefditoren pivoxil</i>	T1	
<i>cefditoren pivoxil (Spectracef)</i>	T1	
<i>cefixime (Suprax)</i>	T1	

T1 – Genéricos  
 T2 – Marcas preferidas  
 T3 – Marcas no preferidas  
 T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos  
 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.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>ANTIBIÓTICOS CEFALOSPORINAS - 3.ª GENERACIÓN (cont.)</b>		
<i>cefepodoxime proxetil</i>	T1	
<i>ceftriaxone sodium</i>	T1	PA
SPECTRACEF ( <i>cefditoren pivoxil</i> )	T3	
SUPRAX ( <i>cefixime</i> )	T3	
<b>ANTIBIÓTICOS LINCOSAMIDAS</b>		
CLEOCIN HCL ( <i>clindamycin hcl</i> )	T3	
CLEOCIN PEDIATRIC ( <i>clindamycin palmitate hcl</i> )	T3	
<i>clindamycin hcl</i> (Cleocin Hcl)	T1	
<i>clindamycin palmitate hcl</i> (Cleocin Pediatric)	T1	
<b>ANTIBIÓTICOS MACRÓLIDOS</b>		
<i>azithromycin</i>	T1	
<i>azithromycin</i> (Zithromax Tri-Pak)	T1	
<i>azithromycin</i> (Zithromax)	T1	
<i>clarithromycin</i>	T1	
DIFICID 200 MG TABLET	T3	QL(20 tabs/fill)
DIFICID 40 MG/ML SUSPENSION	T3	QL(1 bottle/fill)
E.E.S. 200 ( <i>erythromycin ethylsuccinate</i> )	T3	
ERYPED 200 ( <i>erythromycin ethylsuccinate</i> )	T3	
ERYPED 400 ( <i>erythromycin ethylsuccinate</i> )	T3	
<i>ery-tab dr 250 mg, 333 mg tablet</i>	T1	
ERY-TAB DR 500 MG TABLET ( <i>erythromycin base</i> )	T3	
<i>erythromycin base</i>	T1	
<i>erythromycin base</i> (Ery-Tab)	T1	
<i>erythromycin ethylsuccinate</i>	T1	
<i>erythromycin ethylsuccinate</i> (E.E.S. 200)	T1	
<i>erythromycin ethylsuccinate</i> (Eryped 200)	T1	
<i>erythromycin ethylsuccinate</i> (Eryped 400)	T1	
<i>erythromycin stearate</i>	T1	
ZITHROMAX ( <i>azithromycin</i> )	T3	
ZITHROMAX TRI-PAK ( <i>azithromycin</i> )	T3	
<b>AGENTES ANTIBACTERIANOS DERIVADOS DE NITROFURANOS</b>		
FURADANTIN ( <i>nitrofurantoin</i> )	T3	
MACROBID ( <i>nitrofurantoin monohyd/m-cryst</i> )	T3	
MACRODANTIN ( <i>nitrofurantoin macrocrystal</i> )	T3	

T1 – Genéricos  
T2 – Marcas preferidas  
T3 – Marcas no preferidas  
T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos  
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.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>AGENTES ANTIBACTERIANOS DERIVADOS DE NITROFURANOS (cont.)</b>		
<i>nitrofurantoin</i> (Furadantin)	T1	
<i>nitrofurantoin macrocrystal</i> (Macrochantin)	T1	
<i>nitrofurantoin monohyd/m-cryst</i> (Macrobid)	T1	
<b>ANTIBIÓTICOS OXAZOLIDINONAS</b>		
<i>linezolid</i> (Zyvox)	T1	PA
ZYVOX ( <i>linezolid</i> )	T3	PA
<b>ANTIBIÓTICOS DE PENICILINA</b>		
<i>amoxicillin</i>	T1	
<i>amoxicillin/potassium clav</i>	T1	
<i>amoxicillin/potassium clav</i> (Augmentin Xr)	T1	
<i>amoxicillin/potassium clav</i> (Augmentin)	T1	
<i>ampicillin trihydrate</i>	T1	
AUGMENTIN 125-31.25 MG/5 ML	T2	
AUGMENTIN 250-62.5 MG/5 ML ( <i>amoxicillin/potassium clav</i> )	T3	
AUGMENTIN XR ( <i>amoxicillin/potassium clav</i> )	T3	
<i>dicloxacillin sodium</i>	T1	
MOXATAG	T3	
<i>penicillin v potassium</i>	T1	
<b>DERIVADOS DE LA PLEUROMUTILINA</b>		
XENLETA	T3	
<b>ANTIBIÓTICOS DE QUINOLONAS</b>		
BAXDELA	T2	QL(28 tabs/fill)
CIPRO ( <i>ciprofloxacin hcl</i> )	T3	
CIPRO ( <i>ciprofloxacin</i> )	T3	
<i>ciprofloxacin</i> (Cipro)	T1	
<i>ciprofloxacin hcl</i>	T1	
<i>ciprofloxacin hcl</i> (Cipro)	T1	
FACTIVE	T3	
<i>levofloxacin</i>	T1	
<i>moxifloxacin hcl</i>	T1	
<i>ofloxacin</i>	T1	
<b>RIFAMICINAS Y ANTIBIÓTICOS DERIVADOS AFINES</b>		
AEMCOLO	T3	QL(12 tabs/fill)
XIFAXAN 200 MG TABLET	T2	QL(9 tabs/fill)
XIFAXAN 550 MG TABLET	T2	QL(60 tabs/fill)

T1 – Genéricos  
 T2 – Marcas preferidas  
 T3 – Marcas no preferidas  
 T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos  
 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.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>ANTIBIÓTICOS DE TETRACICLINA</b>		
ACTICLATE ( <i>doxycycline hyclate</i> )	T3	ST
AVIDOXY DK	T3	ST
<i>demeclocycline hcl</i>	T1	
<i>doxycycline 25 mg/5 ml susp</i> (Vibramycin)	T1	
<i>doxycycline 50 mg tablet</i> (Targadox)	T1	ST
<i>doxycycline hyc dr 100 mg tab</i>	T1	ST
<i>doxycycline hyc dr 150 mg tab</i>	T1	ST
<i>doxycycline hyc dr 200 mg tab</i> (Doryx)	T1	ST
<i>doxycycline hyc dr 50 mg tab</i> (Doryx)	T1	ST
<i>doxycycline hyc dr 75 mg tab</i>	T1	ST
<i>doxycycline hyclate 100 mg cap</i> (Vibramycin)	T1	
<i>doxycycline hyclate 50 mg cap</i>	T1	
<i>doxycycline hyclate 75 mg tab</i> (Acticlate)	T1	ST
<i>doxycycline hyclate 100 mg tab</i> (Lymepak)	T1	
<i>doxycycline hyclate 150 mg tab</i> (Acticlate)	T1	ST
<i>doxycycline mono 50 mg cap</i> (Monodox)	T1	
<i>doxycycline mono 50 mg tablet</i>	T1	
<i>doxycycline mono 75 mg capsule</i> (Monodox)	T1	
<i>doxycycline mono 75 mg tablet</i>	T1	
<i>doxycycline mono 100 mg cap</i> (Monodox)	T1	
<i>doxycycline mono 100 mg tablet</i>	T1	
<i>doxycycline mono 150 mg cap</i>	T1	ST
<i>doxycycline mono 150 mg tablet</i>	T1	
<i>doxycycline monohydrate</i>	T1	
<i>doxycycline monohydrate</i> (Monodox)	T1	
LYMEPAK ( <i>doxycycline hyclate</i> )	T3	
<i>minocycline hcl</i>	T1	
<i>minocycline hcl</i>	T1	ST
<i>minocycline hcl</i> (Solodyn)	T1	ST
MINOLIRA ER	T3	ST
MONODOX ( <i>doxycycline monohydrate</i> )	T3	ST
<i>morgidox 100 mg capsule</i> (Vibramycin)	T1	
MORGIDOX 1X50 MG KIT	T3	ST
MORGIDOX 1X100 MG KIT	T3	ST

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

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.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>ANTIBIÓTICOS DE TETRACICLINA (cont.)</b>		
MORGIDOX 2X100 MG KIT	T3	ST
<i>morgidox 50 mg capsule</i>	T1	
NUZYRA	T5	QL(30 tabs/30 days) SP
SEYSARA	T3	ST
SOLODYN ( <i>minocycline hcl</i> )	T3	ST
TARGADOX ( <i>doxycycline hyclate</i> )	T3	ST
<i>tetracycline 250 mg capsule</i>	T1	
<i>tetracycline 250 mg tablet</i>	T1	ST
<i>tetracycline 500 mg capsule</i>	T1	
<i>tetracycline 500 mg tablet</i>	T1	ST
VIBRAMYCIN	T3	ST
VIBRAMYCIN ( <i>doxycycline hyclate</i> )	T3	ST
VIBRAMYCIN ( <i>doxycycline monohydrate</i> )	T3	ST
<b>ANTIBIÓTICOS VAGINALES</b>		
CLEOCIN	T3	
CLEOCIN (clindamycin phosphate)	T3	
<i>clindamycin 2% vaginal cream (Cleocin)</i>	T1	
CLINDESSE	T3	
METROGEL-VAGINAL ( <i>metronidazole</i> )	T3	
<i>metronidazole (Metrogel-Vaginal)</i>	T1	
NUVESSA	T3	
XACIATO	T3	
<b>ANTIBIÓTICOS DE VANCOMICINA Y DERIVADOS</b>		
VANCOCLIN HCL 125 MG CAPSULE ( <i>vancomycin hcl</i> )	T3	PA QL(40 caps/fill)
VANCOCLIN HCL 250 MG CAPSULE ( <i>vancomycin hcl</i> )	T3	PA QL(80 caps/fill)
<i>vancomycin 250 mg/5 ml soln</i>	T1	QL(450 mls/fill)
<i>vancomycin hcl 125 mg capsule (Vancocin Hcl)</i>	T1	
<i>vancomycin hcl 250 mg capsule (Vancocin Hcl)</i>	T1	
<b>ANTIBIÓTICOS (Condiciones cutáneas)</b>		
<b>ANTIBIÓTICOS TÓPICOS Y ANTIINFLAMATORIOS ESTEROIDEOS</b>		
CORTISPORIN	T3	
NEO-SYNALAR	T3	
<b>ANTIBIÓTICOS TÓPICOS</b>		
AKTIPAK	T3	ST

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

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.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>ANTIBIÓTICOS TÓPICOS (cont.)</b>		
AMZEEQ	T3	ST
BENZAMYCIN ( <i>erythromycin/benzoyl peroxide</i> )	T3	ST
CENTANY	T3	ST QL(30 gms/fill)
CENTANY AT	T3	ST QL(1 kit/fill)
CLEOCIN T 1% LOTION ( <i>clindamycin phosphate</i> )	T3	ST QL(120 mls/30 days)
CLEOCIN T 1% PLEDGETS ( <i>clindamycin phosphate</i> )	T3	ST
<i>clindacin etz 1% pledget (Cleocin T)</i>	T1	
CLINDACIN ETZ KIT	T3	ST
CLINDACIN PAC	T3	ST
<i>clindamycin ph 1% gel</i>	T1	QL(120 gms/30 days)
<i>clindamycin ph 1% solution</i>	T1	QL(120 mls/30 days)
<i>clindamycin phos 1% pledget (Cleocin T)</i>	T1	
<i>clindamycin phosp 1% lotion (Cleocin T)</i>	T1	QL(120 mls/30 days)
<i>clindamycin phosphate (Cleocin T)</i>	T1	
<i>clindamycin phosphate 1% foam (Evoclin)</i>	T1	QL(100 gms/30 days)
<i>clindamycin phosphate 1% gel (Clindagel)</i>	T1	QL(150 mls/30 days)
<i>erythromycin base in ethanol</i>	T1	
<i>erythromycin/benzoyl peroxide (Benzamycin)</i>	T1	
EVOCLIN ( <i>clindamycin phosphate</i> )	T3	ST QL(100 gms/30 days)
<i>gentamicin 0.1% cream</i>	T1	QL(60 gms/fill)
<i>gentamicin 0.1% ointment</i>	T1	QL(60 gms/fill)
<i>mupirocin 2% cream</i>	T1	ST QL(30 gms/fill)
<i>mupirocin 2% ointment</i>	T1	QL(44 gms/fill)
<i>mupirocin 2% ointment</i>	T1	QL(1 treatment/30days)
XEPI	T3	ST QL(30 gms/fill)
<b>SULFONAMIDAS TÓPICAS</b>		
AVAR LS	T3	ST
AVAR-E	T3	ST
AVAR-E GREEN	T3	ST
AVAR-E LS	T3	ST
<i>mafenide acetate (Sulfamylon)</i>	T1	
PLEXION	T3	ST
ROSULA 10%-4.5% WASH	T3	ST
<i>rosula 10%-5% cloths</i>	T1	

T1 – Genéricos  
 T2 – Marcas preferidas  
 T3 – Marcas no preferidas  
 T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos  
 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.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>SULFONAMIDAS TÓPICAS (cont.)</b>		
SILVADENE ( <i>silver sulfadiazine</i> )	T3	
<i>silver sulfadiazine</i> (Silvadene)	T1	
<i>sod sulface-sulf 9.8-4.8% clsr</i>	T1	
<i>sod sulface-sulfur 9-4.5% wash</i>	T1	
<i>sod sulfacet-sulfr 9.8-4.8%pad</i>	T1	
<i>sod sulfacet-sulfur 10-2% clsr</i>	T1	
<i>sod sulfacet-sulfur 10-4% pad</i> (Sumaxin)	T1	
<i>sod sulfacet-sulfur 10-5% clsr</i>	T1	
<i>sod sulfac-sulfur 9.8-4.8% crm</i>	T1	
<i>sod sulfac-sulfur 9.8-4.8% lot</i>	T1	
<i>sulfacetamide sodium/sulfur</i>	T1	
<i>sulfacetamide sodium/sulfur</i>	T1	ST
<i>sulfacetamide-sulfur 10-2% crm</i>	T1	
<i>sulfacetamide-sulfur 10-5% crm</i>	T1	
<i>sulfacetamide-sulfur 10-5% lot</i>	T1	
<i>sulfacetamide-sulfur 10-5% sus</i>	T1	
<i>sulfacetamide-sulfur 8-4% susp</i>	T1	
<i>sulfacetamide-sulfur 9-4% clsr</i>	T1	
SULFAMYLON 8.5% CREAM	T2	
SULFAMYLON POWDER PACKET ( <i>mafenide acetate</i> )	T3	
SUMADAN	T3	ST
SUMADAN XLT	T3	ST
SUMAXIN	T3	ST
SUMAXIN ( <i>sulfacetamide sodium/sulfur</i> )	T3	ST
SUMAXIN CP	T3	ST
SUMAXIN TS	T3	ST

## ANTICOAGULANTES (Diluyentes de la sangre/anticoagulantes)

CITRATOS COMO ANTICOAGULANTES		
ACD-A	T2	
ACD SOLUTION A	T2	
ANTICOAGULANT SODIUM CITRATE	T3	
CITRATE PHOSPHATE DEXTROSE	T2	
CRRT TRISODIUM CITRATE	T3	

T1 – Genéricos  
 T2 – Marcas preferidas  
 T3 – Marcas no preferidas  
 T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos  
 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)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>CITRATOS COMO ANTICOAGULANTES (cont.)</b>		
SODIUM CITRATE	T3	
TRISODIUM CITRATE CRRT	T3	
<b>INHIBIDORES DIRECTOS DEL FACTOR XA</b>		
ELIQUIS	T2	PA
XARELTO	T2	PA
<b>HEPARINA Y PREPARACIONES RELACIONADAS</b>		
ARIXTRA ( <i>fondaparinux sodium</i> )	T5	SP
<i>enoxaparin sodium</i> (Lovenox)	T1	SP
<i>fondaparinux sodium</i> (Arixtra)	T1	SP
FRAGMIN	T4	SP
<i>heparin 10,000 unit/10 ml vial</i>	T1	
<i>heparin 2,000 unit/2 ml vial</i>	T1	
<i>heparin 30,000 unit/30 ml vial</i>	T1	
<i>heparin 40,000 unit/4 ml vial</i>	T1	
<i>heparin 5,000 unit/ml carpugt</i>	T1	
<i>heparin 50,000 unit/10 ml vial</i>	T1	
<i>heparin 50,000 unit/5 ml vial</i>	T1	
<i>heparin sod 1,000 unit/ml vial</i>	T1	
<i>heparin sod 10,000 unit/ml vl</i>	T1	
<i>heparin sod 20,000 unit/ml vl</i>	T1	
<i>heparin sod 5,000 unit/0.5 ml</i>	T1	
HEPARIN SOD 5,000 UNIT/0.5 ML	T2	
HEPARIN SOD 5,000 UNIT/0.5 ML	T3	
<i>heparin sod 5,000 unit/ml syrg</i>	T1	
HEPARIN SOD 5,000 UNIT/ML SYRG	T3	
<i>heparin sod 5,000 unit/ml vial</i>	T1	
<b>INHIBIDORES DE LA TROMBINA, SELECTIVOS, DIRECTOS Y REVERSIBLES</b>		
<i>dabigatran etexilate mesylate</i>	T1	HD
<b>ANTÍDOTOS (Condiciones gastrointestinales/pirosis)</b>		
<b>ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES OPIOIDES MU, CON ACCIÓN PERIFÉRICA</b>		
MOVANTIK	T2	QL (30 tabs/fill)
RELISTOR	T2	ST
SYMPROIC	T2	

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

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

ANTÍDOTOS (Abuso de sustancias)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>ANTAGONISTAS OPIOIDES</b>		
KLOXXADO	T2	QL(2 units/fill)
<i>naloxone 0.4 mg/ml carpject</i>	T1	
<i>naloxone 0.4 mg/ml vial</i>	T1	
<i>naloxone 2 mg/2 ml syringe</i>	T1	
<i>naloxone 4 mg/10 ml vial</i>	T1	
<i>naloxone hcl 4 mg nasal spray (Narcan)</i>	T1	QL(2 units/fill)
<i>naltrexone hcl</i>	T1	
NARCAN ( <i>naloxone hcl</i> )	T3	QL(2 units/30 days)
<b>ANTIMICÓTICOS (Condiciones oculares)</b>		
<b>AGENTES ANTIMICÓTICOS OFTÁLMICOS</b>		
NATACYN	T2	
<b>ANTIMICÓTICOS (Productos femeninos)</b>		
<b>ANTIMICÓTICOS VAGINALES</b>		
GYNAZOLE 1	T3	
<i>miconazole nitrate</i>	T1	
<i>terconazole</i>	T1	
<b>ANTIMICÓTICOS (Infecciones)</b>		
<b>AGENTES ANTIMICÓTICOS</b>		
ANCOBON ( <i>flucytosine</i> )	T3	PA
<i>clotrimazole</i>	T1	
CRESEMBA	T2	PA
DIFLUCAN 10 MG/ML SUSPENSION ( <i>fluconazole</i> )	T3	
DIFLUCAN 100 MG TABLET ( <i>fluconazole</i> )	T3	
DIFLUCAN 150 MG TABLET ( <i>fluconazole</i> )	T3	QL(2 tabs/episode)
DIFLUCAN 200 MG TABLET ( <i>fluconazole</i> )	T3	
DIFLUCAN 40 MG/ML SUSPENSION ( <i>fluconazole</i> )	T3	
DIFLUCAN 50 MG TABLET ( <i>fluconazole</i> )	T3	
<i>fluconazole 10 mg/ml susp (Diflucan)</i>	T1	
<i>fluconazole 40 mg/ml susp (Diflucan)</i>	T1	
<i>fluconazole 100 mg tablet (Diflucan)</i>	T1	
<i>fluconazole 150 mg tablet (Diflucan)</i>	T1	QL(2 tabs/fill)
<i>fluconazole 200 mg tablet (Diflucan)</i>	T1	
<i>fluconazole 50 mg tablet (Diflucan)</i>	T1	

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

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

ANTIMICÓTICOS (Infecciones) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>AGENTES ANTIMICÓTICOS (cont.)</b>		
<i>flucytosine (Ancobon)</i>	T1	
<i>itraconazole 10 mg/ml solution (Sporanox)</i>	T1	QL(2 bottles/fill)
<i>itraconazole 100 mg capsule (Sporanox)</i>	T1	QL(30 caps/fill)
<i>itraconazole 100 mg/10 ml cup (Sporanox)</i>	T1	QL(2 bottles/fill)
<i>ketoconazole 200 mg tablet</i>	T1	
NOXAFIL	T2	PA
NOXAFIL 300 MG POWDERMIX SUSP	T3	PA
NOXAFIL 40 MG/ML SUSPENSION	T2	PA SP
ORAVIG	T3	
POSACONAZOLE 200 MG/5 ML SUSP	T2	PA
<i>posaconazole dr 100 mg tablet (Noxafil)</i>	T1	PA
SPORANOX 10 MG/ML SOLUTION ( <i>itraconazole</i> )	T3	QL(2 bottles/fill)
SPORANOX 100 MG CAPSULE ( <i>itraconazole</i> )	T3	QL(30 caps/fill)
<i>terbinafine hcl</i>	T1	
VFEND ( <i>voriconazole</i> )	T3	PA
VIVJOA	T3	PA QL(18 caps/fill)
<i>voriconazole (Vfend)</i>	T1	PA
<b>ANTIBIÓTICOS ANTIMICÓTICOS</b>		
BREXAFEMME	T3	ST QL(4 tabs/fill)
<i>griseofulvin ultramicrosize</i>	T1	
<i>griseofulvin, microsize</i>	T1	
<i>nystatin 100,000 unit/ml susp</i>	T1	
<i>nystatin 500,000 unit oral tab</i>	T1	
<i>nystatin 500,000 unit/5 ml cup</i>	T1	
<b>ANTIMICÓTICOS (Condiciones cutáneas)</b>		
<b>ANTIMICÓTICO TÓPICO/ANTIINFLAMATORIO, AGENTE ESTEROIDE</b>		
<i>clotrimazole-betamethasone crm</i>	T1	QL(90 gms/28 days)
<i>clotrimazole-betamethasone lot</i>	T1	QL(60 mls/28 days)
<b>ANTIMICÓTICOS TÓPICOS</b>		
<i>ciclodan 0.77% cream (Loprox)</i>	T1	QL(90 gms/28 days)
CICLODAN 0.77% CREAM KIT	T3	
<i>ciclodan 8% solution</i>	T1	
<i>ciclopirox 0.77% cream (Loprox)</i>	T1	QL(90 gms/28 days)
<i>ciclopirox 0.77% gel</i>	T1	QL(100 gms/28 days)

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

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

ANTIMICÓTICOS (Condiciones cutáneas) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>ANTIMICÓTICOS TÓPICOS (cont.)</b>		
<i>ciclopirox 0.77% topical susp (Loprox)</i>	T1	QL (60 mls/28 days)
<i>ciclopirox 1% shampoo</i>	T1	QL (120 mls/28 days)
<i>ciclopirox 8% solution</i>	T1	
<i>econazole nitrate</i>	T1	QL (85 gms/28 days)
EXELDERM 1% CREAM	T3	QL (60 gms/28 days)
EXELDERM 1% SOLUTION	T3	QL (60 mls/28 days)
EXTINA 2% FOAM	T3	ST QL (100 gms/28 days)
JUBLIA	T3	ST
<i>ketoconazole 2% cream</i>	T1	QL (60 gms/28 days)
<i>ketoconazole 2% foam (Extina)</i>	T1	ST QL (100 gms/28 days)
<i>ketoconazole 2% shampoo</i>	T1	QL (120 mls/28 days)
<i>ketodan 2% foam (Extina)</i>	T1	ST QL (100 gms/28 days)
<i>ketodan 2% foam kit</i>	T1	ST
LOPROX 0.77% CREAM ( <i>ciclopirox olamine</i> )	T3	QL (90 gms/28 days)
LOPROX 0.77% CREAM KIT	T3	QL (544 gms/30 days)
LOPROX 0.77% SUSPENSION KIT	T3	QL (1 kit/30 days)
LOPROX 0.77% TOPICAL SUSP ( <i>ciclopirox olamine</i> )	T3	QL (60 mls/28 days)
<i>naftifine hcl</i>	T1	QL (60 gms/28 days)
<i>naftifine hcl (Naftin)</i>	T1	QL (60 gms/28 days)
NAFTIN	T3	QL (60 gms/28 days)
NAFTIN ( <i>naftifine hcl</i> )	T3	QL (60 gms/28 days)
<i>nystatin</i>	T1	QL (180 gms/fill)
<i>nystatin 100,000 unit/gm cream</i>	T1	QL (60 gms/28 days)
<i>nystatin 100,000 unit/gm oint</i>	T1	QL (60 gms/28 days)
<i>nystatin 100,000 unit/gm powd</i>	T1	QL (180 gms/fill)
<i>nystatin/triamcin</i>	T1	QL (60 gms/28 days)
<i>oxiconazole nitrate</i>	T1	QL (60 gms/28 days)
<i>tavaborole</i>	T1	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>	T1	
<i>phenylephrine/chlor-tan</i>	T1	
<b>COMBINACIÓN DE ANTIHIAMÍNICOS DE 2.º GENERACIÓN Y DESCONGESTIVOS</b>		
CLARINEX-D 12 HOUR	T3	QL (60 tabs/fill)

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

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

### ANTIISTAMÍNICOS (Alergia/rociadores nasales)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
-----------------------------------	-----------------------	-----------------------------------

#### ANTIISTAMÍNICOS - 1.ª GENERACIÓN

carbinoxamine 4 mg/5 ml liquid	T1	
carbinoxamine maleate 4 mg tab	T1	
carbinoxamine maleate 6 mg tab	T1	ST
clemastine fumarate	T1	
cyproheptadine 2 mg/5 ml soln	T1	
cyproheptadine 2 mg/5 ml syrup	T1	
cyproheptadine 4 mg tablet	T1	
CYPROHEPTADINE 4 MG/10 ML SYRP	T3	
dexchlorpheniramine maleate (Ryclora)	T1	
hydroxyzine hcl	T1	
hydroxyzine hcl	T1	
hydroxyzine pamoate	T1	
hydroxyzine pamoate (Vistaril)	T1	
KARBINAL ER	T3	ST
promethazine hcl	T1	
RYCLORA (dexchlorpheniramine maleate)	T3	
RYVENT	T3	ST
VISTARIL (hydroxyzine pamoate)	T3	

#### ANTIISTAMÍNICOS - 2.ª GENERACIÓN

CLARINEX D 24 HOUR TABLET	T3	
desloratadine	T1	QL(30 tabs/fill) HD
desloratadine (Clarinet)	T1	QL(30 tabs/fill) HD

### ANTIISTAMÍNICOS (Condiciones oculares)

#### ANTIISTAMÍNICOS PARA LOS OJOS

azelastine hcl 0.05% drops	T1	
BEPREVE	T3	
epinastine hcl	T1	
LASTACAF 0.25% EYE DROPS	T3	ST

### ANTIHIPERGLUCÉMICOS (Diabetes)

#### ANTIHIPERGLUCÉMICOS, INHIBIDORES DE LA ENZIMA DPP-4-TIAZOLIDINEDIONA

OSENI	T3	ST QL(30 tabs/fill) HD
-------	----	------------------------

#### ANTIHIPERGLUCÉMICOS, MIMÉTICOS DE INCRETINA (AGONISTAS DEL RECEPTOR GLP-I)

ADLYXIN 10-20 MCG STARTER PACK	T3	PA HD QL (1 kit/28 days)
ADLYXIN 20 MCG MAINTENANCE PK	T3	PA HD QL (1 kit/28 days)

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

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>ANTIHIPERGLUCÉMICOS (Diabetes) (cont.)</b>		
<b>Nombre del medicamento con receta</b>	<b>Nivel del medicamento</b>	<b>Requisitos y límites de cobertura</b>
<b>ANTIHIPERGLUCÉMICOS, MIMÉTICOS DE INCRETINA (AGONISTAS DEL RECEPTOR GLP-I) (cont.)</b>		
BYDUREON BCISE	T2	PA QL(4 auto-injs/fill) HD
BYDUREON PEN	T2	PA QL(4 pens/fill) HD
BYETTA	T2	PA QL(1 pen/fill) HD
OZEMPIC	T2	PA QL(1 pen/28 days) HD
RYBELSUS	T2	PA QL(30 tabs/fill) HD
TRULICITY	T2	PA QL(4 pens/fill) HD
<b>ANTIHIPERGLUCÉMICOS, INSULINA, ACCIÓN PROLONGADA-AGONISTAS DEL RECEPTOR GLP-I</b>		
SOLIQUA 100-33	T2	QL(15 mls/fill) HD
<b>ANTIHIPERGLUCÉMICOS - AGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE DOPAMINA</b>		
CYCLOSET	T3	HD
<b>ANTIHIPERGLUCÉMICOS - COMBINACIÓN DE MIMÉTICOS DE INCRETINA</b>		
MOUNJARO	T2	PA QL(4 pens/fill)
<b>ANTIHIPERGLUCÉMICOS, INHIBIDORES DE LA ALFA-GLUCOSIDASA</b>		
<i>acarbose</i> (Precose)	T1	HD
<i>miglitol</i>	T1	HD
PRECOSE ( <i>acarbose</i> )	T3	HD
<b>ANTIHIPERGLUCÉMICOS, TIPO ANÁLOGOS DE AMILINA</b>		
SYMLINPEN 120	T2	PA QL(7 pens/fill) HD
SYMLINPEN 60	T2	PA QL(7 pens/fill) HD
<b>ANTIHIPERGLUCÉMICOS, TIPO BIGUANIDAS</b>		
FORTAMET ER 1,000 MG TABLET ( <i>metformin hcl</i> )	T3	PA QL(60 tabs/fill) HD
FORTAMET ER 500 MG TABLET ( <i>metformin hcl</i> )	T3	PA QL(30 tabs/fill) HD
<i>metformin er 1,000 mg gastr-tb</i> (Glumetza)	T1	PA QL(60 tabs/fill) HD
<i>metformin er 1,000 mg osm-tab</i> (Fortamet)	T1	PA QL(60 tabs/fill) HD
<i>metformin er 500 mg gastr-tb</i> (Glumetza)	T1	PA QL(120 tabs/fill) HD
<i>metformin er 500 mg osmotic tb</i> (Fortamet)	T1	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)	T1	ST HD
<i>metformin hcl 850 mg tablet</i>	T1	HD
<i>metformin hcl 850 mg/8.5ml cup</i> (Riomet)	T1	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> )	T3	ST HD
RIOMET ER	T3	ST HD

T1 – Genéricos  
 T2 – Marcas preferidas  
 T3 – Marcas no preferidas  
 T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos  
 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

ANTIHIPERGLUCÉMICOS (Diabetes) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>ANTIHIPERGLUCÉMICOS, INHIBIDORES DE DPP-4</b>		
JANUVIA	T2	ST QL(30 tabs/fill) HD
<i>saxagliptin hcl</i> (Onglyza)	T1	ST QL(30 tabs/30 days) HD
<b>ANTIHIPERGLUCÉMICOS, TIPO ESTIMULANTES DE LIBERACIÓN DE INSULINA</b>		
AMARYL ( <i>glimepiride</i> )	T3	HD
<i>glimepiride</i> (Amaryl)	T1	HD
<i>glipizide</i>	T1	HD
GLUCOTROL XL ( <i>glipizide</i> )	T3	HD
<i>glyburide</i>	T1	HD
<i>glyburide, micronized</i> (Glynase)	T1	HD
GLYNASE ( <i>glyburide, micronized</i> )	T3	HD
<i>nateglinide</i>	T1	HD
PRANDIN ( <i>repaglinide</i> )	T3	HD
<i>repaglinide</i>	T1	HD
<i>repaglinide</i> (Prandin)	T1	HD
<b>ANTIHIPERGLUCÉMICOS, COMB. DE INHIBIDORES DE SGLT-2 Y DPP-4</b>		
GLYXAMBI	T2	ST QL(30 tabs/fill) HD
<b>ANTIHIPERGLUCÉMICOS, TIAZOLIDINEDIONAS Y BIGUANIDAS</b>		
ACTOPLUS MET XR 30 1000MG TABLET	T3	ST
<i>pioglitazone hcl/metformin hcl</i>	T1	QL(90 tabs/fill) HD
<i>pioglitazone hcl/metformin hcl</i> (Actoplus Met)	T1	QL(90 tabs/fill) HD
<b>ANTIHIPERGLUCÉMICOS, TIAZOLIDINEDIONAS Y SULFONILUREAS</b>		
DUETACT ( <i>pioglitazone-glimepiride</i> )	T3	HD
<i>pioglitazone hcl/glimepiride</i> (Duetact)	T1	HD
<b>ANTIHIPERGLUCÉMICOS, COMB. DE INHIBIDORES DE DPP-4 Y BIGUANIDAS</b>		
JANUMET	T2	ST QL(60 tabs/fill) HD
JANUMET XR 50-500 MG TABLET	T2	ST QL(60 tabs/fill) HD
JANUMET XR 50-1,000 MG TABLET	T2	ST QL(60 tabs/fill) HD
JANUMET XR 100-1,000 MG TABLET	T2	ST QL(30 tabs/fill) HD
<i>saxagliptin-metformin er 5-500</i> (Kombiglyze Xr)	T1	ST QL(30 tabs/30 days) HD
<i>saxagliptin-metformin er 5-1000</i> (Kombiglyze Xr)	T1	ST QL(30 tabs/30 days) HD
<i>saxagliptin-metformin er 2.5-1000</i> (Kombiglyze Xr)	T1	ST QL(60 tabs/30 days) HD
<b>ANTIHIPERGLUCÉMICOS, ESTIM. DE LIBERACIÓN DE INSULINA-BIGUANIDAS</b>		
<i>glipizide/metformin hcl</i>	T1	HD
<i>glyburide/metformin hcl</i>	T1	HD

T1 – Genéricos  
T2 – Marcas preferidas  
T3 – Marcas no preferidas  
T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos  
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>ANTIHIPERGLUCÉMICOS (Diabetes) (cont.)</b>		
<b>Nombre del medicamento con receta</b>	<b>Nivel del medicamento</b>	<b>Requisitos y límites de cobertura</b>
<b>ANTIHIPERGLUCÉMICOS, TIAZOLIDINEDIONAS (AGONISTAS DE PPARG)</b>		
ACTOS ( <i>pioglitazone hcl</i> )	T3	ST QL(30 tabs/fill) HD
<b>ANTIHIPERGLUCÉMICOS-BLOQUEADORES DE LOS RECEPTORES DE GLUCOCORTICOIDES</b>		
mifepristone 300 mg tablet	T1	PA SP
<b>ANTIHIPERGLUCÉMICOS-COMB. DE INHIBIDORES DE SGLT-2 Y BIGUANIDAS</b>		
SEGLUROMET	T2	ST QL(60 tabs/fill) HD
SYNJARDY	T2	ST QL(60 tabs/fill) HD
SYNJARDY XR 10-1,000 MG TABLET	T2	ST QL(30 tabs/fill) HD
SYNJARDY XR 12.5-1,000 MG TAB	T2	ST QL(60 tabs/fill) HD
SYNJARDY XR 25-1,000 MG TABLET	T2	ST QL(30 tabs/fill) HD
SYNJARDY XR 5-1,000 MG TABLET	T2	ST QL(60 tabs/fill) HD
XIGDUO XR 2.5 MG-1,000 MG TAB	T2	ST QL(60 tabs/fill) HD
XIGDUO XR 5 MG-500 MG TABLET	T2	ST QL(30 tabs/fill) HD
XIGDUO XR 5 MG-1,000 MG TABLET	T2	ST QL(60 tabs/fill) HD
XIGDUO XR 10 MG-1,000 MG TAB	T2	ST QL(30 tabs/fill) HD
XIGDUO XR 10 MG-500 MG TABLET	T2	ST QL(30 tabs/fill) HD
<b>ANTIHIPERGLUCÉM.-INHIB. DEL COTRANSPORT. DE SOD./GLUC. TIPO 2 (SGLT-2)</b>		
FARXIGA	T2	ST QL(30 tabs/fill) HD
JARDIANCE	T2	ST QL(30 tabs/fill) HD
STEGLATRO	T2	ST QL(30 tabs/fill) HD
<b>ANTIHIPERGLUCÉM.-COMB. DE INHIB. DE SGLT-2, INHIB. DE DPP-4 Y BIGUANIDAS</b>		
TRIJARDY XR	T2	ST HD
<b>INSULINAS</b>		
BASAGLAR KWIKPEN U-100	T3	HD
HUMALOG	T2	HD
HUMALOG JUNIOR KWIKPEN	T2	HD
HUMALOG KWIKPEN U-100	T2	HD
HUMALOG KWIKPEN U-200	T2	HD
HUMALOG MIX 50-50	T2	HD
HUMALOG MIX 50-50 KWIKPEN	T2	HD
HUMALOG MIX 75-25	T2	HD
HUMALOG MIX 75-25 KWIKPEN	T2	HD
HUMULIN 70/30 KWIKPEN	T2	HD
HUMULIN 70-30	T2	HD
HUMULIN N	T2	HD

T1 – Genéricos  
 T2 – Marcas preferidas  
 T3 – Marcas no preferidas  
 T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos  
 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

ANTIHIPERGLUCÉMICOS (Diabetes) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>INSULINAS (cont.)</b>		
HUMULIN N KWIKPEN	T2	HD
HUMULIN R	T2	HD
HUMULIN R U-500	T2	HD
HUMULIN R U-500 KWIKPEN	T2	HD
INSULIN LISPRO 100 UNIT/ML VIAL	T2	HD
INSULIN LISPRO JUNIOR KWIKPEN	T2	HD
INSULIN LISPRO KWIKPEN U-100	T2	HD
INSULIN LISPRO PROTAMINE MIX	T2	HD
LYUMJEV	T2	HD
LYUMJEV KWIKPEN U-100	T2	HD
LYUMJEV KWIKPEN U-200	T2	HD
MYXREDLIN	T3	HD
SEMGLEE (YFGN)	T2	HD
SEMGLEE (YFGN) PEN	T2	HD
TOUJEO MAX SOLOSTAR	T2	HD
TOUJEO SOLOSTAR	T2	HD
TRESIBA	T2	HD
TRESIBA FLEXTOUCH U-100, U-200	T2	HD
<b>ANTIINFECCIOSOS (Productos femeninos)</b>		
<b>SULFONAMIDAS VAGINALES</b>		
AVC	T3	
<b>ANTIINFECCIOSOS (Infecciones)</b>		
<b>ANTIBIÓTICOS DE PENICILINA</b>		
<i>amoxicillin</i>	T1	
<b>ANTIINFECCIOSOS/VARIOS (Productos femeninos)</b>		
<b>ANTISÉPTICOS VAGINALES</b>		
<i>acetic acid/oxyquinoline (Relagard)</i>	T1	
RELAGARD ( <i>acetic acid/oxyquinoline</i> )	T3	
TRIMO-SAN	T2	
<b>ANTIINFECCIOSOS/VARIOS (Infecciones)</b>		
<b>ANTIPROTOZOARIOS ANAERÓBICOS DE 2.º GENERACIÓN-ANTIBACTERIANOS</b>		
tinidazole 250 mg tablet	T1	QL(40 tabs/30 days)
tinidazole 500 mg tablet	T1	QL(20 tabs/30 days)

T1 – Genéricos  
 T2 – Marcas preferidas  
 T3 – Marcas no preferidas  
 T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos  
 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

ANTIINFECCIOSOS/VARIOS (Infecciones) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>AMEBICIDAS</b>		
HUMATIN	T3	
<i>paromomycin sulfate</i>	T1	
<b>ANTHELMÍNTICOS</b>		
<i>albendazole</i> (Albenza)	T1	QL(120 tabs/30 days)
ALBENZA ( <i>albendazole</i> )	T3	QL(120 tabs/30 days)
BILTRICIDE ( <i>praziquantel</i> )	T3	
EMVERM	T2	QL(6 tabs/30 days)
<i>ivermectin 3 mg tablet</i> (Stromectol)	T1	PA QL(14 tabs/30 days)
<i>praziquantel</i> (Biltricide)	T1	
STROMECTOL ( <i>ivermectin</i> )	T3	PA QL(14 tabs/30 days)
<b>MEDICAMENTOS CONTRA LA MALARIA</b>		
ARAKODA	T3	QL(16 tabs/fill)
<i>atovaquone-proguanil 250-100</i> (Malarone)	T1	QL(60 tabs/180 days)
<i>atovaquone-proguanil 62.5-25</i> (Malarone)	T1	QL(180 tabs/180 days)
<i>chloroquine phosphate</i>	T1	
COARTEM	T2	QL(24 tabs/30 days)
DARAPRIM ( <i>pyrimethamine</i> )	T5	PA SP
HYDROXYCHLOROQUINE 100 MG TAB	T3	
<i>hydroxychloroquine sulfate</i> (Sovuna)	T1	
<i>hydroxychloroquine 200 mg tab</i> (Plaquenil)	T1	
HYDROXYCHLOROQUINE 300 MG TAB	T3	
HYDROXYCHLOROQUINE 400 MG TAB	T3	
KRINTAFEL	T3	QL(2 tabs/30 days)
MALARONE 250-100 MG TABLET ( <i>atovaquone/proguanil hcl</i> )	T3	QL(60 tabs/180 days)
MALARONE 62.5-25 MG PED TAB ( <i>atovaquone/proguanil hcl</i> )	T3	QL(180 tabs/180 days)
<i>mefloquine hcl</i>	T1	QL(13 tabs/180 days)
PRIMAQUINE 26.3 MG TABLET	T2	QL(120 tabs/180 days)
<i>primaquine 26.3 mg tablet</i>	T1	QL(120 tabs/180 days)
<i>pyrimethamine 25 mg tablet</i> (Daraprim)	T1	PA
<i>pyrimethamine 25 mg tablet</i> (Daraprim)	T1	PA SP
QUALAQUIN ( <i>quinine sulfate</i> )	T3	QL(42 caps/30 days)
<i>quinine sulfate</i> (Qualaquin)	T1	QL(42 caps/30 days)
SOVUNA	T3	
SOVUNA ( <i>hydroxychloroquine sulfate</i> )	T3	

T1 – Genéricos  
T2 – Marcas preferidas  
T3 – Marcas no preferidas  
T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos  
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

ANTIINFECCIOSOS/VARIOS (Infecciones) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>MEDICAMENTOS ANTIPROTOZOARIOS, VARIOS</b>		
<i>atovaquone</i> (Mepron)	T1	
BENZNIDAZOLE	T2	QL(360 tabs/fill)
IMPAVIDO	T2	PA QL(84 caps/30 days)
MEPRON ( <i>atovaquone</i> )	T3	
NEBUPENT ( <i>pentamidine isethionate</i> )	T3	QL(1 v1/28 days)
<i>pentamidine isethionate</i> (Nebupent)	T1	QL(1 v1/28 days)
<b>ANTIINFECCIOSOS/VARIOS (Varios)</b>		
<b>AGENTES ANTIBACTERIANOS, VARIOS</b>		
<i>glycine urologic solution</i>	T1	
<b>ANTISÉPTICOS, GENERALES</b>		
ALCOHOL SWABSTICK	T3	
CVS ISOPROPYL ALCOHOL 91% SPRY	T3	
GS ISOPROPYL ALCOHOL 70% SPRAY	T3	
ISOPROPYL ALCOHOL 70% SPRAY	T3	
MEDI-FIRST ISOPROPYL ALCOHOL	T3	
<b>AGENTES SECADORES ANTISÉPTICOS TÓPICOS</b>		
<i>formaldehyde</i>	T1	
<b>ANTIINFECCIOSOS/VARIOS (Condiciones cutáneas)</b>		
<b>ANTIMICÓTICOS TÓPICOS</b>		
CICLODAN 8% KIT	T3	ST
<i>ciclopirox 8% treatment kit</i>	T1	
<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-ADBM(CF)	T4	PA QL(2 srnge kits/28 days) SP HD
ADALIMUMAB-ADBM(CF) PEN CROHNS	T4	PA QL(6 pens/365 days) SP HD
ADALIMUMAB-ADBM(CF) PEN PS-UV	T4	PA QL(4 pens/365 days) SP HD
ADALIMUMAB-ADBM(CF)PEN	T4	PA QL(2 kits/28 days) SP HD
CYLTEZO(CF) 40MG/0.8ML, 20MG/0.4ML, 10MG/0.2ML SYR, PEN CRH-UC-HS 40MG, PEN PSORIASIS 40MG, PEN 40 MG/0.8 ML	T4	PA SP
ENBREL 25 MG KIT	T4	PA QL(8 vls/28 days) SP HD
ENBREL 25 MG/0.5 ML SYRINGE	T4	PA QL(8 syringes/28 days) SP HD

T1 – Genéricos  
 T2 – Marcas preferidas  
 T3 – Marcas no preferidas  
 T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos  
 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

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

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>ANTIINFLAMATORIOS INHIBIDORES DEL FACTOR DE NECROSIS TUMORAL (cont.)</b>		
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
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-UEVITS-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(1 pen/30 days) SP HD
SIMPONI 100 MG/ML SYRINGE	T4	PA QL(1 syringe/30 days) SP HD
SIMPONI ARIA	T5	PA SP HD

### ANTINEOPLÁSICOS (Cáncer)

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

<i>bexarotene</i> (Targretin)	T1	PA SP HD CSL
-------------------------------	----	--------------

#### ANTINEOPLÁS., INHIBIDORES DE LA HISTONA DEACETILASA (HDAC)

FARYDAK	T3	PA QL(6 caps/fill) CSL
ZOLINZA	T4	PA QL(120 caps/fill) SP HD CSL

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

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.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>AGENTES ANTINEOPLÁSICOS - ALQUILANTES</b>		
ALKERAN ( <i>melfalan</i> )	T5	SP CSL
<i>cyclophosphamide 25 mg capsule</i>	T1	SP HD CSL
CYCLOPHOSPHAMIDE 25 MG TABLET	T5	SP HD CSL
<i>cyclophosphamide 50 mg capsule</i>	T1	SP HD CSL
CYCLOPHOSPHAMIDE 50 MG TABLET	T5	SP HD CSL
GLEOSTINE	T2	CSL
HYDREA ( <i>hydroxyurea</i> )	T3	CSL
<i>hydroxyurea</i> (Hydrea)	T1	CSL
LEUKERAN	T2	CSL
<i>melfalan</i> (Alkeran)	T1	SP CSL
MYLERAN	T2	CSL
TEMODAR ( <i>temozolomide</i> )	T5	PA SP HD CSL
<i>temozolomide</i>	T1	PA SP HD CSL
<i>temozolomide</i> (Temodar)	T1	PA SP HD CSL
<b>AGENTES ANTINEOPLÁSICOS - ANTIANDROGÉNICOS</b>		
<i>abiraterone acetate 250 mg tab</i> (Zytiga)	T1	PA QL(120 tabs/fill) SP HD CSL
<i>abiraterone acetate 500 mg tab</i> (Zytiga)	T1	PA QL(60 tabs/fill) SP HD CSL
<i>bicalutermesaamide</i> (Casodex)	T1	CSL
CASODEX ( <i>bicalutamide</i> )	T3	CSL
ERLEADA 240 MG TABLET	T4	PA SP HD QL (30 tabs/30 days) CSL
EULEXIN ( <i>flutamide</i> )	T3	CSL
<i>flutamide</i> (Eulexin)	T1	CSL
NILANDRON ( <i>nilutamide</i> )	T3	PA CSL
<i>nilutamide</i> (Nilandron)	T1	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>ANTINEOPLÁSICOS - ANTIMETABOLITOS</b>		
<i>capecitabine 150 mg tablet</i> (Xeloda)	T1	PA QL(56 tabs/fill) SP HD CSL
<i>capecitabine 500 mg tablet</i> (Xeloda)	T1	PA QL(140 tabs/fill) SP HD CSL
LONSURF	T4	PA SP HD CSL
<i>mercaptopurine</i>	T1	CSL
<i>methotrexate 2.5 mg tablet</i>	T1	CSL

T1 – Genéricos  
 T2 – Marcas preferidas  
 T3 – Marcas no preferidas  
 T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos  
 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>ANTINEOPLÁSTICOS (Cáncer) (cont.)</b>		
<b>Nombre del medicamento con receta</b>	<b>Nivel del medicamento</b>	<b>Requisitos y límites de cobertura</b>
<b>ANTINEOPLÁSTICOS - ANTIMETABOLITOS (cont.)</b>		
<i>methotrexate 250 mg/10 ml vial</i>	T1	
<i>methotrexate 50 mg/2 ml vial</i>	T1	
<i>methotrexate sodium/pf</i>	T1	
PURIXAN	T4	SP CSL
TABLOID	T3	CSL
TREXALL	T3	CSL
XELODA 150 MG TABLET ( <i>capecitabine</i> )	T5	PA QL(56 tabs/30days) SP HD CSL
XELODA 500 MG TABLET ( <i>capecitabine</i> )	T5	PA QL(140 tabs/30days) SP HD CSL
<b>ANTINEOPLÁSTICOS - INHIBIDORES DE LA AROMATASA</b>		
<i>anastrozole (Arimidex)</i>	T1	HD PPACA CSL
AROMASIN ( <i>exemestane</i> )	T3	HD CSL
<i>exemestane (Aromasin)</i>	T1	HD PPACA CSL
FEMARA ( <i>letrozole</i> )	T3	HD CSL
<i>letrozole (Femara)</i>	T1	HD CSL
<b>ANTINEOPLÁSTICOS - INHIBIDORES DE LA QUINASA BRAF</b>		
TAFINLAR	T4	PA QL(120 caps/fill) SP HD CSL
ZELBORAF	T4	PA QL(240 tabs/fill) SP HD CSL
<b>ANTINEOPLÁSTICOS - INHIBIDORES DE LA VÍA DE HEDGEHOG</b>		
DAURISMO 100 MG TABLET	T5	PA QL(30 tabs/fill) SP HD CSL
DAURISMO 25 MG TABLET	T5	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	T5	PA SP HD CSL
<b>ANTINEOPLÁSTICOS - INHIBIDORES DE LA QUINASA MEKI Y MEK2</b>		
COTELLIC	T4	PA QL(63 tabs/fill) SP HD CSL
KOSELUGO	T5	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
TAFINLAR 10 MG TABLET FOR SUSP	T4	SP PA HD QL (840ml/30 days) CSL

T1 – Genéricos  
 T2 – Marcas preferidas  
 T3 – Marcas no preferidas  
 T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos  
 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>ANTINEOPLÁSTICOS (Cáncer) (cont.)</b>		
<b>Nombre del medicamento con receta</b>	<b>Nivel del medicamento</b>	<b>Requisitos y límites de cobertura</b>
<b>ANTINEOPLÁSTICOS - INHIBIDORES DE LA QUINASA MTOR</b>		
everolimus 2 mg tab for susp (Afinitor Disperz)	T1	PA QL(30 tabs/fill) SP CSL
everolimus 2.5 mg tablet (Afinitor)	T1	
everolimus 3 mg tab for susp (Afinitor Disperz)	T1	PA QL(30 tabs/fill) SP CSL
everolimus 5 mg tab for susp (Afinitor Disperz)	T1	PA QL(30 tabs/fill) SP CSL
everolimus 5 mg tablet (Afinitor)	T1	
everolimus 7.5 mg tablet (Afinitor)	T1	
<b>ANTINEOPLÁSTICOS - INHIBIDORES DE LA PROTEÍNA METILTRANSFERASA</b>		
TAZVERIK	T5	PA SP CSL
<b>ANTINEOPLÁSTICOS - INHIBIDORES DE LA TOPOISOMERASA I</b>		
HYCAMTIN	T4	PA SP HD CSL
<b>AGENTES ANTINEOPLÁSTICOS INMUNOMODULADORES</b>		
lenalidomide	T1	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	T5	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 30 MG TABLET	T4	PA QL(60 tabs/fill) SP CSL
ALUNBRIG 90 MG, 180 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	T5	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, 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

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

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.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>ANTINEOPLÁSICOS, INHIBIDORES DE ENZIMAS SISTÉMICAS (cont.)</b>		
COMETRIQ 60 MG DAILY-DOSE PACK	T4	PA QL(84 caps/fill) SP HD CSL
COPIKTRA	T5	PA QL(56 caps/fill) SP CSL
<i>erlotinib hcl 100 mg tablet (Tarceva)</i>	T1	PA QL(30 tabs/fill) SP HD CSL
<i>erlotinib hcl 150 mg tablet (Tarceva)</i>	T1	PA QL(30 tabs/fill) SP HD CSL
<i>erlotinib hcl 25 mg tablet (Tarceva)</i>	T1	PA QL(60 tabs/fill) SP HD CSL
EXKIVITY 40 MG CAPSULE	T5	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
IWILFIN	T4	PA SP CSL
IMBRUVICA 70 MG CAPSULE	T4	PA QL(30 caps/fill) SP CSL
IMBRUVICA 140 MG CAPSULE	T4	PA QL(120 caps/fill) SP CSL
IMBRUVICA 70 MG/ML SUSPENSION	T4	PA QL(3 bottles/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
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> )	T5	PA QL(30 tabs/30 days) SP HD CSL
KISQALI	T5	PA QL (1 pack/1 time) CSL
KISQALI FEMARA CO-PACK	T5	PA QL (1 PACK/28 DAYS) CSL
<i>lapatinib ditosylate (Tykerb)</i>	T1	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

T1 – Genéricos  
T2 – Marcas preferidas  
T3 – Marcas no preferidas  
T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos  
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.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>ANTINEOPLÁSICOS, INHIBIDORES DE ENZIMAS SISTÉMICAS (cont.)</b>		
LYTGOBI	T4	PA SP CSL
NERLYNX	T4	PA SP HD CSL
NEXAVAR ( <i>sorafenib tosylate</i> )	T5	PA QL(120 tabs/fill) SP HD CSL
NINLARO	T4	PA QL(3 caps/fill) SP HD CSL
OGSIVEO	T5	PA SP CSL
<i>pazopanib hcl</i> (Votrient)	T1	PA QL(120 tabs/30 days) SP HD CSL
PEMAZYRE	T4	PA QL(28 tabs/30 days) SP CSL
PIQRAY	T5	PA SP HD CSL
RETEVMO 40 MG CAPSULE	T5	PA QL(180 caps/fill) SP HD CSL
RETEVMO 80 MG CAPSULE	T5	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	T5	PA QL(600 tabs/30 days) CSL
SCEMBLIX 40MG TABLET	T5	PA QL(300 tabs/30 days) CSL
<i>sorafenib tosylate</i> (Nexavar)	T1	PA QL(120 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
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
STIVARGA	T4	PA QL(84 tabs/fill) SP HD CSL
<i>sunitinib malate 12.5 mg cap</i> (Sutent)	T1	PA QL(90 caps/fill) SP HD CSL
<i>sunitinib malate 25 mg capsule</i> (Sutent)	T1	PA QL(30 caps/fill) SP HD CSL
<i>sunitinib malate 37.5 mg cap</i> (Sutent)	T1	PA QL(30 caps/fill) SP HD CSL
<i>sunitinib malate 50 mg capsule</i> (Sutent)	T1	PA QL(30 caps/fill) SP HD CSL
SUTENT 12.5 MG CAPSULE ( <i>sunitinib malate</i> )	T5	PA QL(90 caps/fill) SP HD CSL
SUTENT 25 MG CAPSULE ( <i>sunitinib malate</i> )	T5	PA QL(30 caps/fill) SP HD CSL
SUTENT 37.5 MG CAPSULE ( <i>sunitinib malate</i> )	T5	PA QL(30 caps/fill) SP HD CSL
SUTENT 50 MG CAPSULE ( <i>sunitinib malate</i> )	T5	PA QL(30 caps/fill) SP HD CSL
TABRECTA	T4	PA SP HD CSL

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

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>ANTINEOPLÁSICOS (Cáncer) (cont.)</b>		
<b>Nombre del medicamento con receta</b>	<b>Nivel del medicamento</b>	<b>Requisitos y límites de cobertura</b>
<b>ANTINEOPLÁSICOS, INHIBIDORES DE ENZIMAS SISTÉMICAS (cont.)</b>		
TAGRISSO	T4	PA QL(30 tabs/fill) SP HD CSL
TALZENNA	T4	PA QL(30 caps/fill) SP HD CSL
TARCEVA 25 MG TABLET ( <i>erlotinib hcl</i> )	T5	PA QL(60 tabs/fill) SP HD CSL
TARCEVA 100 MG TABLET ( <i>erlotinib hcl</i> )	T5	PA QL(30 tabs/fill) SP HD CSL
TARCEVA 150 MG TABLET ( <i>erlotinib hcl</i> )	T5	PA QL(30 tabs/fill) SP HD CSL
TASIGNA 50 MG CAPSULE	T4	PA QL(120 caps/fill) SP HD CSL
TASIGNA 150 MG CAPSULE	T4	PA QL(112 caps/fill) SP HD CSL
TASIGNA 200 MG CAPSULE	T4	PA QL(112 caps/fill) SP HD CSL
TUKYSA 50 MG TABLET	T5	PA QL(300 tabs/fill) SP CSL
TUKYSA 150 MG TABLET	T5	PA QL(120 tabs/fill) SP CSL
TURALIO	T5	PA QL(120 caps/fill) SP CSL
TYKERB ( <i>lapatinib ditosylate</i> )	T5	PA QL(180 tabs/fill) SP HD CSL
VERZENIO	T4	PA QL(60 tabs/fill) SP HD CSL
VITRAKVI 100 MG CAPSULE	T4	PA QL(60 caps/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
VIZIMPRO	T4	PA QL(30 tabs/fill) SP HD CSL
VONJO	T4	PA QL(120 caps/fill) SP CSL
VOTRIENT ( <i>pazopanib hcl</i> )	T5	PA QL(120 tabs/30 days) SP HD CSL
XALKORI 200MG, 250 MG 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	T2	SP PA
ZYDELIG	T4	PA QL(60 tabs/fill) SP HD CSL
ZYKADIA	T4	PA QL(90 tabs/caps/fill) SP HD CSL
<b>ANTINEOPLÁSICOS-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>ANTINEOPLÁSICOS-INHIBIDOR DEL FACTOR INDUCIBLE POR HIPOXIA (HIF)</b>		
WELIREG	T5	PA SP CSL

T1 – Genéricos  
T2 – Marcas preferidas  
T3 – Marcas no preferidas  
T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos  
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>ANTINEOPLÁSTICOS (Cáncer) (cont.)</b>		
<b>Nombre del medicamento con receta</b>	<b>Nivel del medicamento</b>	<b>Requisitos y límites de cobertura</b>
<b>ANTINEOPLÁSTICOS-INHIBIDORES DE LA ISOCITRATO DESHIDROGENASA</b>		
IDHIFA	T4	PA QL(30 tabs/fil) SP HD CSL
TIBSOVO	T4	PA SP CSL
<b>ANTINEOPLÁSTICOS, VARIOS</b>		
<i>etoposide</i>	T1	SP HD CSL
LYSODREN	T2	CSL
MATULANE	T4	SP CSL
<i>tretinoin 10 mg capsule</i>	T1	CSL
<b>INMUNOMODULADORES</b>		
ACTIMMUNE	T4	PA SP HD
<b>MODULADORES SELECTIVOS DE RECEPTORES ESTROGÉNICOS (SERM)</b>		
FARESTON ( <i>toremifene citrate</i> )	T3	HD CSL
SOLTAMOX	T3	HD PPACA CSL
<i>tamoxifen citrate</i>	T1	HD PPACA CSL
<i>toremifene citrate (Fareston)</i>	T1	HD CSL
<b>ANTINEOPLÁSTICOS ESTEROIDES</b>		
EMCYT	T4	SP HD CSL
<i>megestrol 20 mg tablet</i>	T1	CSL
<i>megestrol 40 mg tablet</i>	T1	CSL
<b>ANTINEOPLÁSTICOS (Condiciones cutáneas)</b>		
<b>ANTINEOPLÁSTICOS TÓPICOS FOTOACT., LESIONES PREMALIGNAS</b>		
LEVULAN	T5	SP
<b>AGENTES ANTINEOPLÁSTICOS TÓPICOS PARA LESIONES PREMALIGNAS</b>		
bexarotene 1% gel (Targretin)	T1	PA SP HD
diclofenac sodium 3% gel	T1	PA QL(100 gms/28 days)
EFUDEX ( <i>fluorouracil</i> )	T3	
FLUOROPLEX	T3	
<i>fluorouracil 2% topical soln</i>	T1	
<i>fluorouracil 5% cream (Efudex)</i>	T1	
<i>fluorouracil 5% topical soln</i>	T1	
PANRETIN	T5	PA SP HD
TARGRETIN 1% GEL ( <i>bexarotene</i> )	T5	PA SP HD
TOLAK	T3	
VALCHLOR	T4	PA SP HD

T1 – Genéricos  
 T2 – Marcas preferidas  
 T3 – Marcas no preferidas  
 T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos  
 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>MEDICAMENTOS CONTRA LA OBESIDAD (Control del peso)</b>		
<b>Nombre del medicamento con receta</b>	<b>Nivel del medicamento</b>	<b>Requisitos y límites de cobertura</b>
<b>ANOREXÍGENOS CONTRA LA OBESIDAD</b>		
ADIPEX-P ( <i>phentermine hcl</i> )	T3	PA QL(30 tabs/30 days)
<i>benzphetamine hcl</i>	T1	PA QL(90 tabs/fill)
<i>diethylpropion hcl</i>	T1	PA QL(90 tabs/fill)
<i>diethylpropion hcl</i>	T1	PA QL(30 tabs/fill)
LOMAIRA	T3	PA QL(90 tabs/fill)
<i>phendimetrazine tartrate</i>	T1	PA QL(30 caps/fill)
<i>phendimetrazine tartrate</i>	T1	PA QL(180 tabs/fill)
<i>phentermine 15 mg capsule</i>	T1	PA QL(30 caps/fill)
<i>phentermine 30 mg capsule</i>	T1	PA QL(30 caps/fill)
<i>phentermine 37.5 mg capsule</i>	T1	PA QL(30 caps/30 days)
<i>phentermine 37.5 mg tablet (Adipex-P)</i>	T1	PA QL(30 tabs/fill)
QSYMIA	T3	PA QL(30 caps/fill)
<b>COMBINACIÓN DE MIMÉTICOS DE INCRETINA CONTRA LA OBESIDAD</b>		
ZEPBOUND	T2	
<b>AGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE LA MELANOCORTINA 4 CONTRA LA OBESIDAD</b>		
IMCIVREE	T5	PA QL(6 mls/30 days) SP
<b>AGONISTAS DE LOS RECEPTORES DEL PÉPTIDO SIMILAR AL GLUCAGÓN TIPO I CONTRA LA OBESIDAD</b>		
SAXENDA	T3	PA QL(5 pens/fill)
WEGOVY 0.25 MG/0.5 ML PEN	T2	PA QL(8 pens/year)
WEGOVY 0.5 MG/0.5 ML PEN	T2	PA QL(8 pens/year)
WEGOVY 1 MG/0.5 ML PEN	T2	PA QL(8 pens/year)
WEGOVY 1.7 MG/0.75 ML PEN	T2	PA QL(8 pens/year)
WEGOVY 2.4 MG/0.75 ML PEN	T2	PA QL(4 pens/28 days)
<b>AGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE LA SEROTONINA 2C CONTRA LA OBESIDAD</b>		
BELVIQ	T3	PA
BELVIQ XR	T3	PA
<b>ANTAG. OPIOIDES-INHIB. DE LA RECAPT. DE NOREPINEFRINA Y DOPAMINA CONTRA LA OBESIDAD</b>		
CONTRAVE	T3	PA QL(120 tabs/fill)
<b>AGENTES QUE REDUCEN LA ABSORCIÓN DE GRASAS</b>		
ORLISTAT	T3	PA QL(90 caps/fill)
XENICAL	T3	PA QL(90 caps/fill)
<b>ANTIPARASITARIOS (Condiciones oculares)</b>		
<b>ANTIPARASITARIOS OFTÁLMICOS (DE LOS OJOS)</b>		
XDEMZY	T4	QL(10 mgs/30 days) SP

T1 – Genéricos  
T2 – Marcas preferidas  
T3 – Marcas no preferidas  
T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos  
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

ANTIPARASITARIOS (Infecciones)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>ANTIPARASITARIOS</b>		
ALINIA 100 MG/5 ML SUSPENSION	T2	QL(180 mls/30 days)
<i>nitazoxanide</i> (Alinia)	T1	QL(12 tabs/30 days)
<b>ANTIPARASITARIOS TÓPICOS</b>		
<i>crotamiton</i>	T1	
ELIMITE ( <i>permethrin</i> )	T3	
EURAX	T3	
<i>ivermectin 0.5% lotion</i> (Sklice)	T1	
<i>permethrin</i> (Elimite)	T1	
SKLICE ( <i>ivermectin</i> )	T3	
<i>spinosad</i> (Natroba)	T1	
ULESFIA	T3	
MEDICAMENTOS ANTIPARKINSONIANOS (Enfermedad de Parkinson)		
<b>MEDICAMENTOS ANTIPARKINSONIANOS, ANTICOLINÉRGICOS</b>		
<i>benztropine mesylate</i>	T1	HD
<i>trihexyphenidyl hcl</i>	T1	HD
<b>MEDICAMENTOS ANTIPARKINSONIANOS, OTROS</b>		
<i>amantadine hcl</i>	T1	HD
<i>apomorphine hcl</i>	T1	PA QL(30 mls/30 days) SP
AZILECT ( <i>rasagiline mesylate</i> )	T3	ST HD
<i>bromocriptine mesylate</i> (Parlodel)	T1	HD
<i>carbidopa/levodopa</i>	T1	HD
<i>carbidopa/levodopa</i> (Sinemet 10-100)	T1	HD
<i>carbidopa/levodopa</i> (Sinemet 25-100)	T1	HD
<i>carbidopa/levodopa/entacapone</i> (Stalevo 100)	T1	HD
<i>carbidopa/levodopa/entacapone</i> (Stalevo 125)	T1	HD
<i>carbidopa/levodopa/entacapone</i> (Stalevo 150)	T1	HD
<i>carbidopa/levodopa/entacapone</i> (Stalevo 200)	T1	HD
<i>carbidopa/levodopa/entacapone</i> (Stalevo 50)	T1	HD
<i>carbidopa/levodopa/entacapone</i> (Stalevo 75)	T1	HD
COMTAN ( <i>entacapone</i> )	T3	HD
DUOPA	T5	PA SP HD
<i>entacapone</i> (Comtan)	T1	HD
INBRIJA	T4	PA QL(300 caps/fill) SP HD
KYNMOBI	T2	PA QL(150 films/30 days) HD

T1 – Genéricos  
 T2 – Marcas preferidas  
 T3 – Marcas no preferidas  
 T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos  
 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 ANTIPARKINSONIANOS (Enfermedad de Parkinson) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>MEDICAMENTOS ANTIPARKINSONIANOS, OTROS (cont.)</b>		
MIRAPEX ER ( <i>pramipexole di-hcl</i> )	T3	HD
NEUPRO	T3	HD
NOURIANZ	T5	PA QL(30 tabs/fill) SP HD
PARLODEL ( <i>bromocriptine mesylate</i> )	T3	HD
<i>pramipexole di-hcl</i>	T1	HD
<i>pramipexole di-hcl</i> (Mirapex Er)	T1	HD
<i>rasagiline mesylate</i> (Azilect)	T1	HD
<i>ropinirole hcl</i>	T1	HD
RYTARY	T3	HD
<i>selegiline hcl</i>	T1	HD
SINEMET 10-100 ( <i>carbidopa/levodopa</i> )	T3	HD
SINEMET 25-100 ( <i>carbidopa/levodopa</i> )	T3	HD
STALEVO 50 ( <i>carbidopa/levodopa/entacapone</i> )	T3	HD
STALEVO 75 ( <i>carbidopa/levodopa/entacapone</i> )	T3	HD
STALEVO 100 ( <i>carbidopa/levodopa/entacapone</i> )	T3	HD
STALEVO 125 ( <i>carbidopa/levodopa/entacapone</i> )	T3	HD
STALEVO 150 ( <i>carbidopa/levodopa/entacapone</i> )	T3	HD
STALEVO 200 ( <i>carbidopa/levodopa/entacapone</i> )	T3	HD
TASMAR ( <i>tolcapone</i> )	T3	PA HD
<i>tolcapone</i> (Tasmar)	T1	PA HD

### INHIBIDORES DE LA DESCARBOXILASA

<i>carbidopa</i> (Lodosyn)	T1	PA
LODOSYN ( <i>carbidopa</i> )	T3	PA

### MEDICAMENTOS ANTIPLAQUETARIOS (Diluyentes de la sangre/anticoagulantes)

#### INHIBIDORES DE LA AGRUPACIÓN PLAQUETARIA

<i>aspirin/dipyridamole</i>	T1	HD
BRILINTA	T2	HD
<i>cilostazol</i>	T1	HD
<i>clopidogrel bisulfate</i>	T1	HD
<i>clopidogrel bisulfate</i> (Plavix)	T1	HD
<i>dipyridamole</i>	T1	HD
EFFIENT ( <i>prasugrel hcl</i> )	T3	HD
<i>prasugrel hcl</i> (Effient)	T1	HD
ZONTIVITY	T3	PA HD

T1 – Genéricos  
T2 – Marcas preferidas  
T3 – Marcas no preferidas  
T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos  
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>MEDICAMENTOS ANTIPLAQUETARIOS (Diluyentes de la sangre/anticoagulantes) (cont.)</b>		
<b>Nombre del medicamento con receta</b>	<b>Nivel del medicamento</b>	<b>Requisitos y límites de cobertura</b>
<b>AGENTES REDUCTORES DE PLAQUETAS</b>		
AGRYLIN ( <i>anagrelide hcl</i> )	T3	
<i>anagrelide hcl</i>	T1	
<i>anagrelide hcl</i> (Agrylin)	T1	
<b>ANTIVÍRICOS (SIDA/VIH)</b>		
<b>ANTIRRETROVIRALES - INHIBIDORES DE LA CÁPSIDE</b>		
SUNLENCA	T5	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>		
SYMTUZA	T4	SP
<b>ANTIVÍRICOS, ESPEC. PARA VIH, INHIB. DE LA PROTEASA NO PEPTÍDICOS</b>		
APTIVUS	T4	SP
<i>darunavir</i> (Prezista)	T1	SP
PREZISTA 600MG, 800MG TABLET ( <i>darunavir</i> )	T5	SP
<b>ANTIVÍRICOS, ESPEC. PARA VIH, ANÁLOGOS DE NUCLEÓSIDOS-NUCLEÓTIDOS</b>		
CIMDUO	T4	SP
DESCOVY	T4	SP
<i>emtricitabine-tenofv 100-150mg</i> (Truvada)	T1	SP
<i>emtricitabine-tenofv 133-200mg</i> (Truvada)	T1	SP
<i>emtricitabine-tenofv 167-250mg</i> (Truvada)	T1	SP
<i>emtricitabine-tenofv 200-300mg</i> (Truvada)	T1	SP PPACA
TEMIXYS	T4	SP
<b>ANTIVÍRICOS, ESPEC. PARA VIH, COMB. ANÁLOGOS DE NUCLEÓSIDOS, RTI</b>		
<i>abacavir sulfate/lamivudine</i> (Epzicom)	T1	SP
<i>abacavir/lamivudine/zidovudine</i> (Trizivir)	T1	SP
COMBIVIR ( <i>lamivudine/zidovudine</i> )	T5	SP
EPZICOM ( <i>abacavir sulfate/lamivudine</i> )	T5	SP
<i>lamivudine/zidovudine</i> (Combivir)	T1	SP
TRIZIVIR ( <i>abacavir/lamivudine/zidovudine</i> )	T5	SP
<b>ANTIVÍRICOS, ESPECÍFICOS PARA VIH, ANTAG. DEL CO-RECEPTOR CCR5</b>		
<i>maraviroc</i> (Selzentry)	T1	SP
SELZENTRY 20 MG/ML ORAL SOLN	T4	SP

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

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>ANTIVÍRICOS (SIDA/VIH) (cont.)</b>		
<b>Nombre del medicamento con receta</b>	<b>Nivel del medicamento</b>	<b>Requisitos y límites de cobertura</b>
<b>ANTIVÍRICOS, ESPECÍFICOS PARA VIH, ANTAG. DEL CO-RECEPTOR CCR5 (cont.)</b>		
SELZENTRY 25 MG TABLET	T4	SP
SELZENTRY 75 MG TABLET	T4	SP
SELZENTRY 150 MG TABLET ( <i>maraviroc</i> )	T5	SP
SELZENTRY 300 MG TABLET ( <i>maraviroc</i> )	T5	SP
<b>ANTIVÍRICOS, ESPECÍFICOS PARA VIH, INHIBIDORES DE LA FUSIÓN</b>		
FUZEON	T4	PA QL (60 vials/30 days) SP
<b>ANTIVÍRICOS, ESPECÍFICOS PARA VIH, NO NUCLEÓSIDOS, RTI</b>		
EDURANT	T4	SP
<i>efavirenz</i> (Sustiva)	T1	SP
<i>etravirine</i> (Intelence)	T1	SP
INTELENCE 25 MG TABLET	T4	SP
INTELENCE 100 MG TABLET ( <i>etravirine</i> )	T5	SP
INTELENCE 200 MG TABLET ( <i>etravirine</i> )	T5	SP
<i>nevirapine</i>	T1	SP
<i>nevirapine</i> (Viramune Xr)	T1	SP
SUSTIVA ( <i>efavirenz</i> )	T5	SP
VIRAMUNE XR ( <i>nevirapine</i> )	T5	SP
<b>ANTIVÍRICOS, ESPECÍFICOS PARA VIH, ANÁLOGOS DE NUCLEÓSIDOS, RTI</b>		
<i>abacavir sulfate</i> (Ziagen)	T1	SP
<i>didanosine</i>	T1	SP
<i>emtricitabine</i> (Emtriva)	T1	SP
EMTRIVA 10 MG/ML SOLUTION	T4	SP
EMTRIVA 200 MG CAPSULE ( <i>emtricitabine</i> )	T5	SP
EPIVIR ( <i>lamivudine</i> )	T5	SP
<i>lamivudine</i> (EpiVir)	T1	SP
RETROVIR ( <i>zidovudine</i> )	T5	SP
<i>stavudine</i>	T1	SP
ZIAGEN ( <i>abacavir sulfate</i> )	T5	SP
<i>zidovudine</i>	T1	SP
<i>zidovudine</i> (Retrovir)	T1	SP
<b>ANTIVÍRICOS, ESPECÍFICOS PARA VIH, ANÁLOGOS DE NUCLEÓTIDOS, RTI</b>		
<i>tenofovir disoproxil fumarate</i> (Viread)	T1	SP
VIREAD 150 MG TABLET	T4	SP
VIREAD 200 MG TABLET	T4	SP

T1 – Genéricos  
 T2 – Marcas preferidas  
 T3 – Marcas no preferidas  
 T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos  
 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

ANTIVÍRICOS (SIDA/VIH) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>ANTIVÍRICOS, ESPECÍFICOS PARA VIH, ANÁLOGOS DE NUCLEÓTIDOS, RTI (cont.)</b>		
VIREAD 250 MG TABLET	T4	SP
VIREAD 300 MG TABLET ( <i>tenofovir disoproxil fumarate</i> )	T5	SP
VIREAD POWDER	T4	SP
<b>ANTIVÍRICOS, ESPECÍFICOS PARA VIH, COMB. DE INHIBIDORES DE LA PROTEASA</b>		
KALETRA ( <i>lopinavir/ritonavir</i> )	T5	SP
<i>lopinavir/ritonavir</i> (Kaletra)	T1	SP
<b>ANTIVÍRICOS, ESPECÍFICOS PARA VIH, INHIBIDORES DE LA PROTEASA</b>		
<i>atazanavir sulfate</i> (Reyataz)	T1	SP
EVOTAZ	T5	SP
<i>fosamprenavir calcium</i> (Lexiva)	T1	SP
INVIRASE	T4	SP
LEXIVA 50 MG/ML SUSPENSION	T4	SP
LEXIVA 700 MG TABLET ( <i>fosamprenavir calcium</i> )	T5	SP
NORVIR 100 MG POWDER PACKET	T4	SP
NORVIR 100 MG TABLET ( <i>ritonavir</i> )	T5	SP
REYATAZ 150 MG CAPSULE ( <i>atazanavir sulfate</i> )	T5	SP
REYATAZ 200 MG CAPSULE ( <i>atazanavir sulfate</i> )	T5	SP
REYATAZ 300 MG CAPSULE ( <i>atazanavir sulfate</i> )	T5	SP
REYATAZ 50 MG POWDER PACKET	T4	SP
<i>ritonavir</i> (Norvir)	T1	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)	T1	SP
<i>efavirenz/lamivu/tenofovir disop</i> (Symfi Lo)	T1	SP
<i>efavirenz/lamivu/tenofovir disop</i> (Symfi)	T1	SP
ODEFSEY	T4	SP
SYMFI ( <i>efavirenz/lamivu/tenofovir disop</i> )	T4	SP
SYMFI LO ( <i>efavirenz/lamivu/tenofovir disop</i> )	T4	SP

T1 – Genéricos  
T2 – Marcas preferidas  
T3 – Marcas no preferidas  
T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos  
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

ANTIVÍRICOS (SIDA/VIH) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>ANTIRRETROV.-NUCLEÓSIDOS, RTI NUCLEÓTIDOS, INHIBIDORES DE LA INTEGRASA</b>		
BIKTARVY	T4	SP
GENVOYA	T4	SP
<b>ANTIVÍRICOS (Condiciones oculares)</b>		
<b>ANTIVÍRICOS PARA LOS OJOS</b>		
trifluridine	T1	
ZIRGAN	T3	
<b>ANTIVÍRICOS (Infecciones)</b>		
<b>ANTIVÍRICOS, GENERALES</b>		
acyclovir 200 mg capsule	T1	
acyclovir 200 mg/5 ml susp (Zovirax)	T1	
acyclovir 400 mg tablet	T1	
acyclovir 800 mg tablet	T1	
famciclovir 125 mg tablet	T1	QL(21 tabs/fill)
famciclovir 250 mg tablet	T1	QL(60 tabs/fill)
famciclovir 500 mg tablet	T1	QL(21 tabs/fill)
FLUMADINE (rimantadine hcl)	T3	
LIVTENCITY	T5	PA QL(112 tabs/28 days) SP
oseltamivir 6 mg/ml suspension (Tamiflu)	T1	QL(180ml/30 days)
oseltamivir phos 30 mg capsule (Tamiflu)	T1	QL(20 caps/30 days)
oseltamivir phos 45 mg capsule (Tamiflu)	T1	QL(10 caps/30 days)
oseltamivir phos 75 mg capsule (Tamiflu)	T1	QL(10 caps/30 days)
PREVYMIS	T4	QL(30 tabs/fill) SP HD
RELENZA 5MG	T3	QL(20 blisters/10 days)
rimantadine hcl (Flumadine)	T1	
TAMIFLU 30 MG CAPSULE (oseltamivir phosphate)	T3	QL(20 caps/fill)
TAMIFLU 45 MG CAPSULE (oseltamivir phosphate)	T3	QL(10 caps/fill)
TAMIFLU 75 MG CAPSULE (oseltamivir phosphate)	T3	QL(10 caps/fill)
TAMIFLU 6 MG/ML SUSPENSION (oseltamivir phosphate)	T3	QL(180 mls/fill)
valacyclovir hcl (Valtrex)	T1	QL(30 tabs/fill)
VALCYTE (valganciclovir hcl)	T3	
valganciclovir hcl (Valcyte)	T1	
XOFLUZA	T3	QL(1 tab/fill)
ZOVIRAX 200 MG/5 ML SUSP (acyclovir)	T3	

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

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>ANTIVÍRICOS (Infecciones) (cont.)</b>		
<b>Nombre del medicamento con receta</b>	<b>Nivel del medicamento</b>	<b>Requisitos y límites de cobertura</b>
<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 PELLET 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 PELLET PACK	T4	PA QL(28 pkts/28 days) SP HD
EPCLUSA 400 MG-100 MG TABLET	T4	PA QL(28 tabs/fill) SP HD
HARVONI 33.75-150 MG PELLET PK	T4	PA QL(28 packs/fill) SP HD
HARVONI 45-200 MG PELLET 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>	T1	SP HD
BARACLUDE 0.05 MG/ML SOLUTION	T4	SP HD
<i>entecavir (Baraclude)</i>	T1	SP HD
EPIVIR HBV 100 MG TABLET ( <i>lamivudine</i> )	T5	SP
EPIVIR HBV 25 MG/5 ML SOLN	T4	SP
<i>lamivudine (Epiriv Hbv)</i>	T1	SP
VEMLIDY	T4	SP HD
PEGASYS 180MCG/0.5ML SYRINGE KIT	T4	SP HD
PEGASYS PROCLICK 180MCG/0.5ML	T4	SP HD
<i>ribasphere 200 mg capsule</i>	T1	ST SP HD
<i>ribasphere 600 mg tablet</i>	T1	ST SP
<b>AGENTES PARA EL TRATAMIENTO DE LA HEPATITIS C</b>		
<i>ribavirin</i>	T1	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

## **ANTIVÍRICOS (Condiciones cutáneas)**

<b>ANTIVÍRICOS TÓPICOS</b>		
<i>acyclovir 5% cream (Zovirax)</i>	T1	PA QL(5 gms/fill)
<i>acyclovir 5% ointment (Zovirax)</i>	T1	PA QL(30 gms/fill)
DENAVIR	T3	
<i>penciclovir</i>	T1	
ZOVIRAX 5% CREAM ( <i>acyclovir</i> )	T3	PA QL(5 gms/fill)

T1 – Genéricos  
 T2 – Marcas preferidas  
 T3 – Marcas no preferidas  
 T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos  
 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 AUTÓNOMO (Alergia/rociadores nasales)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>AGENTES PARA EL TRATAMIENTO DE LA ANAFILAXIA</b>		
AUVI-Q	T2	QL(2 auto-injs/30 days)
<i>epinephrine 0.15 mg auto-inject</i> (Epipen Jr 2-Pak)	T1	QL(2 auto-injs/fill)
<i>epinephrine 0.15 mg auto-inject</i> (Epipen Jr)	T1	QL(2 auto-injs/fill)
<i>epinephrine 0.3 mg auto-inject</i> (Epipen 2-Pak)	T1	QL(2 auto-injs/fill)
<i>epinephrine 0.3 mg auto-inject</i> (Epipen)	T1	QL(2 auto-injs/fill)
EPIPEN ( <i>epinephrine</i> )	T2	PA QL(2 auto-injs/fill)
EPIPEN 2-PAK ( <i>epinephrine</i> )	T2	PA QL(2 auto-injs/fill)
EPIPEN JR ( <i>epinephrine</i> )	T2	PA QL(2 auto-injs/fill)
EPIPEN JR 2-PAK ( <i>epinephrine</i> )	T2	PA QL(2 auto-injs/fill)
SYMJEPI	T2	QL(2 syringes/fill)

### MEDICAMENTOS PARA EL SISTEMA NERVIOSO AUTÓNOMO (Enfermedad de Alzheimer)

#### INHIBIDORES DE LA COLINESTERASA

ADLARITY	T3	ST HD
ARICEPT ( <i>donepezil hcl</i> )	T3	ST HD
<i>donepezil hcl</i>	T1	HD
<i>donepezil hcl 10 mg tablet</i> (Aricept)	T1	HD
<i>donepezil hcl 23 mg tablet</i> (Aricept)	T1	ST HD
<i>donepezil hcl 5 mg tablet</i> (Aricept)	T1	HD
EXELON ( <i>rivastigmine</i> )	T3	ST HD
<i>galantamine hbr</i>	T1	HD
<i>galantamine hbr</i> (Razadyne Er)	T1	HD
<i>pyridostigmine 60 mg/5 ml soln</i> (Mestinon)	T1	HD
PYRIDOSTIGMINE BR 30 MG TABLET	T3	HD
<i>pyridostigmine br 60 mg tablet</i> (Mestinon)	T1	HD
<i>pyridostigmine bromide</i> (Mestinon)	T1	HD
RAZADYNE ER ( <i>galantamine hbr</i> )	T3	ST HD
<i>rivastigmine</i> (Exelon)	T1	HD
<i>rivastigmine tartrate</i>	T1	HD

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

#### ADRENÉRGICOS, AROMÁTICOS, SIN CATECOLAMINAS

ADZENYS XR-ODT	T3	ST
<i>amphetamine sulfate</i> (Evekeo)	T1	
DESOXYN ( <i>methamphetamine hcl</i> )	T3	

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

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 AUTÓNOMO (Trastorno de déficit de atención e hiperactividad)<sup>8</sup>

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>ADRENÉRGICOS, AROMÁTICOS, SIN CATECOLAMINAS (cont.)</b>		
DEXEDRINE ( <i>dextroamphetamine sulfate</i> )	T3	ST
<i>dextroamphetamine sulfate</i>	T1	
<i>dextroamphetamine sulfate</i> (Dexedrine)	T1	
<i>dextroamphetamine sulfate</i> (Zenzedi)	T1	
<i>dextroamphetamine/amphetamine</i> (Adderall Xr)	T1	
<i>dextroamphetamine/amphetamine</i> (Adderall)	T1	
<i>dextroamphetamine/amphetamine</i> (Mydayis)	T1	
EVEKEO ODT	T3	
<i>methamphetamine hcl</i> (Desoxyn)	T1	
MYDAYIS ( <i>dextroamphetamine/amphetamine</i> )	T3	ST
<i>zenzedi 10 mg tablet</i>	T1	
ZENZEDI 15 MG TABLET ( <i>dextroamphetamine sulfate</i> )	T3	
ZENZEDI 2.5 MG TABLET	T3	
ZENZEDI 20 MG TABLET ( <i>dextroamphetamine sulfate</i> )	T3	
ZENZEDI 30 MG TABLET ( <i>dextroamphetamine sulfate</i> )	T3	
<i>zenzedi 5 mg tablet</i>	T1	
ZENZEDI 7.5 MG TABLET	T3	

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

#### AGENTES VASOCONSTRICTORES ADRENÉRGICOS

<i>droxidopa</i> (Northera)	T1	PA SP HD
<i>midodrine hcl</i>	T1	
DIBENZYLIN ( <i>phenoxybenzamine hcl</i> )	T3	PA HD
<i>phenoxybenzamine hcl</i> (Dibenzylin)	T1	PA HD

### MEDICAMENTOS PARA EL SISTEMA NERVIOSO AUTÓNOMO (Condiciones urinarias)

#### AGENTES PARASIMPATICOMIMÉTICOS

<i>bethanechol chloride</i>	T1	HD
<i>bethanechol chloride</i> (Urecholine)	T1	HD
<i>cevimeline hcl</i> (Evoxac)	T1	HD
EVOXAC ( <i>cevimeline hcl</i> )	T3	HD
<i>pilocarpine hcl</i> (Salagen)	T1	HD
SALAGEN ( <i>pilocarpine hcl</i> )	T3	HD
URECHOLINE ( <i>bethanechol chloride</i> )	T3	HD

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

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 (Alergia/rociadores nasales)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>EXTRACTOS ALERGÉNICOS, TERAPÉUTICOS</b>		
GRASTEK	T2	PA
ODACTRA	T2	PA
ORALAIR	T2	PA
RAGWITEK	T2	PA
PRODUCTOS BIOLÓGICOS (Medicamentos para la presión arterial/para el corazón)		
<b>INHIBIDORES DE CALICREÍNA PLASMÁTICA</b>		
ORLADEYO 110MG CAPSULE	T5	PA QL (28 caps/28 days) SP
ORLADEYO 150MG CAPSULE	T5	PA QL (28 caps/28 days) SP
TAKHZYRO	T4	PA SP HD
TAKHZYRO 300MG/2ML	T4	PA QL (2 units/28 days) SP HD
PRODUCTOS BIOLÓGICOS (Varios)		
<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
PRODUCTOS BIOLÓGICOS (Vacunas)		
<b>VACUNAS CONTRA EL COVID-19</b>		
COMIRNATY	T2	PPACA
JANSSEN COVID-19 VACCINE (EUA)	T2	PPACA
MODERNA COVID VAC(EUA)	T2	PPACA
MODERNA COVID-19 BOOSTER (EUA)	T2	PPACA
NOVAVAX COVID-19 VACC,ADJ(EUA)	T2	PPACA
PFIZER COVID VAC(EUA)	T2	PPACA
PFIZER COVID-19 VACCINE (EUA)	T2	PPACA
SPIKEVAX COVID (18Y UP) VACC	T2	PPACA
<b>VACUNAS CONTRA VIRUS ENTÉRICOS</b>		
IPOL	T2	PPACA
ROTARIX	T2	HD PPACA
ROTATEQ	T2	PPACA
<b>VACUNAS CONTRA COCOS GRAMNEGATIVOS</b>		
BEXSERO	T2	PPACA
MENACTRA	T2	PPACA
MENQUADFI	T2	PPACA

T1 – Genéricos  
 T2 – Marcas preferidas  
 T3 – Marcas no preferidas  
 T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos  
 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>PRODUCTOS BIOLÓGICOS (Vacunas) (cont.)</b>		
<b>Nombre del medicamento con receta</b>	<b>Nivel del medicamento</b>	<b>Requisitos y límites de cobertura</b>
<b>VACUNAS CONTRA COCOS GRAMNEGATIVOS (cont.)</b>		
MENVEO A-C-Y-W-135-DIP	T2	PPACA
PENBRAYA	T2	PPACA
TRUMENBA	T2	PPACA
<b>VACUNAS CONTRA COCOS GRAMPOSITIVOS</b>		
PNEUMOVAX 23	T2	PPACA
PREVNAR 13	T2	PPACA
PREVNAR 20	T2	PPACA
VAXNEUVANCE	T2	PPACA
<b>VACUNAS CONTRA EL VIRUS DE LA INFLUENZA</b>		
AFLURIA QUAD	T2	PPACA
FLUAD	T2	PPACA
FLUAD QUAD	T2	PPACA
FLUARIX QUAD	T2	PPACA
FLUBLOK QUAD	T2	PPACA
FLUCELVAX QUAD	T2	PPACA
FLULAVAL QUAD	T2	PPACA
FLUMIST QUAD	T3	PPACA
FLUZONE HIGH-DOSE	T2	PPACA
FLUZONE QUAD	T2	PPACA
FLUZONE QUAD PEDI	T2	PPACA
<b>VACUNAS CONTRA VIRUS NEUROTÓXICOS</b>		
DENGVAXIA	T2	PPACA
<b>PREPARACIONES, COMBINACIONES DE VACUNAS/TOXOIDES</b>		
ACTHIB	T2	PPACA
ADACEL TDAP	T2	PPACA
BOOSTRIX TDAP	T2	PPACA
DAPTACEL DTAP	T2	PPACA
DIPHTHERIA-TETANUS TOXOIDS-PED	T2	PPACA
HIBERIX	T2	PPACA
INFANRIX DTAP	T2	PPACA
KINRIX	T2	PPACA
M-M-R II VACCINE	T2	PPACA
PEDVAXHIB	T2	PPACA
PENTACEL	T2	PPACA

T1 – Genéricos  
 T2 – Marcas preferidas  
 T3 – Marcas no preferidas  
 T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos  
 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>PRODUCTOS BIOLÓGICOS (Vacunas) (cont.)</b>		
<b>Nombre del medicamento con receta</b>	<b>Nivel del medicamento</b>	<b>Requisitos y límites de cobertura</b>
<b>PREPARACIONES, COMBINACIONES DE VACUNAS/TOXOIDES (cont.)</b>		
PENTACEL ACTHIB COMPONENT	T2	PPACA
PRIORIX	T2	PPACA
PROQUAD	T2	PPACA
QUADRACEL DTAP-IPV	T2	PPACA
TDVAX	T2	PPACA
TENIVAC	T2	PPACA
VAXELIS	T2	PPACA
<b>VACUNAS ANTIVIRALES/DE CÉLULAS TUMORÍGENAS</b>		
ACAM2000	T2	
AREXVY VIAL KIT	T2	PPACA
ENGERIX-B ADULT	T2	PPACA
ENGERIX-B PEDIATRIC-ADOLESCENT	T2	PPACA
GARDASIL 9	T2	PPACA
HEPLISAV-B	T2	PPACA
JYNNEOS	T2	
PEDIARIX	T2	PPACA
PREHEVBRIO	T2	PPACA
RECOMBIVAX HB	T2	PPACA
SHINGRIX	T2	PPACA
TWINRIX	T2	PPACA
VARIVAX VACCINE	T2	PPACA
<b>SANGRE (Modificadores de la sangre/trastornos hemorrágicos)</b>		
<b>AGENTES ANTIFIBRINOLÍTICOS</b>		
AMICAR ( <i>aminocaproic acid</i> )	T5	SP HD
<i>aminocaproic acid</i> (Amicar)	T1	SP HD
LYSTEDA ( <i>tranexamic acid</i> )	T5	SP
<i>tranexamic acid</i> (Lysteda)	T1	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
<b>ACTIVADORES DE LA PIRUVATO QUINASA</b>		
PYRUKYND 20 MG TABLET	T5	PA QL(56 tabs/28 days) SP

T1 – Genéricos  
T2 – Marcas preferidas  
T3 – Marcas no preferidas  
T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos  
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

SANGRE (Modificadores de la sangre/trastornos hemorrágicos) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>ACTIVADORES DE LA PIRUVATO QUINASA (cont.)</b>		
PYRUKYND 20-5 MG TAPER PACK	T5	PA QL(14 tabs/365 days) SP
PYRUKYND 5 MG TABLET	T5	PA QL(56 tabs/28 days) SP
PYRUKYND 5 MG TAPER PACK	T5	PA QL(7 tabs/365 days) SP
PYRUKYND 50 MG TABLET	T5	PA QL(56 tabs/28 days) SP
PYRUKYND 50-20 MG TAPER PACK	T5	PA QL(14 tabs/365 days) SP
<b>AGENTES PARA LA ANEMIA DREPANOCÍTICA</b>		
DROXIA	T2	
ENDARI	T3	PA
<b>HEMOSTÁTICOS TÓPICOS</b>		
ASTRINGYN	T3	
AVITENE	T3	
ENDO-AVITENE	T3	
EVICEL	T3	
GEL-FLOW	T3	
GEL-FLOW NT	T3	
GELFOAM	T3	
GELFOAM ( <i>gelatin sponge, absorb/porcine</i> )	T3	
GELFOAM COMPRESSED	T3	
GELFOAM JMI	T3	
MONSEL'S	T2	
RECOTHROM	T3	
SURGICEL	T3	
SURGIFOAM SPONGE SIZE 100	T3	
SURGIFOAM SPONGE SIZE 100C	T3	
<i>surgifoam sponge size 12-7 (Gelfoam)</i>	T1	
SYRINGE AVITENE	T3	
TACHOSIL	T3	
THROMBI-GEL ( <i>thrombin/cal/cmc/gel/dress,hem</i> )	T3	
THROMBIN-JMI	T3	
THROMBI-PAD	T3	
ULTRAFOAM	T3	
<b>SANGRE (Diluyentes de la sangre/anticoagulantes)</b>		
<b>AGENTES HEMORREOLÓGICOS</b>		
<i>pentoxifylline</i>	T1	HD

T1 – Genéricos  
 T2 – Marcas preferidas  
 T3 – Marcas no preferidas  
 T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos  
 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 ENFERMEDADES CARDÍACAS (Medicamentos para la presión arterial/para el corazón)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>AGENTES ANTIANGINOSOS Y ANTIISQUÉMICOS, NO HEMODINÁMICOS</b>		
<i>ranolazine</i> (Ranexa)	T1	HD
<b>ANTIARRÍTMICOS</b>		
<i>amiodarone hcl</i>	T1	HD
<i>disopyramide phosphate</i> (Norpace)	T1	HD
<i>dofetilide</i> (Tikosyn)	T1	HD
<i>flecainide acetate</i>	T1	HD
<i>mexiletine hcl</i>	T1	HD
MULTAQ	T3	HD
<i>propafenone hcl</i>	T1	HD
<i>propafenone hcl</i> (Rythmol Sr)	T1	HD
<i>quinidine gluconate</i>	T1	HD
<i>quinidine sulfate</i>	T1	HD
RYTHMOL SR ( <i>propafenone hcl</i> )	T3	HD
<b>BLOQUEADORES DE LOS CANALES DE CALCIO Y ANTIINFLAMATORIOS NO ESTEROIDEOS, INHIBIDORES DE LA COX-2</b>		
CONSENSI	T3	
<b>AGENTES BLOQUEADORES DE LOS CANALES DE CALCIO</b>		
<i>amlodipine besylate</i> (Norvasc)	T1	HD
CALAN SR ( <i>verapamil hcl</i> )	T3	ST HD
CARDIZEM ( <i>diltiazem hcl</i> )	T3	HD
CARDIZEM CD ( <i>diltiazem hcl</i> )	T3	HD
CARDIZEM LA	T3	HD
CARDIZEM LA ( <i>diltiazem hcl</i> )	T3	HD
<i>diltiazem hcl</i>	T1	HD
<i>diltiazem hcl</i>	T1	HD
<i>diltiazem hcl</i> (Cardizem Cd)	T1	HD
<i>diltiazem hcl</i> (Cardizem La)	T1	HD
<i>diltiazem hcl</i> (Cardizem)	T1	HD
<i>felodipine</i>	T1	HD
<i>isradipine</i>	T1	HD
<i>nicardipine hcl</i>	T1	HD
<i>nifedipine</i>	T1	HD
<i>nifedipine</i> (Procardia Xl)	T1	HD
<i>nifedipine</i> (Procardia)	T1	HD
<i>nimodipine</i>	T1	HD

T1 – Genéricos  
 T2 – Marcas preferidas  
 T3 – Marcas no preferidas  
 T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos  
 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>MEDICAMENTOS PARA ENFERMEDADES CARDÍACAS (Medicamentos para la presión arterial/para el corazón) (cont.)</b>		
<b>Nombre del medicamento con receta</b>	<b>Nivel del medicamento</b>	<b>Requisitos y límites de cobertura</b>
<b>AGENTES BLOQUEADORES DE LOS CANALES DE CALCIO (cont.)</b>		
<i>nisoldipine</i>	T1	HD
<i>nisoldipine (Sular)</i>	T1	HD
NYMALIZE	T3	HD
PROCARDIA ( <i>nifedipine</i> )	T3	ST HD
PROCARDIA XL ( <i>nifedipine</i> )	T3	ST HD
SULAR ( <i>nisoldipine</i> )	T3	ST HD
TIAZAC ( <i>diltiazem hcl</i> )	T3	HD
<i>verapamil hcl</i>	T1	HD
<i>verapamil hcl (Calan Sr)</i>	T1	HD
<i>verapamil hcl (Verelan Pm)</i>	T1	HD
<i>verapamil hcl (Verelan)</i>	T1	HD
VERELAN ( <i>verapamil hcl</i> )	T3	ST HD
VERELAN PM ( <i>verapamil hcl</i> )	T3	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>	T1	HD
<i>digoxin (Lanoxin)</i>	T1	HD
LANOXIN	T3	HD
LANOXIN ( <i>digoxin</i> )	T3	HD
<b>ESTIMULADOR DE LA GUANILATO CICLASA SOLUBLE (SGC)</b>		
VERQUVO		
<b>VASODILADORES, CORONARIOS</b>		
GONITRO	T3	HD
ISORDIL ( <i>isosorbide dinitrate</i> )	T3	HD
ISORDIL TITRADOSE ( <i>isosorbide dinitrate</i> )	T3	HD
<i>isosorbide dinitrate</i>	T1	HD
<i>isosorbide dinitrate (Isordil Titradose)</i>	T1	HD
<i>isosorbide dinitrate (Isordil)</i>	T1	HD
<i>isosorbide mononitrate</i>	T1	HD
MINITRAN	T3	HD
NITRO-DUR	T3	HD
<i>nitroglycerin</i>	T1	HD
<i>nitroglycerin 0.3 mg tablet sl (Nitrostat)</i>	T1	HD

T1 – Genéricos  
 T2 – Marcas preferidas  
 T3 – Marcas no preferidas  
 T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos  
 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 ENFERMEDADES CARDÍACAS (Medicamentos para la presión arterial/para el corazón) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>VASODILADORES, CORONARIOS (cont.)</b>		
<i>nitroglycerin 0.4 mg tablet sl</i> (Nitrostat)	T1	HD
<i>nitroglycerin 0.6 mg tablet sl</i> (Nitrostat)	T1	HD
<i>nitroglycerin 400 mcg spray</i> (Nitrolingual)	T1	HD
NITROLINGUAL ( <i>nitroglycerin</i> )	T3	HD
NITROMIST ( <i>nitroglycerin</i> )	T3	HD
NITROSTAT ( <i>nitroglycerin</i> )	T3	HD

### CARDIOVASCULARES (Asma/EPOC/condiciones respiratorias)

#### ANTIHIP. PULM., ESTIMULADOR DE LA GUANILATO CICLASA SOLUBLE

ADEMPAS	T4	PA QL(90 tabs/fill) SP HD
---------	----	---------------------------

#### ANTIHIP. PULM., INHIB. SEL. DE LA FOSFODIESTERASA T5 DE C-GMP

REVATIO 10 MG/ML ORAL SUSP ( <i>sildenafil citrate</i> )	T5	PA QL(112 mls/fill) SP HD
REVATIO 20 MG TABLET ( <i>sildenafil citrate</i> )	T5	PA QL(90 tabs/fill) SP HD
<i>sildenafil 20 mg tablet</i> (Revatio)	T1	PA QL(90 tabs/fill) SP HD
<i>tadalafil</i> (Adcirca)	T1	
<i>tadalafil 20 mg tablet</i> (Adcirca)	T1	PA QL(60 tabs/fill) SP HD

#### ANTIHIP. PULMONAR, ANTAGONISTA DE LOS RECEPTORES DE ENDOTELINA

<i>ambrisentan</i> (Letairis)	T1	PA QL(30 tabs/fill) SP HD
<i>bosentan</i> (Tracleer)	T1	PA QL(60 tabs/fill) SP HD
OPSUMIT	T4	PA QL(30 tabs/fill) SP HD
TRACLEER 125 MG TABLET ( <i>bosentan</i> )	T5	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> )	T5	PA QL(60 tabs/fill) SP HD

#### ANTIHIPERTENSIVOS PULMONARES, TIPO PROSTACICLINAS

ORENITRAM ER	T5	PA QL(90 tabs/fill) SP HD
ORENITRAM TITRATION KT MONTH 1	T5	PA QL (30 tabs/30 days)
ORENITRAM TITRATION KT MONTH 2	T5	PA QL (336 tabs/28 days) SP
ORENITRAM TITRATION KT MONTH 3	T5	PA QL (252 tabs/28 days) SP
TYVASO	T4	PA SP HD
TYVASO DPI	T4	PA SP HD
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

T1 – Genéricos  
 T2 – Marcas preferidas  
 T3 – Marcas no preferidas  
 T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos  
 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>CARDIOVASCULARES (Asma/EPOC/condiciones respiratorias) (cont.)</b>		
<b>Nombre del medicamento con receta</b>	<b>Nivel del medicamento</b>	<b>Requisitos y límites de cobertura</b>
<b>ANTIHIPERTENSIVOS PULMONARES, TIPO PROSTACICLINAS (cont.)</b>		
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	T5	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	T3	ST HD
<i>trandolapril/verapamil hcl</i>	T1	HD
<b>INHIBIDOR DE LA ECA-TIAZIDA O DIURÉTICO TIAZÍDICO</b>		
<i>ACCURETIC (quinapril/hydrochlorothiazide)</i>	T3	HD
<i>benazepril/hydrochlorothiazide</i>	T1	HD
<i>benazepril/hydrochlorothiazide (Lotensin Hct)</i>	T1	HD
<i>captopril/hydrochlorothiazide</i>	T1	HD
<i>enalapril/hydrochlorothiazide</i>	T1	HD
<i>enalapril/hydrochlorothiazide (Vaseretic)</i>	T1	HD
<i>fosinopril/hydrochlorothiazide</i>	T1	HD
<i>lisinopril/hydrochlorothiazide (Zestoretic)</i>	T1	HD
<i>LOTENSIN HCT (benazepril/hydrochlorothiazide)</i>	T3	HD
<i>quinapril/hydrochlorothiazide (Accuretic)</i>	T1	HD
<i>VASERETIC (enalapril/hydrochlorothiazide)</i>	T3	HD
<i>ZESTORETIC (lisinopril/hydrochlorothiazide)</i>	T3	HD
<b>AGENTES BLOQUEADORES ADRENÉRGICOS ALFA/BETA</b>		
<i>carvedilol (Coreg)</i>	T1	HD
<i>carvedilol phosphate (Coreg Cr)</i>	T1	HD
<i>COREG CR (carvedilol phosphate)</i>	T3	ST HD
<i>labetalol hcl</i>	T1	HD
<b>AGENTES BLOQUEADORES ADRENÉRGICOS ALFA</b>		
<i>CARDURA 1 MG TABLET (doxazosin mesylate)</i>	T3	ST QL(30 tabs/fill) HD

T1 – Genéricos  
 T2 – Marcas preferidas  
 T3 – Marcas no preferidas  
 T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos  
 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.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>AGENTES BLOQUEADORES ADRENÉRGICOS ALFA (cont.)</b>		
CARDURA 2 MG TABLET ( <i>doxazosin mesylate</i> )	T3	ST QL(30 tabs/fill) HD
CARDURA 4 MG TABLET ( <i>doxazosin mesylate</i> )	T3	ST QL(30 tabs/fill) HD
CARDURA 8 MG TABLET ( <i>doxazosin mesylate</i> )	T3	ST QL(60 tabs/fill) HD
CARDURA XL	T3	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> )	T3	HD
<i>prazosin hcl</i> (Minipress)	T1	HD
<i>terazosin 1 mg capsule</i>	T1	QL(30 caps/fill) HD
<i>terazosin 10 mg capsule</i>	T1	QL(60 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
<b>ANTAG. DE RECEPT. DE ANGIOTENSINA-BLOQ. DE LOS CANALES DE CALCIO-TIAZIDAS</b>		
<i>amlodipine/valsartan/hcthiazyd</i> (Exforge Hct)	T1	HD
<i>olmesartan/amlodipin/hcthiazyd</i> (Tribenzor)	T1	HD
<b>COMB. INHIBIDOR DEL RECEPT. DE ANGIOTENSINA-DE LA NEPRILISINA (ARNI)</b>		
ENTRESTO	T2	QL(60 tabs/fill) HD
<b>COMB. DE ANTAG. DE RECEPT. DE ANGIOTENSINA-DIURÉTICOS TIAZÍDICOS</b>		
<i>candesartan/hydrochlorothiazid</i> (Atacand Hct)	T1	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)	T1	HD
<i>valsartan/hydrochlorothiazide</i> (Diovan Hct)	T1	HD
<b>BLOQ. DE RECEPTORES DE ANGIOTENSINA-BLOQ. DE LOS CANALES DE CALCIO</b>		
<i>amlodipine bes/olmesartan med</i> (Azor)	T1	HD
<i>amlodipine besylate/valsartan</i> (Exforge)	T1	HD
<i>telmisartan/amlodipine</i>	T1	HD
<b>ANTIHIPERTENSIVOS, INHIBIDORES DE LA ECA</b>		
ACCUPRIL ( <i>quinapril hcl</i> )	T3	HD
ALTACE ( <i>ramipril</i> )	T3	HD
<i>benazepril hcl</i>	T1	HD

T1 – Genéricos  
 T2 – Marcas preferidas  
 T3 – Marcas no preferidas  
 T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos  
 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.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>ANTIHIPERTENSIVOS, INHIBIDORES DE LA ECA (cont.)</b>		
<i>benazepril hcl</i> (Lotensin)	T1	HD
<i>captopril</i>	T1	HD
<i>enalapril maleate</i> (Epaned)	T1	HD
<i>enalapril maleate</i> (Vasotec)	T1	HD
<i>fosinopril sodium</i>	T1	HD
<i>lisinopril</i> (Zestril)	T1	HD
LOTENSIN ( <i>benazepril hcl</i> )	T3	HD
<i>moexipril hcl</i>	T1	HD
<i>perindopril erbumine</i>	T1	HD
<i>quinapril hcl</i> (Accupril)	T1	HD
<i>ramipril</i> (Altace)	T1	HD
<i>trandolapril</i>	T1	HD
VASOTEC ( <i>enalapril maleate</i> )	T3	HD
ZESTRIL ( <i>lisinopril</i> )	T3	HD
<b>ANTIHIPERTENSIVOS, ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE ANGIOTENSINA</b>		
<i>candesartan cilexetil</i> (Atacand)	T1	HD
<i>eprosartan mesylate</i>	T1	HD
<i>irbesartan</i> (Avapro)	T1	HD
<i>losartan potassium</i> (Cozaar)	T1	HD
<i>olmesartan medoxomil</i> (Benicar)	T1	HD
<i>telmisartan</i> (Micardis)	T1	HD
<i>valsartan 160 mg tablet</i> (Diovan)	T1	HD
<i>valsartan 320 mg tablet</i> (Diovan)	T1	HD
<i>valsartan 40 mg tablet</i> (Diovan)	T1	HD
<i>valsartan 80 mg tablet</i> (Diovan)	T1	HD
<b>ANTIHIPERTENSIVOS, BLOQUEADORES GANGLIONARES</b>		
VECAMYL	T3	PA
<b>ANTIHIPERTENSIVOS, VARIOS</b>		
DEMSEK ( <i>metirosine</i> )	T3	PA HD
<i>metirosine</i> (Demser)	T1	PA HD
<b>ANTIHIPERTENSIVOS, SIMPATOLÍTICOS</b>		
CATAPRES ( <i>clonidine hcl</i> )	T3	HD
CATAPRES-TTS 1 ( <i>clonidine</i> )	T3	QL(4 patches/28 days) HD

T1 – Genéricos  
 T2 – Marcas preferidas  
 T3 – Marcas no preferidas  
 T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos  
 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.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>ANTIHIPERTENSIVOS, SIMPATOLÍTICOS (cont.)</b>		
CATAPRES-TTS 2 ( <i>clonidine</i> )	T3	QL(4 patches/28 days) HD
CATAPRES-TTS 3 ( <i>clonidine</i> )	T3	QL(4 patches/28 days) HD
<i>clonidine</i> (Catapres-Tts 1)	T1	QL(4 patches/28 days) HD
<i>clonidine</i> (Catapres-Tts 2)	T1	QL(4 patches/28 days) HD
<i>clonidine</i> (Catapres-Tts 3)	T1	QL(4 patches/28 days) HD
<i>clonidine hcl</i> (Catapres)	T1	HD
<i>guanfacine hcl</i>	T1	HD
<i>methyldopa</i>	T1	HD
<i>methyldopa/hydrochlorothiazide</i>	T1	HD
<b>ANTIHIPERTENSIVOS, VASODILADORES</b>		
<i>hydralazine hcl</i>	T1	HD
<i>minoxidil</i>	T1	HD
<b>AGENTES BLOQUEADORES ADRENÉRGICOS BETA</b>		
<i>acebutolol hcl</i>	T1	HD
<i>atenolol</i> (Tenormin)	T1	HD
BETAPACE ( <i>sotalol hcl</i> )	T3	ST HD
BETAPACE AF ( <i>sotalol hcl</i> )	T3	ST HD
<i>betaxolol hcl</i>	T1	HD
<i>bisoprolol fumarate</i>	T1	HD
CORGARD ( <i>nadolol</i> )	T3	ST HD
LOPRESSOR ( <i>metoprolol tartrate</i> )	T3	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)	T1	HD
<i>nebivolol hcl</i> (Bystolic)	T1	HD
<i>pindolol</i>	T1	HD
<i>propranolol hcl</i>	T1	HD
<i>propranolol hcl</i> (Inderal La)	T1	HD
<i>sotalol hcl</i> (Betapace Af)	T1	HD
<i>sotalol hcl</i> (Betapace)	T1	HD
SOTYLIZE	T2	HD
TENORMIN ( <i>atenolol</i> )	T3	ST HD
<i>timolol maleate</i>	T1	HD

T1 – Genéricos  
 T2 – Marcas preferidas  
 T3 – Marcas no preferidas  
 T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos  
 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.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>BETABLOQUEANTES Y TIAZIDAS, DIURÉTICOS TIAZÍDICOS</b>		
atenolol/chlorthalidone (Tenoretic 100)	T1	HD
atenolol/chlorthalidone (Tenoretic 50)	T1	HD
bisoprolol/hydrochlorothiazide (Ziac)	T1	HD
METOPROLOL SUCCINATE ER-HCTZ	T3	ST HD
metoprolol/hydrochlorothiazide	T1	HD
propranolol/hydrochlorothiazid	T1	HD
TENORETIC 50 (atenolol/chlorthalidone)	T3	ST HD
TENORETIC 100 (atenolol/chlorthalidone)	T3	ST HD
ZIAC (bisoprolol/hydrochlorothiazide)	T3	ST HD
<b>INHIBIDOR DE LA RENINA, DIRECTO</b>		
aliskiren hemifumarate (Tekturna)	T1	HD
<b>COMB. DE INHIBIDORES DIRECTOS DE LA RENINA Y DIURÉTICOS TIAZÍDICOS</b>		
TEKTRUNA HCT	T2	HD
<b>COMBINACIÓN DE VASODILADORES</b>		
isosorbide dinit/hydralazine (Bidil)	T1	
<b>VASODILADORES, PERIFÉRICOS</b>		
ergoloid mesylates	T1	
isoxsuprine hcl	T1	
<b>CARDIOVASCULARES (Medicamentos para el colesterol)</b>		
<b>ANTIHIPERLIP. - INHIB. DE HMG-COA REDUCT.-INHIB. DE AB. DE COLEST.</b>		
ezetimibe-atorvastatin tabs	T1	ST QL (30 tabs/30 days) HD
ezetimibe/simvastatin (Vytorin)	T1	QL(30 tabs/fill) HD
ROSZET	T3	ST QL(30 tabs/fill) HD
<b>ANTIHIPERLIP. - INHIB. DE HMG-COA REDUCT.-BLOQUEADORES DE LOS CANALES DE CALCIO</b>		
amlodipine/atorvastatin	T1	QL(30 tabs/fill) HD
amlodipine/atorvastatin (Caduet)	T1	QL(30 tabs/fill) HD
CADUET (amlodipine/atorvastatin)	T3	ST QL(30 tabs/fill) HD
<b>ANTIHIPERLIPIDÉMICOS - INHIBIDOR DE ATP-CITRATO LIASA</b>		
NEXLETOL	T2	PA
<b>ANTIHIPERLIPIDÉMICOS - INHIBIDORES DE MTP</b>		
JUXTAPID	T4	PA SP HD
<b>ANTIHIPERLIPIDÉMICOS - INHIBIDORES DE PCSK9</b>		
REPATHA PUSHTRONEX	T2	PA

T1 – Genéricos  
 T2 – Marcas preferidas  
 T3 – Marcas no preferidas  
 T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos  
 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.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>ANTIHIPERLIPIDÉMICOS - INHIBIDORES DE PCSK9 (cont.)</b>		
REPATHA SURECLICK	T2	PA
REPATHA SYRINGE	T2	PA
<b>ANTIHIPERLIPIDÉMICOS - INHIBIDOR DE LA ABSORCIÓN DE ACLY Y COLEST.</b>		
NEXLIZET	T2	PA
<b>ANTIHIPERLIPIDÉMICOS-INHIB. DE LA HMG-COA REDUCTASA (ESTATINAS)</b>		
<i>atorvastatin 10 mg tablet</i> (Lipitor)	T1	
<i>atorvastatin 20 mg tablet</i> (Lipitor)	T1	
<i>atorvastatin 40 mg tablet</i> (Lipitor)	T1	
<i>atorvastatin 80 mg tablet</i> (Lipitor)	T1	
FLOLIPID	T3	ST QL(150 mls/fill) HD
<i>fluvastatin sodium</i> (Lescol XL)	T1	QL(30 tabs/fill) HD PPACA
<i>fluvastatin sodium 20 mg cap</i>	T1	QL(30 caps/fill) HD PPACA
<i>fluvastatin sodium 40 mg cap</i>	T1	QL(60 caps/fill) HD PPACA
LESCOL XL ( <i>fluvastatin sodium</i> )	T3	ST QL(30 tabs/fill) HD
LIVALO ( <i>pitavastatin calcium</i> )	T3	ST QL(30 tabs/30 days) HD
<i>lovastatin 10 mg tablet</i>	T1	QL(30 tabs/fill) HD PPACA
<i>lovastatin 20 mg tablet</i>	T1	QL(60 tabs/fill) HD PPACA
<i>lovastatin 40 mg tablet</i>	T1	QL(60 tabs/fill) HD PPACA
<i>pitavastatin calcium</i> (Livalo)	T1	QL(30 tabs/30 days) HD PPACA
<i>pravastatin sodium</i>	T1	QL(30 tabs/fill) HD PPACA
<i>simvastatin 10 mg tablet</i> (Zocor)	T1	QL(30 tabs/fill) HD PPACA
<i>simvastatin 20 mg tablet</i> (Zocor)	T1	QL(30 tabs/fill) HD PPACA
SIMVASTATIN 20 MG/5 ML SUSP	T3	ST QL(150 mls/fill) HD
<i>simvastatin 40 mg tablet</i> (Zocor)	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</i> (Zocor)	T1	QL(30 tabs/fill) HD
ZYPITAMAG	T3	ST QL(30 tabs/fill) HD
<b>SECUESTRADORES DE SALES BILIARES</b>		
<i>cholestyramine (with sugar)</i> (Questran)	T1	HD
<i>cholestyramine/aspartame</i>	T1	HD
<i>cholestyramine/aspartame</i> (Questran Light)	T1	HD
<i>colesevelam hcl</i> (Welchol)	T1	HD
COLESTID	T3	ST HD
COLESTID ( <i>colestipol hcl</i> )	T3	ST HD

T1 – Genéricos  
T2 – Marcas preferidas  
T3 – Marcas no preferidas  
T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos  
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.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>SECUESTRADORES DE SALES BILIARES (cont.)</b>		
<i>colestipol hcl</i> (Colestid)	T1	HD
QUESTRAN ( <i>cholestyramine (with sugar)</i> )	T3	ST HD
QUESTRAN LIGHT ( <i>cholestyramine/aspartame</i> )	T3	ST HD
<b>LIPOTRÓPICOS</b>		
<i>ezetimibe</i> (Zetia)	T1	HD
<i>fenofibrate 120 mg tablet</i> (Fenoglide)	T1	ST HD
<i>fenofibrate 130 mg capsule</i>	T1	HD
<i>fenofibrate 134 mg capsule</i>	T1	HD
<i>fenofibrate 145 mg tablet</i> (Tricor)	T1	HD
<i>fenofibrate 160 mg tablet</i>	T1	HD
<i>fenofibrate 200 mg capsule</i>	T1	HD
<i>fenofibrate 40 mg tablet</i> (Fenoglide)	T1	ST HD
<i>fenofibrate 43 mg capsule</i>	T1	HD
<i>fenofibrate 48 mg tablet</i> (Tricor)	T1	HD
<i>fenofibrate 54 mg tablet</i>	T1	HD
<i>fenofibrate 67 mg capsule</i>	T1	HD
<i>fenofibric acid (choline)</i> (Trilipix)	T1	HD
<i>fenofibric acid</i> (Fibricor)	T1	HD
FENOGLIDE ( <i>fenofibrate</i> )	T3	ST HD
FIBRICOR ( <i>fenofibric acid</i> )	T3	ST HD
<i>gemfibrozil</i> (Lopid)	T1	HD
LOPID ( <i>gemfibrozil</i> )	T3	HD
<i>niacin</i>	T1	HD
<i>niacin 500 mg tablet</i>	T1	HD
NIACOR	T3	HD
TRILIPIX ( <i>fenofibric acid (choline)</i> )	T3	ST HD

## MEDICAMENTOS PARA EL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL (Enfermedad de Alzheimer)

TRATAMIENTO DEL ALZHEIMER, ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES NMDA		
MEMANTINE 5-10 MG TITRATION PK	T3	HD
<i>memantine hcl</i> (Namenda Xr)	T1	HD
<i>memantine hcl 10 mg tablet</i> (Namenda)	T1	HD
<i>memantine hcl 2 mg/ml solution</i>	T1	HD
<i>memantine hcl 5 mg tablet</i> (Namenda)	T1	HD

T1 – Genéricos  
 T2 – Marcas preferidas  
 T3 – Marcas no preferidas  
 T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos  
 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 (Enfermedad de Alzheimer) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>TRATAMIENTO DEL ALZHEIMER, ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES NMDA (cont.)</b>		
NAMENDA 10 MG TABLET ( <i>memantine hcl</i> )	T3	ST HD
NAMENDA 5 MG TABLET ( <i>memantine hcl</i> )	T3	ST HD
NAMENDA 5-10 MG TITRATION PK	T3	HD
NAMENDA XR TITRATION PACK	T3	HD
NAMZARIC	T2	ST HD

### MEDICAMENTOS PARA EL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL (Varios)

#### AGENTES PARA LA ESCLEROSIS LATERAL AMIOTRÓFICA

EXSERVAN	T5	PA SP
RADICAVA ORS	T4	PA SP HD
RILUTEK ( <i>riluzole</i> )	T5	PA SP HD
<i>riluzole</i> (Rilutek)	T1	PA SP HD
TEGLUTIK	T5	PA SP
TIGLUTIK	T5	PA SP

#### MEDICAMENTOS PARA TRATAR TRASTORNOS DEL MOVIMIENTO

AUSTEDO 6 MG TABLET	T4	PA QL(60 tabs/fill) SP HD
AUSTEDO 9 MG TABLET	T4	PA QL(120 tabs/fill) SP HD
AUSTEDO 12 MG TABLET	T4	PA QL(120 tabs/fill) SP HD
AUSTEDO XR TITRATION KT(WK1-4)	T4	PA QL(42 tabs/30 days) 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 24 MG TABLET	T4	PA SP HD QL (60 tabs/30 days)
HORIZANT	T3	ST
INGREZZA	T5	PA QL(30 caps/fill) SP
INGREZZA INITIATION PACK	T5	PA QL(28 caps/fill) SP
<i>tetrabenazine 12.5 mg tablet</i> (Xenazine)	T1	PA QL(120 tabs/fill) SP HD
<i>tetrabenazine 25 mg tablet</i> (Xenazine)	T1	PA QL(60 tabs/fill) SP HD

#### AGENTES PARA EL AFECTO PSEUDOBULBAR (PBA), ANTAGONISTAS DE NMDA

NUDEXTA	T2	PA
---------	----	----

#### XANTINAS

<i>caffeine citrate</i>	T1	HD
-------------------------	----	----

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

#### AGENTES PARA TRATAR LA ESCLEROSIS MÚLTIPLE

AVONEX	T4	PA QL(1 kit/28 days) SP HD
--------	----	----------------------------

T1 – Genéricos  
T2 – Marcas preferidas  
T3 – Marcas no preferidas  
T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos  
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 (Esclerosis múltiple) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>AGENTES PARA TRATAR LA ESCLEROSIS MÚLTIPLE (cont.)</b>		
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> )	T5	PA QL(30 syringes/30 days) SP HD
COPAXONE 40 MG/ML SYRINGE ( <i>glatiramer acetate</i> )	T5	PA QL(12 syringes/30 days) SP HD
<i>dimethyl fumarate</i> (Tecfidera)	T1	PA QL(60 caps/fill) SP HD
<i>fingolimod hcl</i> (Gilenya)	T1	
<i>glatiramer 20 mg/ml syringe</i> (Copaxone)	T1	PA QL(30 syringes/30 days) SP HD
<i>glatiramer 40 mg/ml syringe</i> (Copaxone)	T1	PA QL(12 syringes/30 days) SP HD
<i>glatopa 20 mg/ml syringe</i> (Copaxone)	T1	PA QL(30 syringes/30 days) SP HD
<i>glatopa 40 mg/ml syringe</i> (Copaxone)	T1	PA QL(12 syringes/30 days) SP HD
KESIMPTA PEN	T5	PA QL(1 pen/28 days) SP HD
MAVENCLAD 10 MG X 10 TABLET PK	T5	PA QL(10 tabs/fill) SP HD
MAVENCLAD 10 MG X 4 TABLET PK	T5	PA QL(4 tabs/fill) SP HD
MAVENCLAD 10 MG X 5 TABLET PK	T5	PA QL(5 tabs/fill) SP HD
MAVENCLAD 10 MG X 6 TABLET PK	T5	PA QL(6 tabs/fill) SP HD
MAVENCLAD 10 MG X 7 TABLET PK	T5	PA QL(7 tabs/fill) SP HD
MAVENCLAD 10 MG X 8 TABLET PK	T5	PA QL(8 tabs/fill) SP HD
MAVENCLAD 10 MG X 9 TABLET PK	T5	PA QL(9 tabs/fill) SP HD
MAYZENT 0.25 MG TABLET	T4	PA QL(30 tabs/fill) SP HD
MAYZENT 0.25MG START-1MG MAINT	T4	PA QL(7 tabs/fill) SP HD
MAYZENT 0.25MG START-2MG MAINT	T4	PA QL(12 tabs/fill) SP HD
MAYZENT 1 MG TABLET	T4	PA QL(30 tabs/fill) SP HD
MAYZENT 2 MG TABLET	T4	PA QL(30 tabs/fill) SP HD
PLEGRIDY 125 MCG/0.5 ML PEN	T4	PA QL(1 ml/28 days) SP HD
PLEGRIDY 125 MCG/0.5 ML SYRINGE	T4	PA QL(1 ml/28 days) SP HD
PLEGRIDY PEN INJ STARTER PACK	T4	PA QL(1 ml/365 days) SP HD
PLEGRIDY SYRINGE STARTER PACK	T4	PA QL(1 ml/365 days) SP HD
PONVORY 14-DAY STARTER PACK	T4	PA QL(14 tabs/365 days) SP HD
PONVORY 20 MG TABLET	T4	PA QL(30 tabs/30 days) SP HD
REBIF 22 MCG/0.5 ML SYRINGE	T4	PA QL(6 mls/28 days) SP HD
REBIF 44 MCG/0.5 ML SYRINGE	T4	PA QL(6 mls/28 days) SP HD
REBIF REBIDOSE 22 MCG/0.5 ML	T4	PA QL(6 mls/28 days) SP HD
REBIF REBIDOSE 44 MCG/0.5 ML	T4	PA QL(6 mls/28 days) SP HD

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

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 (Esclerosis múltiple) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
-----------------------------------	-----------------------	-----------------------------------

#### AGENTES PARA TRATAR LA ESCLEROSIS MÚLTIPLE (cont.)

REBIF REBIDOSE 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)	T1	PA QL(60 tabs/fill) SP HD
FIRDAPSE	T4	PA SP
RUZURGI	T2	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)	T2	PA QL(3 mls/30 days)
EMGALITY 300 MG (100 MG X3SYR)	T2	PA QL(3 mls/30 days)

#### AGENTES PARA LA NEURALGIA POSTHERPÉTICA

<i>gabapentin</i> (Gralise)	T1	ST
GRALISE ( <i>gabapentin</i> )	T3	ST
GRALISE	T3	ST

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

#### ANTICONVULSIVOS - TIPO BENZODIAZEPINAS

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

T1 – Genéricos  
 T2 – Marcas preferidas  
 T3 – Marcas no preferidas  
 T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos  
 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.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>ANTICONVULSIVOS - TIPO CANNABINOIDES</b>		
EPIDIOLEX	T4	PA SP HD
<b>ANTICONVULSIVOS</b>		
APTIOM	T3	HD
BRIVIACT	T3	ST HD
<i>carbamazepine</i>	T1	HD
<i>carbamazepine</i>	T1	HD
<i>carbamazepine</i> (Carbatrol)	T1	HD
<i>carbamazepine</i> (Tegretol Xr)	T1	HD
<i>carbamazepine</i> (Tegretol)	T1	HD
CARBATROL ( <i>carbamazepine</i> )	T3	HD
CELONTIN ( <i>methsuximide</i> )	T3	HD
DEPAKOTE ( <i>divalproex sodium</i> )	T3	ST HD
DEPAKOTE ER ( <i>divalproex sodium</i> )	T3	ST HD
DEPAKOTE SPRINKLE ( <i>divalproex sodium</i> )	T3	ST HD
DIACOMIT	T4	PA SP HD
DILANTIN 100 MG CAPSULE ( <i>phenytoin sodium extended</i> )	T3	HD
DILANTIN 30 MG CAPSULE	T2	HD
DILANTIN 50 MG INFATAB ( <i>phenytoin</i> )	T3	HD
DILANTIN-125 ( <i>phenytoin</i> )	T3	HD
<i>divalproex sodium</i> (Depakote Er)	T1	HD
<i>divalproex sodium</i> (Depakote Sprinkle)	T1	HD
<i>divalproex sodium</i> (Depakote)	T1	HD
ELEPSIA XR	T3	ST HD
<i>ethosuximide</i> (Zarontin)	T1	HD
<i>felbamate</i> (Felbatol)	T1	HD
FELBATOL ( <i>felbamate</i> )	T3	HD
FYCOMPA	T2	HD
<i>gabapentin</i>	T1	HD
<i>gabapentin</i> (Neurontin)	T1	HD
<i>gabapentin</i> (Neurontin)	T1	HD
GABITRIL ( <i>tiagabine hcl</i> )	T3	HD
<i>lacosamide</i> (Vimpat)	T1	HD
LAMICTAL XR (BLUE)	T3	ST HD
LAMICTAL XR (GREEN)	T3	ST HD

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

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.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>ANTICONVULSIVOS (cont.)</b>		
LAMICTAL XR (ORANGE)	T3	ST HD
<i>lamotrigine</i> (Lamictal (Blue))	T1	HD
<i>lamotrigine</i> (Lamictal (Green))	T1	HD
<i>lamotrigine</i> (Lamictal (Orange))	T1	HD
<i>lamotrigine</i> (Lamictal Odt (Blue))	T1	HD
<i>lamotrigine</i> (Lamictal Odt (Green))	T1	HD
<i>lamotrigine</i> (Lamictal Odt (Orange))	T1	HD
<i>lamotrigine</i> (Lamictal Odt)	T1	HD
<i>lamotrigine</i> (Lamictal Xr)	T1	HD
<i>lamotrigine</i> (Lamictal)	T1	HD
<i>lamotrigine</i> (Lamictal)	T1	HD
<i>levetiracetam</i>	T1	HD
<i>levetiracetam</i> (Keppra Xr)	T1	HD
<i>levetiracetam</i> (Keppra)	T1	HD
MYSOLINE ( <i>primidone</i> )	T3	HD
<i>oxcarbazepine</i> (Trileptal)	T1	HD
OXTELLAR XR	T3	ST HD
PHENYTEK ( <i>phenytoin sodium extended</i> )	T3	HD
<i>phenytoin</i>	T1	HD
<i>phenytoin</i> (Dilantin)	T1	HD
<i>phenytoin</i> (Dilantin-125)	T1	HD
<i>phenytoin sodium extended</i> (Dilantin)	T1	HD
<i>phenytoin sodium extended</i> (Phenytek)	T1	HD
<i>pregabalin</i> (Lyrica)	T1	HD
<i>primidone</i> (Mysoline)	T1	HD
QUDEXY XR ( <i>topiramate</i> )	T3	ST HD
<i>rufinamide</i> (Banzel)	T1	PA HD
SPRITAM	T3	ST HD
TEGRETOL ( <i>carbamazepine</i> )	T3	HD
TEGRETOL XR ( <i>carbamazepine</i> )	T3	HD
<i>tiagabine hcl</i> (Gabitril)	T1	HD
<i>topiramate er 25mg</i> (Trokendi XR)	T1	ST HD
<i>topiramate er 50mg</i> (Trokendi XR)	T1	ST HD
<i>topiramate er 100mg</i>	T1	ST HD

T1 – Genéricos  
T2 – Marcas preferidas  
T3 – Marcas no preferidas  
T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos  
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.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>ANTICONVULSIVOS (cont.)</b>		
<i>topiramate</i> (Qudexy Xr)	T1	ST HD
<i>topiramate</i> (Topamax)	T1	HD
<i>topiramate</i> (Topamax)	T1	HD
TROKENDI XR	T3	ST HD
<i>valproic acid</i>	T1	HD
<i>valproic acid</i> (as sodium salt)	T1	HD
<i>vigabatrin 500 mg tablet</i> (Sabril)	T1	
<i>vigabatrin</i> (Sabril)	T1	PA QL(150 packs/30 days) SP HD
VIGADRONE	T1	PA QL (150 pkts/30 days) SP HD
XCOPRI 100 MG TABLET	T3	QL(30 tabs/fill) HD
XCOPRI 12.5-25 MG TITRATION PK	T3	QL(28 tabs/fill) HD
XCOPRI 150 MG TABLET	T3	QL(30 tabs/fill) HD
XCOPRI 150-200 MG TITRATION PK	T3	QL(28 tabs/fill) HD
XCOPRI 200 MG TABLET	T3	QL(30 tabs/fill) HD
XCOPRI 250 MG DAILY DOSE PACK	T3	QL(56 tabs/fill) HD
XCOPRI 350 MG DAILY DOSE PACK	T3	QL(56 tabs/fill) HD
XCOPRI 50 MG TABLET	T3	QL(30 tabs/fill) HD
XCOPRI 50-100 MG TITRATION PAK	T3	QL(28 tabs/fill) HD
ZARONTIN ( <i>ethosuximide</i> )	T3	HD
<i>zonisamide</i>	T1	HD
<i>zonisamide</i> (Zonegran)	T1	HD

### MEDICAMENTOS PARA EL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL (Trastornos del sueño/sedantes)

#### TRATAMIENTO DE LA NARCOLEPSIA-ANTAGONISTAS/AGONISTAS INVERSOS DE LOS RECEPT. H3

WAKIX 17.8 MG TABLET	T5	PA QL(60 tabs/fill) SP HD
WAKIX 4.45 MG TABLET	T5	PA QL(30 tabs/fill) SP HD

### FACTORES ESTIMULANTES DE COLONIAS (Modificadores de la sangre/trastornos hemorrágicos)

#### ESTIMULANTES DE LEUCOCITOS (RECuento DE GLÓBULOS BLANCOS)

FULPHILA	T4	PA QL(1.2 mls/30 days) SP
ZIEXTENZO	T4	PA QL(1.2 mls/30 days) SP

#### AGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE TROMBOPOYETINA

DOPTELET	T4	PA QL(15 tabs/fill) SP HD
PROMACTA	T4	PA SP HD

T1 – Genéricos  
T2 – Marcas preferidas  
T3 – Marcas no preferidas  
T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos  
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)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>ANTICONCEPTIVOS, INTRAVAGINALES, SISTÉMICOS</b>		
ANNOVERA	T3	ST QL(1 ring/365 days) PPACA
<i>etonogestrel/ethinyl estradiol</i> (Nuvaring)	T1	PPACA
<b>ANTICONCEPTIVOS, INYECTABLES</b>		
DEPO-PROVERA ( <i>medroxyprogesterone acetate</i> )	T3	QL(1 ml/90 days) PPACA
DEPO-SUBQ PROVERA 104	T3	QL(1 ml/90 days) PPACA
<i>medroxyprogesterone 150 mg/ml</i> (Depo-Provera)	T1	QL(1 ml/90 days) PPACA
<b>ANTICONCEPTIVOS, ORALES</b>		
BEYAZ ( <i>drospir/eth estra/levomefol ca</i> )	T3	ST HD PPACA
<i>desog-e.estradiol/e.estradiol</i> (Mircette)	T1	HD PPACA
<i>desogestrel-ethinyl estradiol</i>	T1	HD PPACA
<i>drospir/eth estra/levomefol ca</i> (Beyaz)	T1	HD PPACA
<i>drospir/eth estra/levomefol ca</i> (Safyral)	T1	HD PPACA
ELLA	T2	QL(1 tab/fill) HD PPACA
<i>ethinyl estradiol/drospirenone</i> (Yasmin 28)	T1	HD PPACA
<i>ethinyl estradiol/drospirenone</i> (Yaz)	T1	HD PPACA
<i>ethynodiol d-ethinyl estradiol</i>	T1	HD PPACA
<i>levonorgestrel/ethin.estradiol</i>	T1	HD PPACA
<i>l-norgest/e.estradiol-e.estradiol</i> (Loseasonique)	T1	HD PPACA
<i>l-norgest/e.estradiol-e.estradiol</i> (Quartette)	T1	HD PPACA
<i>l-norgest/e.estradiol-e.estradiol</i> (Seasonique)	T1	HD PPACA
<i>noreth-ethinyl estradiol/iron</i>	T1	HD PPACA
<i>noreth-ethinyl estradiol/iron</i> (Generess Fe)	T1	HD PPACA
<i>norethind-eth estrad 1-0.02 mg</i> (Loestrin)	T1	HD PPACA
<i>norethindrone</i>	T1	HD PPACA
<i>norethindrone ac-eth estradiol</i> (Loestrin)	T1	HD PPACA
<i>norethindrone-e.estradiol-iron</i>	T1	HD PPACA
<i>norethindrone-e.estradiol-iron</i> (Loestrin Fe)	T1	HD PPACA
<i>norethindrone-e.estradiol-iron</i> (Minastrin 24 Fe)	T1	HD PPACA
<i>norethindrone-e.estradiol-iron</i> (Taytulla)	T1	HD PPACA
<i>norethindrone-ethin. estradiol</i>	T1	HD PPACA
<i>norethin-ee 1.5-0.03 mg(21) tb</i> (Loestrin)	T1	HD PPACA
<i>norgestimate-ethinyl estradiol</i>	T1	HD PPACA
<b>NORGESTREL-ETHINYL ESTRADIOL</b>	T1	HD PPACA
YAZ ( <i>ethinyl estradiol/drospirenone</i> )	T3	ST HD PPACA

T1 – Genéricos  
 T2 – Marcas preferidas  
 T3 – Marcas no preferidas  
 T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos  
 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>ANTICONCEPTIVOS (Productos anticonceptivos) (cont.)</b>		
<b>Nombre del medicamento con receta</b>	<b>Nivel del medicamento</b>	<b>Requisitos y límites de cobertura</b>
<b>ANTICONCEPTIVOS TRANSDÉRMICOS</b>		
<i>norelgestromin/ethin.estradiol</i>	T1	HD PPACA
<b>DISPOSITIVOS INTRAUTERINOS (DIU)</b>		
KYLEENA	T4	SP PPACA
LILETTA	T5	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.ª GENERACIÓN</b>		
<i>RESPA A.R. (pseudoephed/chlor-mal/bell alk)</i>	T3	
<b>PREPARACIONES PARA LA TOS/EL RESFRÍO (Medicamentos para la tos/el resfrío)</b>		
<b>ANTITUSIVOS NO OPIOIDES</b>		
<i>benzonatate</i>	T1	
<b>COMBINACIONES DE DESCONGESTIVOS-EXPECTORANTES</b>		
<i>guaifenesin/phenylephrine hcl</i>	T1	
<b>ANTITUS. NO OPIOIDES-ANTIHISTAMÍNICOS DE I.ª GENERACIÓN-DESCONGESTIVOS</b>		
<i>BROMFED DM (brompheniramine/pseudoephed/dm)</i>	T3	
<i>brompheniramine/pseudoephed/dm (Bromfed Dm)</i>	T1	
<b>COMB. DE ANTITUSIVOS NO OPIOIDES-ANTIHISTAMÍNICOS DE I.ª GENERACIÓN</b>		
<i>promethazine/dextromethorphan</i>	T1	
<b>ANTITUSIVOS OPIOIDES- ANTIHISTAMÍNICOS DE I.ª GENERACIÓN-DESCONGEST.</b>		
CAPCOF	T3	
HISTEX-AC	T3	
MAXI-TUSS CD	T3	
POLY-TUSSIN AC	T3	
<i>promethazine/phenyleph/codeine</i>	T1	
ZODRYL DAC 25	T3	
ZODRYL DAC 30	T3	
ZODRYL DAC 35	T3	
ZODRYL DAC 40	T3	
ZODRYL DAC 50	T3	
ZODRYL DAC 60	T3	
ZODRYL DAC 80	T3	

T1 – Genéricos  
 T2 – Marcas preferidas  
 T3 – Marcas no preferidas  
 T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos  
 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

PREPARACIONES PARA LA TOS/EL RESFRÍO (Medicamentos para la tos/el resfrío) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>ANTITUSIVOS OPIOIDES-ANTIISTAMÍNICOS DE I.ª GENERACIÓN</b>		
<i>hydrocodone/chlorphen p-stirex</i>	T1	
<i>promethazine hcl/codeine</i>	T1	
TUSSICAPS	T3	PA
TUXARIN ER	T3	
TUZISTRA XR	T3	PA
ZODRYL AC 25	T3	
ZODRYL AC 30	T3	
ZODRYL AC 35	T3	
ZODRYL AC 40	T3	
ZODRYL AC 50	T3	
ZODRYL AC 60	T3	
ZODRYL AC 80	T3	
<b>COMBINACIONES DE ANTITUSIVOS OPIOIDES-ANTICOLINÉRGICOS</b>		
HYCODAN	T3	
HYCODAN ( <i>hydrocodone bit/homatrop me-br</i> )	T3	
<b>COMBINACIONES DE ANTITUSIVOS OPIOIDES-ANTICOLINÉRGICOS</b>		
<i>hydrocodone bit/homatrop me-br</i>	T1	
<i>hydrocodone bit/homatrop me-br</i> (Hycodan)	T1	
<b>COMB. DE ANTITUSIVOS OPIOIDES-DESCONGESTIVOS-EXPECTORANTES</b>		
CODITUSSIN DAC	T3	
<i>pseudoephed/codeine/guaifen</i>	T1	
ZODRYL DEC 25	T3	
ZODRYL DEC 30	T3	
ZODRYL DEC 35	T3	
ZODRYL DEC 40	T3	
ZODRYL DEC 50	T3	
ZODRYL DEC 60	T3	
ZODRYL DEC 80	T3	
<b>COMBINACIÓN DE ANTITUSIVOS OPIOIDES-EXPECTORANTES</b>		
<i>codeine phosphate/guaifenesin</i>	T1	
CODITUSSIN AC	T3	
GUAIFEN-CODEINE 100-10 MG/5 ML	T3	
<i>guaifen-codeine 100-10 mg/5 ml</i>	T1	
GUAIFEN-CODEINE 200-20 MG/10ML	T3	

T1 – Genéricos  
 T2 – Marcas preferidas  
 T3 – Marcas no preferidas  
 T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos  
 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>PREPARACIONES PARA LA TOS/EL RESFRÍO (Medicamentos para la tos/el resfrío) (cont.)</b>		
<b>Nombre del medicamento con receta</b>	<b>Nivel del medicamento</b>	<b>Requisitos y límites de cobertura</b>
<b>COMBINACIÓN DE ANTITUSIVOS OPIOIDES-EXPECTORANTES (cont.)</b>		
MAR-COF CG	T3	
NINJACOF-XG	T3	
OBREDON	T3	PA
<b>DIAGNÓSTICO (Diabetes)</b>		
<b>DIAGNÓSTICO DEL NIVEL DE AZÚCAR EN SANGRE</b>		
FREESTYLE INSULINX	T2	
FREESTYLE INSULINX TEST STRIPS	T2	
FREESTYLE LITE TEST STRIP	T2	
FREESTYLE TEST STRIPS	T2	
ONETOUCH ULTRA TEST STRIP	T2	
ONETOUCH VERIO TEST STRIP	T2	
PRECISION XTRA	T2	
<b>ELEMENTOS PARA EXAMEN DE GLUCOSA EN ORINA</b>		
DIASTIX REAGENT	T2	
<b>DIAGNÓSTICO (Varios)</b>		
<b>PREPARACIONES PARA ANÁLISIS DE SANGRE</b>		
FORA GTEL KETONE TEST STRIP	T3	
GOJJI BLOOD KETONE TEST STRIP	T3	
NOVAMAX PLUS	T2	
PRECISION XTRA	T2	
<b>PRODUCTOS DE DIAGNÓSTICO CARDIOVASCULAR - RADIOPACOS</b>		
OMNIPAQUE	T3	
<b>PREPARACIONES DE DIAGNÓSTICO, VARIAS</b>		
ARIDOL	T3	
GLUCAGEN DIAGNOSTIC 1 MG VIAL	T2	
METHACHOLINE CHLORIDE	T3	
PROVOCHOLINE	T3	
TC 99M SULFUR COLLOID PREP	T3	
TOXICOLOGY SALIVA COLLECTION	T3	
<b>AGENTES PARA EL DIAGNÓSTICO OCULAR</b>		
<i>fluorescein sodium</i>	T1	
<i>ful-glo 1 mg oph strip</i>	T1	
FUL-GLO EYE STRIPS	T3	

T1 – Genéricos  
T2 – Marcas preferidas  
T3 – Marcas no preferidas  
T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos  
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.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>AGENTES PARA IMÁGENES POR FLUORESCENCIA - TEJIDO MALIGNO</b>		
GLEOLAN	T3	
<b>PRODUCTOS DE DIAGNÓSTICO RADIOPACOS GASTROINTESTINALES</b>		
<i>diatrizoate meglumine, sodium</i> (Gastrografin)	T1	
ENTERO VU	T3	
E-Z DISK	T3	
E-Z-HD	T3	
E-Z-PAQUE	T3	
E-Z-PASTE	T3	
GASTROGRAFIN ( <i>diatrizoate meglumine, sodium</i> )	T3	
GASTROMARK	T3	
LIQUID E-Z PAQUE	T3	
LIQUID POLIBAR PLUS	T3	
NEULUMEX	T3	
POLIBAR ACB	T3	
READI-CAT 2	T3	
SITZMARKS	T3	
TAGITOL	T3	
VANILLA SILQ	T3	
VARIBAR HONEY	T3	
VARIBAR NECTAR	T3	
VARIBAR PUDDING	T3	
VARIBAR THIN HONEY	T3	
VARIBAR THIN LIQUID	T3	
VOLUMEN	T3	
<b>PRODUCTOS DE DIAGNÓSTICO DE LA FUNCIÓN METABÓLICA</b>		
METOPIRONE	T3	
<b>PRODUCTOS DE DIAGNÓSTICO RADIOACTIVOS, GENERALES</b>		
XENON XE-133	T3	
<b>ELEMENTOS RADIOFARMACÉUTICOS</b>		
INDICLOR	T3	
<b>PRODUCTOS DE DIAGNÓSTICO RADIOPACOS URINARIOS</b>		
CYSTO-CONRAY II	T3	
CYSTOGRAFIN	T3	
CYSTOGRAFIN-DILUTE	T3	

T1 – Genéricos  
 T2 – Marcas preferidas  
 T3 – Marcas no preferidas  
 T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos  
 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>DIAGNÓSTICO (Varios) (cont.)</b>		
<b>Nombre del medicamento con receta</b>	<b>Nivel del medicamento</b>	<b>Requisitos y límites de cobertura</b>
<b>PRODUCTOS DE DIAGNÓSTICO RADIOPACOS URINARIOS (cont.)</b>		
KETONE CARE TEST STRIP	T2	
KETONE TEST STRIP	T2	
KETOSTIX REAGENT	T2	
TRUEPLUS KETONE TEST STRIP	T2	
<b>ELEMENTOS PARA EXAMEN DE GLUCOSA/ACETONA EN ORINA, TIRAS REACTIVAS</b>		
KETO-DIASTIX REAGENT	T2	
<b>ELEMENTOS PARA DIVERSOS ANÁLISIS DE ORINA</b>		
CHEK-STIX	T2	
CHEMSTRIP	T2	
CHEMSTRIP 10 WITH SG	T2	
CHEMSTRIP 2 GP	T2	
CHEMSTRIP 50B	T2	
CHEMSTRIP 7	T2	
CHEMSTRIP 9	T2	
COMBISTIX REAGENT	T2	
HEMA-COMBISTIX	T2	
KETO-DIASTIX REAGENT	T2	
LABSTIX REAGENT	T2	
MULTISTIX	T2	
MULTISTIX 10 SG	T2	
MULTISTIX 5	T2	
MULTISTIX 7	T2	
MULTISTIX 8 SG	T2	
MULTISTIX 9	T2	
MULTISTIX 9 SG	T2	
URISTIX 4	T2	
URISTIX REAGENT	T2	
<b>DIURÉTICOS (Diuréticos)</b>		
<b>ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE LA ARGININA VASOPRESINA (AVP)</b>		
<i>tolvaptan 15 mg tablet (Samsca)</i>	T1	PA QL(30 tabs/fill) SP
<i>tolvaptan 30 mg tablet (Samsca)</i>	T1	PA QL(60 tabs/fill) SP
<b>INHIBIDORES DE LA ANHIDRASA CARBÓNICA</b>		
<i>acetazolamide</i>	T1	HD
<i>methazolamide</i>	T1	HD

T1 – Genéricos  
 T2 – Marcas preferidas  
 T3 – Marcas no preferidas  
 T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos  
 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.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>DIURÉTICOS DE ASA</b>		
<i>bumetanide</i>	T1	HD
EDECIN ( <i>ethacrynic acid</i> )	T3	ST HD
<i>ethacrynic acid</i> (Edecrin)	T1	HD
<i>furosemide</i>	T1	HD
<b>AGENTE DE LA ENFERMEDAD RENAL POLIQUÍSTICA, ANTAG. DE LOS RECEP. DE LA AVP</b>		
<i>furosemide</i> (Lasix)	T1	HD
LASIX ( <i>furosemide</i> )	T3	ST HD
<i>torsemide</i>	T1	HD
JYNARQUE 15 MG TABLET	T5	PA QL(120 tabs/fill) SP
JYNARQUE 15 MG-15 MG TABLET	T5	PA QL(56 tabs/fill) SP
JYNARQUE 30 MG TABLET	T5	PA QL(120 tabs/fill) SP
JYNARQUE 30 MG-15 MG TABLET	T5	PA QL(56 tabs/fill) SP
JYNARQUE 45 MG-15 MG TABLET	T5	PA QL(56 tabs/fill) SP
JYNARQUE 60 MG-30 MG TABLET	T5	PA QL(56 tabs/fill) SP
JYNARQUE 90 MG-30 MG TABLET	T5	PA QL(56 tabs/fill) SP
<b>DIURÉTICOS AHORRADORES DE POTASIO</b>		
ALDACTONE ( <i>spironolactone</i> )	T3	HD
<i>amiloride hcl</i>	T1	HD
DYRENIUM ( <i>triamterene</i> )	T3	HD
<i>eplerenone</i> (Inspra)	T1	HD
INSPIRA ( <i>eplerenone</i> )	T3	HD
KERENDIA	T2	PA QL(30 tabs/fill) HD
<i>spironolactone</i> (Aldactone)	T1	HD
<i>spironolactone</i> (Carospir)	T1	HD
<i>triamterene</i> (Dyrenium)	T1	HD
<b>DIURÉTICOS AHORRADORES DE POTASIO EN COMBINACIÓN</b>		
ALDACTAZIDE	T3	HD
<i>amiloride/hydrochlorothiazide</i>	T1	HD
DYAZIDE ( <i>triamterene/hydrochlorothiazid</i> )	T3	HD
MAXZIDE ( <i>triamterene/hydrochlorothiazid</i> )	T3	HD
MAXZIDE-25 MG ( <i>triamterene/hydrochlorothiazid</i> )	T3	HD
<i>spironolact/hydrochlorothiazid</i>	T1	HD
<i>triamterene/hydrochlorothiazid</i> (Dyazide)	T1	HD

T1 – Genéricos  
 T2 – Marcas preferidas  
 T3 – Marcas no preferidas  
 T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos  
 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>DIURÉTICOS (Diuréticos) (cont.)</b>		
<b>Nombre del medicamento con receta</b>	<b>Nivel del medicamento</b>	<b>Requisitos y límites de cobertura</b>
<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>THIAZIDA Y DIURÉTICOS AFINES</b>		
<i>chlorthalidone</i>	T1	HD
DIURIL	T3	HD
<i>hydrochlorothiazide</i>	T1	HD
<i>indapamide</i>	T1	HD
<i>metolazone</i>	T1	HD
<b>PREPARACIONES PARA LOS OJOS, LOS OÍDOS, LA NARIZ Y LA GARGANTA (Alergia/rociadores nasales)</b>		
<b>ANTIISTAMÍNICOS NAALES</b>		
<i>azelastine 0.1% (137 mcg) spray</i>	T1	QL (60 mls/fill) HD
<i>azelastine 0.15% nasal spray</i>	T1	HD
<i>olopatadine hcl (Patanase)</i>	T1	QL (31 gms/fill) HD
PATANASE ( <i>olopatadine hcl</i> )	T3	QL (31 gms/fill) HD
<b>COMB. DE ANTIISTAMÍNICOS NAALES Y ANTIINFLAM. ESTEROIDEOS</b>		
<i>azelastine/fluticasone (Dymista)</i>	T1	ST QL (23 gms/fill) HD
DYMISTA ( <i>azelastine/fluticasone</i> )	T3	ST QL (23 gms/fill) HD
RYALTRIS	T3	ST QL (1 bottle/fill) HD
<b>ANTIINFLAMATORIOS ESTEROIDEOS NAALES</b>		
<i>flunisolide</i>	T1	ST QL (50 mls/fill) HD
<i>fluticasone prop 50 mcg spray</i>	T1	QL (16 gms/fill) HD
<i>mometasone furoate 50 mcg spray (Nasonex)</i>	T1	ST QL (17 gms/fill) HD
XHANCE	T3	ST QL (32 mls/fill) HD
<b>PREPARACIONES NAALES, VARIAS (CON RECETA)</b>		
COCAINE HCL	T3	HD
GOPRELTO	T3	HD
<i>ipratropium 0.03% spray</i>	T1	QL (30 mls/fill) HD
<i>ipratropium 0.06% spray</i>	T1	QL (30 mls/fill) HD
NUMBRINO	T3	HD
<b>PREPARACIONES NAALES, VASOCONSTRICTORES (CON RECETA)</b>		
ADRENALIN CHLORIDE	T3	
<i>epinephrine hcl</i>	T1	

T1 – Genéricos  
 T2 – Marcas preferidas  
 T3 – Marcas no preferidas  
 T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos  
 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

PREPARACIONES PARA LOS OJOS, LOS OÍDOS, LA NARIZ Y LA GARGANTA (Medicamentos para los oídos)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>PREPARACIONES ÓTICAS, ANTIINFLAMATORIAS</b>		
DERMOTIC ( <i>fluocinolone acetonide oil</i> )	T3	
<i>fluocinolone acetonide oil</i> (Dermotic)	T1	
<b>PREPARACIONES ÓTICAS, VARIAS, ANTIINFECCIOSOS</b>		
<i>acetic acid</i>	T1	
CORTANE-B ( <i>hydrocort/pramoxine/chloroxyl</i> )	T3	
<i>hydrocortisone/acetic acid</i>	T1	
PREPARACIONES PARA LOS OJOS, LOS OÍDOS, LA NARIZ Y LA GARGANTA (Condiciones oculares)		
<b>AGENTES PARA EL ENTRECRUZAMIENTO DE COLÁGENO CORNEAL</b>		
PHOTREXA CROSS-LINKING	T3	
PHOTREXA VISCOUS	T3	
<b>LÁGRIMAS ARTIFICIALES</b>		
KLARITY (CHONDROITIN)	T3	
LACRISERT	T3	PA QL(60 inserts/fill)
MIEBO	T2	
<b>ANTIINFECCIOSOS PARA LOS OJOS (CON RECETA ÚNICAMENTE)</b>		
BETADINE	T3	
<b>AGENTES ANTIINFLAMATORIOS PARA LOS OJOS</b>		
ACULAR ( <i>ketorolac tromethamine</i> )	T3	ST
ACULAR LS ( <i>ketorolac tromethamine</i> )	T3	ST
<i>bromfenac sodium</i>	T1	
<i>bromfenac sodium</i> (Bromsite)	T1	
<i>bromfenac sodium</i> (Prolensa)	T1	
<i>dexamethasone sodium phosphate</i>	T1	
DEXTENZA	T3	
<i>diclofenac 0.1% eye drops</i>	T1	
<i>difluprednate</i> (Durezol)	T1	
EYSUVIS	T3	PA QL(8.3 mls/fill)
<i>fluorometholone</i> (Fml)	T1	
<i>flurbiprofen sodium</i>	T1	
FML ( <i>fluorometholone</i> )	T3	ST
ILEVRO	T3	
INVELTYS	T3	ST
<i>ketorolac 0.4% ophth solution</i> (Acular Ls)	T1	
<i>ketorolac 0.5% ophth solution</i> (Acular)	T1	

T1 – Genéricos  
 T2 – Marcas preferidas  
 T3 – Marcas no preferidas  
 T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos  
 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

PREPARACIONES PARA LOS OJOS, LOS OÍDOS, LA NARIZ Y LA GARGANTA (Condiciones oculares) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>AGENTES ANTIINFLAMATORIOS PARA LOS OJOS (cont.)</b>		
KLARITY-B(BETAMETHASONE-CHOND)	T3	
KLARITY-L (LOTEPREDNOL-CHONDR)	T3	
LOTEMAX 0.5% EYE DROPS ( <i>loteprednol etabonate</i> )	T3	
LOTEMAX 0.5% EYE OINTMENT	T3	ST
LOTEMAX 0.5% OPHTHALMIC GEL ( <i>loteprednol etabonate</i> )	T3	ST
LOTEMAX SM	T3	ST
<i>loteprednol etabonate</i> (Alrex)	T1	ST
<i>loteprednol etabonate</i> (Lotemax)	T1	
PRED FORTE ( <i>prednisolone acetate</i> )	T3	
<i>prednisolone ac 1% eye drop</i> (Pred Forte)	T1	
PREDNISOLONE ACET 1% EYE DROP	T3	
<i>prednisolone sodium phosphate</i>	T1	
PREDNISOLONE-BROMFENAC	T3	
PREDNISOLONE-NEPAFENAC	T3	
PROLENSA ( <i>bromfenac sodium</i> )	T3	
<b>ANESTÉSICOS LOCALES PARA LOS OJOS</b>		
AKTEN	T3	
ALCAINE ( <i>proparacaine hcl</i> )	T3	
ALTAFLUOR BENOX ( <i>benoxinate hcl/fluorescein sod</i> )	T3	
FLUORESCEIN-BENOXINATE	T3	
<i>proparacaine hcl</i> (Alcaine)	T1	
<i>proparacaine/fluorescein sod</i>	T1	
<i>tetracaine 0.5% eye drop</i>	T1	
TETRACAINE 0.5% STERI-UNIT SOL	T3	
<i>tetracaine hcl</i>	T1	
TETRAVISC	T3	
TETRAVISC FORTE	T3	
<b>ESTABILIZADORES DE MASTOCITOS PARA LOS OJOS</b>		
cromolyn 4% eye drops	T1	
<b>COMBINACIONES DE MIDRIÁTICOS OCULARES Y AINE</b>		
MYDRIATIC4(TROP-PROP-PE-KTRLC)	T3	
<b>PREPARACIONES OCULARES, VARIAS (SIN RECETA)</b>		
GELFILM	T3	

T1 – Genéricos  
T2 – Marcas preferidas  
T3 – Marcas no preferidas  
T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos  
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

PREPARACIONES PARA LOS OJOS, LOS OÍDOS, LA NARIZ Y LA GARGANTA (Condiciones oculares) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>VASOCONSTRICTORES PARA LOS OJOS</b>		
<i>phenylephrine hcl</i>	T1	
<b>MIÓTICOS Y OTROS REDUCTORES DE LA PRESIÓN INTRAOCULAR</b>		
ALPHAGAN P	T3	ST HD
ALPHAGAN P ( <i>brimonidine tartrate</i> )	T3	ST HD
<i>apraclonidine hcl</i>	T1	HD
betaxolol hcl	T1	HD
BETOPTIC S	T3	HD
<i>bimatoprost</i>	T1	PA HD
<i>brimonidine tartrate</i>	T1	HD
<i>brimonidine tartrate</i> (Alphagan P)	T1	HD
<i>brimonidine tartrate/timolol</i> (Combigan)	T1	HD
BRIMONIDINE-DORZOLAMIDE	T3	HD
<i>brinzolamide</i> (Azopt)	T1	HD
<i>carteolol hcl</i>	T1	HD
COMBIGAN ( <i>brimonidine tartrate/timolol</i> )	T3	ST HD
DORZOLAMIDE	T3	HD
<i>dorzolamide hcl</i> (Trusopt)	T1	HD
<i>dorzolamide hcl/timolol maleate</i> (Cosopt)	T1	HD
<i>dorzolamide/timolol/pf</i> (Cosopt Pf)	T1	HD
IOPIDINE	T3	ST HD
ISOPTO CARPINE ( <i>pilocarpine hcl</i> )	T3	HD
LATANOPROST 0.005% EYE DROP	T3	HD
<i>latanoprost 0.005% eye drops</i> (Xalatan)	T1	PA HD
<i>levobunolol hcl</i>	T1	HD
LUMIGAN	T3	PA HD
PHOSPHOLINE IODIDE	T4	SP HD
<i>pilocarpine hcl</i>	T1	HD
<i>pilocarpine hcl</i> (Isopto Carpine)	T1	HD
SIMBRINZA	T3	HD
<i>timolol maleate</i> (Istalol)	T1	HD
<i>timolol maleate</i> (Timoptic)	T1	HD
<i>timolol maleate</i> (Timoptic-Xe)	T1	HD
<i>timolol maleate/pf</i>	T1	HD
<i>timolol maleate/pf</i> (Timoptic Ocudose)	T1	HD

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

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

PREPARACIONES PARA LOS OJOS, LOS OÍDOS, LA NARIZ Y LA GARGANTA (Condiciones oculares) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>MIÓTICOS Y OTROS REDUCTORES DE LA PRESIÓN INTRAOCULAR (cont.)</b>		
TIMOLOL-BRIMONIDIN-DORZOLAMIDE	T3	HD
TIMOLOL-BRIMONI-DORZOL-LATANOP	T3	HD
TIMOLOL-DORZOLAMIDE	T3	HD
TIMOLOL-DORZOLAMIDE-LATANOPRST	T3	HD
TIMOLOL-LATANOPROST	T3	HD
TIMOPTIC ( <i>timolol maleate</i> )	T3	ST HD
TIMOPTIC-XE ( <i>timolol maleate</i> )	T3	ST HD
<i>travoprost</i> (Travatan Z)	T1	PA HD
TRUSOPT ( <i>dorzolamide hcl</i> )	T3	ST HD
VYZULTA	T3	PA HD
<b>MIDRIÁTICOS</b>		
<i>atropine 1% eye drops</i>	T1	HD
<i>atropine 1% eye ointment</i>	T1	HD
ATROPINE SULFATE-0.9% NACL	T3	HD
CYCLOGYL	T3	HD
CYCLOGYL ( <i>cyclopentolate hcl</i> )	T3	HD
CYCLOMYDRIL	T3	HD
<i>cyclopentolat/tropic/phenyleph</i>	T1	HD
<i>cyclopentolate hcl (Cyclogyl)</i>	T1	HD
CYCLOPENTOLATE-TROPICAMIDE-PE	T3	HD
<i>homatropine hbr</i>	T1	HD
MYDRIACYL ( <i>tropicamide</i> )	T3	HD
PAREMYD	T3	HD
<i>tropicamide</i>	T1	HD
<i>tropicamide (Mydriacyl)</i>	T1	HD
TROPICAMIDE-CYCLOPENTOLATE-PE	T3	HD
TROPICAMIDE-CYCLOPENT-PE-KTRLC	T3	HD
TROPICAMIDE-PHENYLEPHRINE	T3	HD
TROPIC-CYCLOPENT-PE-KTRLC-PROP	T3	HD
<b>ANTICUERPOS MONOCLONALES RECOMBINANTES ANTAGONISTAS DEL RECEPTOR DEL VEGF-A OFTÁLMICOS</b>		
LUCENTIS	T5	PA SP
<b>AGENTES ANTIFIBRÓTICOS OFTÁLMICOS</b>		
MITOMYCIN	T3	
MITOSOL	T3	

T1 – Genéricos  
T2 – Marcas preferidas  
T3 – Marcas no preferidas  
T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos  
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

PREPARACIONES PARA LOS OJOS, LOS OÍDOS, LA NARIZ Y LA GARGANTA (Condiciones oculares) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>ANTIINFLAMATORIOS OFTÁLMICOS, TIPO INMUNOMODULADOR</b>		
CEQUA	T3	PA QL(60 vls/30 days) HD
<i>cyclosporine 0.05% eye emuls (Restasis)</i>	T1	PA QL(60 vials/fill) HD
CYCLOSPORINE IN KLARITY	T3	HD
RESTASIS ( <i>cyclosporine</i> )	T3	PA QL(60 vials/fill) HD
RESTASIS MULTIDOSE	T2	PA QL(6 mls/fill) HD
XIIDRA	T2	PA QL(60 vls/fill) HD
VEVYE	T3	PA HD
<b>AGENTES OFTÁLMICOS REDUCTORES DE LA CISTINA</b>		
CYSTARAN	T4	PA SP
<b>FACTOR DE CRECIMIENTO DEL NERVIÓ OFTÁLMICO HUMANO (HNGF)</b>		
OXERVATE	T4	PA SP HD
<b>PREPARACIONES OFTÁLMICAS, VARIAS</b>		
HEALON GV	T3	
<b>ELECT./CALÓRICOS/H2O (Medicamentos para el colesterol)</b>		
<b>SUPLEMENTOS DE LÍPIDOS ORALES</b>		
DOJOLVI	T5	PA SP HD
<b>ELECT./CALÓRICOS/H2O (Productos dentales)</b>		
<b>PREPARACIONES CON FLÚOR</b>		
CLINPRO 5000	T3	
FLORIVA	T3	
<i>fluoride (sodium)</i>	T1	PPACA
<i>fluoride (sodium)</i>	T1	
<i>fluoride (sodium)</i> (Prevident 5000 Plus)	T1	
<i>fluoride (sodium)</i> (Prevident)	T1	
FLUORIDEX	T3	
FLUORIDEX SENSITIVITY RELIEF	T3	
JUSTRIGHT 5000	T3	
PREVIDENT	T3	
PREVIDENT ( <i>fluoride (sodium)</i> )	T3	
PREVIDENT 5000 DRY MOUTH	T3	
PREVIDENT 5000 ENAMEL PROTECT	T3	
PREVIDENT 5000 ORTHO DEFENSE	T3	
PREVIDENT 5000 PLUS ( <i>fluoride (sodium)</i> )	T3	

T1 – Genéricos  
 T2 – Marcas preferidas  
 T3 – Marcas no preferidas  
 T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos  
 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 (Productos dentales) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>PREPARACIONES CON FLÚOR (cont.)</b>		
PREVIDENT 5000 SENSITIVE	T3	
<i>sodium fluoride 0.2% rinse (Prevident)</i>	T1	
<i>sodium fluoride 1.1% cream (Prevident 5000 Plus)</i>	T1	
<i>sodium fluoride 1.1% gel (Prevident)</i>	T1	
<i>sodium fluoride 5000 ppm cream (Prevident 5000 Plus)</i>	T1	
<i>sodium fluoride 5000 ppm paste</i>	T1	
<i>sodium fluoride/potassium nit</i>	T1	
<b>PREPARACIONES DE VITAMINAS PEDIÁTRICAS</b>		
<i>fluoride (sodium)</i>	T1	PPACA
FLURA-DROPS	T3	
<i>sodium fluoride 0.25 (0.55) mg</i>	T1	PPACA
<i>sodium fluoride 0.5 mg(1.1 mg)</i>	T1	PPACA
<i>sodium fluoride 0.5 mg/ml drop</i>	T1	PPACA
<i>sodium fluoride 1 mg (2.2 mg)</i>	T1	PPACA
ELECT./CALÓRICOS/H2O (Diabetes)		
<b>AGENTES PARA TRATAR LA HIPOGLUCEMIA (HIPERGLUCÉMICOS)</b>		
BAQSIMI	T2	
<i>cvs glucose 4 gram tablet chew (Trueplus Glucose)</i>	T1	
CVS GLUCOSE LIQUID SHOT	T3	
DEX4 GLUCOSE 15 GM GEL PACKET	T3	
<i>dex4 glucose 4 gm tablet chew (Trueplus Glucose)</i>	T1	
<i>dex4 glucose 40% gel (Glucose-15)</i>	T1	
<i>dex4 glucose 40% gel (Glucose-45)</i>	T1	
DEX4 GLUCOSE LIQUID	T3	
DEX4 GLUCOSE LIQUID BLAST	T3	
<i>dex4 glucose tab pouch pack (Trueplus Glucose)</i>	T1	
<i>dex4 quick dissolve tab chew (Trueplus Glucose)</i>	T1	
<i>dextrose</i>	T1	
<i>dextrose (Glucose-15)</i>	T1	
<i>dextrose (Glucose-45)</i>	T1	
<i>dextrose/vitamin d3</i>	T1	
<i>diazoxide (Proglycem)</i>	T1	
<i>drug mart glucose 4 gm tab chw (Trueplus Glucose)</i>	T1	
<i>glucagon 1 mg emergency kit</i>	T1	QL(2 vials/fill)

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

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 (Diabetes) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>AGENTES PARA TRATAR LA HIPOGLUCEMIA (HIPERGLUCÉMICOS) (cont.)</b>		
GLUCO SHOT	T3	
GLUCOSE 2 GM GUMMY	T3	
<i>glucose 3.75 gram tablet chew</i> (Trueplus Glucose)	T1	
<i>glucose 4 gram tablet chew</i> (Trueplus Glucose)	T1	
GLUCOSE LIQUID	T3	
GLUTOSE-15 ( <i>dextrose</i> )	T2	
GLUTOSE-45 ( <i>dextrose</i> )	T2	
<i>gnp glucose 3.75 gram tab chew</i> (Trueplus Glucose)	T1	
<i>gnp glucose 4 gram tablet chew</i> (Trueplus Glucose)	T1	
<i>gnp quick dissolve glucose tab</i> (Trueplus Glucose)	T1	
<i>gs glucose 4 gram tablet chew</i> (Trueplus Glucose)	T1	
GVOKE	T2	QL(2 vials/fill)
GVOKE HYPOPEN 1-PACK, 2-PACK	T2	QL(2 auto-injs/fill)
GVOKE PFS 1-PACK, 2-PACK SYRINGE	T2	QL(2 syringes/fill)
INSTA-GLUCOSE GEL	T3	
<i>insta-glucose gel</i>	T1	
<i>kro glucose 4 gram tablet chew</i> (Trueplus Glucose)	T1	
<i>kroger glucose 4 gram tab chew</i> (Trueplus Glucose)	T1	
<i>leader glucose 4 gm tab chew</i> (Trueplus Glucose)	T1	
<i>leader quick dissolve gluc tab</i> (Trueplus Glucose)	T1	
<i>longs glucose 4 gram tab chew</i> (Trueplus Glucose)	T1	
<i>meijer glucose 4 gram tab chew</i> (Trueplus Glucose)	T1	
<i>ms glucose 4 gram tablet chew</i> (Trueplus Glucose)	T1	
<i>ms quick dissolve glucose tab</i> (Trueplus Glucose)	T1	
<i>preferred plus glucose tab chw</i> (Trueplus Glucose)	T1	
PROGLYCEM ( <i>diazoxide</i> )	T3	
<i>pub glucose 4 gram tablet chew</i> (Trueplus Glucose)	T1	
<i>ra glucose 4 gram tablet chew</i> (Trueplus Glucose)	T1	
<i>reliion glucose 4 gram tab chew</i> (Trueplus Glucose)	T1	
<i>reli-on glucose 4 gram tab chw</i> (Trueplus Glucose)	T1	
RELION GLUCOSE LIQUID	T3	
<i>sm glucose 4 gram tab chew</i> (Trueplus Glucose)	T1	
<i>smart sense glucose 4 gram tab</i> (Trueplus Glucose)	T1	
TRUEPLUS GLUCOSE	T3	

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

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 (Diabetes) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>AGENTES PARA TRATAR LA HIPOGLUCEMIA (HIPERGLUCÉMICOS) (cont.)</b>		
TRUEPLUS GLUCOSE ( <i>dextrose</i> )	T3	
<i>upup glucose 4 gram tab chew</i> (Trueplus Glucose)	T1	
<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	T2	
GLUTOL	T2	
<b>REDUCTORES DE ELECTROLITOS</b>		
AURYXIA	T3	
<i>calcium acetate 667 mg capsule</i>	T1	QL(360 caps/fill)
<i>calcium acetate 667 mg gelcap</i>	T1	QL(360 caps/fill)
<i>calcium acetate 667 mg tablet</i>	T1	QL(360 tabs/fill)
<i>lanthanum carbonate (Fosrenol)</i>	T1	QL(90 tabs/fill)
LOKELMA	T2	QL(30 packs/fill)
PHOSLYRA	T2	
RENVELA 0.8 GM POWDER PACKET ( <i>sevelamer carbonate</i> )	T3	QL(180 packs/fill)
RENVELA 2.4 GM POWDER PACKET ( <i>sevelamer carbonate</i> )	T3	QL(90 packs/fill)
RENVELA 800 MG TABLET ( <i>sevelamer carbonate</i> )	T3	QL(270 tabs/fill)
<i>sevelamer hcl 400 mg tablet</i>	T1	
<i>sevelamer hcl 800 mg tablet</i>	T1	
<i>sodium polystyrene sulfon/sorb</i>	T1	
<i>sodium polystyrene sulfonate</i>	T1	
VELPHORO	T2	QL(120 tabs/fill)
VELTASSA	T2	QL(30 packs/fill)
<b>PREPARACIONES CON FLÚOR</b>		
CLINPRO 5000	T3	
<i>fluoride (sodium)</i>	T1	PPACA
<i>fluoride (sodium)</i>	T1	
<i>fluoride (sodium) (Prevident 5000 Plus)</i>	T1	
<i>fluoride (sodium) (Prevident)</i>	T1	
FLUORIDEX	T3	

T1 – Genéricos  
 T2 – Marcas preferidas  
 T3 – Marcas no preferidas  
 T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos  
 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.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>REDUCTORES DE ELECTROLITOS (cont.)</b>		
JUSTRIGHT 5000	T3	
PREVIDENT	T3	
PREVIDENT (fluoride (sodium))	T3	
PREVIDENT 5000 DRY MOUTH	T3	
PREVIDENT 5000 ORTHO DEFENSE	T3	
PREVIDENT 5000 PLUS (fluoride (sodium))	T3	
sodium fluoride 0.2% rinse (Prevident)	T1	
sodium fluoride 1.1% cream (Prevident 5000 Plus)	T1	
sodium fluoride 1.1% gel (Prevident)	T1	
sodium fluoride 5000 ppm cream (Prevident 5000 Plus)	T1	
sodium fluoride 5000 ppm paste	T1	
<b>AGENTES QUE CONTIENEN YODO</b>		
potassium iodide	T1	
potassium iodide/iodine	T1	
SSKI	T3	
<b>REPOSICIÓN DE HIERRO</b>		
ABATRON	T3	
ABATRON AF	T3	
ACCRUFER	T3	
ACTIVE FE	T3	
APETIGEN-PLUS	T2	
BENTIVITE BX	T3	
CHROMAGEN	T3	
CITRANATAL BLOOM	T3	
CORVITE 150	T3	
CORVITE FE	T3	
cvs iron 27 mg tablet (Fergon)	T1	
cvs iron 65 mg tablet	T1	
CVS SLOW RELEASE IRON 45 MG TB	T3	
cvs slow release iron 45 mg tb	T1	
cvs slow release iron tablet	T1	
eql slow release iron 45 mg tab	T1	
eql slow release iron 50 mg tb	T1	
FEOSOL 45 MG CAPLET (iron, carbonyl)	T2	

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

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.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>REPOSICIÓN DE HIERRO (cont.)</b>		
<i>feosol 65 mg tablet</i>	T1	
FEOSOL BIFERA 28 MG CAPLET	T2	
FERAHEME ( <i>ferumoxytol</i> )	T3	PA
FERGON 27 MG TABLET	T3	
FERGON 27 MG TABLET ( <i>ferrous gluconate</i> )	T2	
FERGON TABLET	T3	
FER-IN-SOL ( <i>ferrous sulfate</i> )	T2	
FERIVA 21-7	T3	
FERIVA FA	T3	
FERRACTIV IRON	T3	
FERRALET 90	T3	
FERRETTIS IPS 18 MG CAP	T3	
FERRETTIS IPS 40 MG/15 ML LIQ	T2	
FERRIMIN 150	T2	
FERRLECIT ( <i>sodium ferric gluconat/sucrose</i> )	T3	PA
FERRO-SEQUELS	T3	
<i>ferrous fum/vit c/b12-if/folic</i>	T1	PPACA
<i>ferrous fumarate</i>	T1	
<i>ferrous fumarate</i> (Hemocyte)	T1	
FERROUS FUMARATE 29 MG TAB	T3	
<i>ferrous fumarate 324 mg tab</i> (Hemocyte)	T1	
<i>ferrous fumarate/folic acid</i> (Hemocyte-F)	T1	
<i>ferrous gluconate</i>	T1	
<i>ferrous gluconate</i> (Fergon)	T1	
<i>ferrous sulfate</i>	T1	
<i>ferrous sulfate</i> (Fer-In-Sol)	T1	
<i>ferrous sulfate/vit c/folic ac</i>	T1	PPACA
<i>ferumoxytol</i> (Feraheme)	T1	PA
FUSION	T3	
FUSION PLUS	T3	
FUSION SPRINKLES	T3	
GENTLE IRON	T3	
<i>gnp iron 45 mg tablet</i>	T1	
<i>gnp iron 65 mg tablet</i>	T1	

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

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.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>REPOSICIÓN DE HIERRO (cont.)</b>		
HEMATEX	T3	
HEMATEX ( <i>iron polysaccharide complex</i> )	T3	
HEMATOGEN	T3	
HEMATRON-AF	T3	
HEMAX	T3	
HEMOCYTE ( <i>ferrous fumarate</i> )	T2	
HEMOCYTE PLUS ( <i>iron fum/folic acid/mv,min 15</i> )	T3	
HEMOCYTE-F ( <i>ferrous fumarate/folic acid</i> )	T3	
<i>hm iron 65 mg tablet</i>	T1	
<i>hm slow release iron tablet</i>	T1	
I.L.X. B-12	T2	
ICAR	T2	
ICAR-C ( <i>iron,carbonyl/ascorbic acid</i> )	T2	
ICAR-C PLUS ( <i>iron,carb/vit c/vit b12/folic</i> )	T3	
INFED	T2	PA
INJECTAFER	T3	PA
INTEGRA	T2	
INTEGRA F ( <i>iron fum,ps/folic acid/vitc/b3</i> )	T3	
INTEGRA PLUS ( <i>iron fum,ps/folic/bcomp,c no.9</i> )	T3	
IRON 18 MG TABLET	T3	
<i>iron 27 mg tablet</i>	T1	
<i>iron 27 mg tablet (Fergon)</i>	T1	
<i>iron 28 mg tablet</i>	T1	
<i>iron 45 mg tablet</i>	T1	
<i>iron 65 mg tablet</i>	T1	
<i>iron aspgly,ps/c/b12/fa/ca/suc</i>	T1	
<i>iron aspgly,ps/c/succinic acid</i>	T1	
<i>iron aspgly/c/b12/fa/ca-th/suc</i>	T1	
<i>iron bg,ps/vitc/b12/fa/calcium</i>	T1	
IRON BISGLYCINATE	T3	
<i>iron fm,ps no.1/folic/mv no.18 (Tandem Plus)</i>	T1	
<i>iron fum,ag/c/b12/folic/ca/suc</i>	T1	
<i>iron fum,ps/folic acid/vitc/b3 (Integra F)</i>	T1	
<i>iron fum,ps/folic/bcomp,c no.9 (Integra Plus)</i>	T1	

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

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.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>REPOSICIÓN DE HIERRO (cont.)</b>		
<i>iron fum/folic acid/mv,min 15 (Hemocyt Plus)</i>	T1	
<i>iron fumarate/vit c/vit b12/fa</i>	T1	
<i>iron polysac/iron heme/fa/b12</i>	T1	
<i>iron polysaccharide complex</i>	T1	
<i>iron polysaccharide complex (Nu-Iron 150)</i>	T1	
<i>iron ps complex/b12/folic acid</i>	T1	
<i>iron,carb/vit c/vit b12/folic (Icar-C Plus)</i>	T1	
<i>iron,carbonyl</i>	T1	
<i>iron,carbonyl (Feosol)</i>	T1	
<i>iron,carbonyl/ascorbic acid (Icar-C)</i>	T1	
<i>iron/c/b12/calcium/stomach conc</i>	T1	
<i>iron/c/folic acid/mv cmb11/calc</i>	T1	
<i>iron/folic acid/vit bcomp,c/min</i>	T1	
<i>iron/folic acid/b12/c/docusate</i>	T1	
<i>iron/folic acid/c/b6/b12/zinc</i>	T1	
<i>iron/vit c/fructooligosaccharid</i>	T1	
IRONUP	T3	
IRO-PLEX	T3	
IROSPAN	T3	
LYDIA PINKHAM HERBAL	T3	
MAXFE	T3	
MONOFERRIC	T3	PA
NEONATAL FE	T3	
NIFEREX	T3	
NOVAFERRUM 125 MG/5 ML LIQUID	T3	
NOVAFERRUM 15 MG/ML DROPS	T2	
NOVAFERRUM 50	T3	
NUFERA	T3	
NU-IRON 150 ( <i>iron polysaccharide complex</i> )	T2	
PARVLEX	T3	
PERFECT IRON	T3	
PRO FE	T2	
PROFERRIN	T2	
PROFERRIN-FORTE	T3	

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

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.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>REPOSICIÓN DE HIERRO (cont.)</b>		
PROTECT IRON	T3	
<i>ra high potency iron 27 mg tab</i>	T1	
RA HIGH POTENCY IRON 27 MG TAB	T3	
<i>ra iron 65 mg tablet</i>	T1	
RA SLOW RELEASE IRON 45 MG TAB	T2	
SIDEROL	T3	
SLOW FE	T2	
<i>slow release iron 160 mg tab</i>	T1	
SLOW RELEASE IRON 45 MG TAB	T2	
SLOW RELEASE IRON 45 MG TABLET	T2	
<i>slow release iron 45 mg tablet</i>	T1	
SLOW RELEASE IRON 45 MG TABLET	T3	
<i>slow release iron tablet</i>	T1	
SLOW RELEASE IRON TABLET	T2	
<i>sm iron 160 mg tablet sa</i>	T1	
<i>sm iron 325 mg tablet</i>	T1	
<i>sm iron 65 mg tablet</i>	T1	
SM SLOW RELEASE IRON 45 MG TAB	T2	
<i>sodium ferric gluconat/sucrose (Ferrlecit)</i>	T1	PA
<i>sv iron 65 mg tablet</i>	T1	
SV SLOW RELEASE IRON 45 MG TAB	T2	
TANDEM DUAL ACTION	T2	
TANDEM PLUS ( <i>iron fm,ps no.1/folic/mv no.18</i> )	T3	
TL-HEM 150	T3	
TRIFERIC	T3	
TULIVITE	T3	
VENOFER	T2	PA
VIRT-FEFA PLUS CAPSULE	T3	
<i>virt-fefa plus capsule (Integra Plus)</i>	T1	
VITABEX IRON	T3	
VITAFOL	T3	
VITRON-C	T2	
<b>PREPARACIONES DE VITAMINAS PEDIÁTRICAS</b>		
<i>fluoride (sodium)</i>	T1	PPACA

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

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.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>PREPARACIONES DE VITAMINAS PEDIÁTRICAS (cont.)</b>		
FLURA-DROPS	T3	
<i>sodium fluoride 0.25 (0.55) mg</i>	T1	PPACA
<i>sodium fluoride 0.5 mg(1.1 mg)</i>	T1	PPACA
<i>sodium fluoride 0.5 mg/ml drop</i>	T1	PPACA
<i>sodium fluoride 1 mg (2.2 mg)</i>	T1	PPACA
<b>REPOSICIÓN DE POTASIO</b>		
EFFER-K 10 MEQ TABLET EFF	T3	
EFFER-K 20 MEQ TABLET EFF	T3	
<i>effe-r-k 25 meq tablet eff</i>	T1	
K-TAB ER 20 MEQ TABLET ( <i>potassium chloride</i> )	T3	
<i>k-tab er 8 meq tablet</i>	T1	
<i>potassium bicarbonate/cit ac</i>	T1	
<i>potassium chloride</i>	T1	
<i>potassium chloride</i>	T1	
<i>potassium chloride (K-Tab Er)</i>	T1	
<b>ELECT./CALÓRICOS/H2O (Condiciones urinarias)</b>		
<b>SOLUCIONES PARA DIÁLISIS</b>		
PRISMASOL	T3	
<b>MODIFICADORES DEL PH URINARIO</b>		
<i>citric acid/sodium citrate</i>	T1	HD
K-PHOS NO.2	T3	HD
K-PHOS ORIGINAL	T2	HD
ORACIT	T3	HD
<i>potassium citrate (Urocit-K)</i>	T1	HD
RENACIDIN	T2	HD
UROCI-K ( <i>potassium citrate</i> )	T3	HD
UROQID-ACID NO.2	T3	HD
<b>GASTROINTESTINALES (Medicamentos para el colesterol)</b>		
<b>LIPOTRÓPICOS</b>		
<i>icosapent ethyl (Vascepa)</i>	T1	PA HD
<i>omega-3 acid ethyl esters (Lovaza)</i>	T1	PA HD
VASCEPA ( <i>icosapent ethyl</i> )	T2	PA HD

T1 – Genéricos  
T2 – Marcas preferidas  
T3 – Marcas no preferidas  
T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos  
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)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>INHIBIDORES DE AMONIACO</b>		
BUPHENYL ( <i>sodium phenylbutyrate</i> )	T5	PA SP HD
<i>lactulose</i>	T1	HD
<i>lactulose 10 gm/15 ml solution</i>	T1	HD
LITHOSTAT	T3	HD
OLPRUVA DOSE KIT, DOSE ENVELOPE	T5	SP PA HD
PHEBURANE	T4	PA SP
RAVICTI	T4	PA SP HD
<i>sodium phenylbutyrate</i> (Buphenyl)	T1	PA SP HD
<b>ANTICOLINÉRGICOS, AMONIO CUATERNARIO</b>		
<i>chlordiazepoxide/clidinium br</i> (Librax)	T1	
GLYCATE	T3	
<i>glycopyrrolate</i>	T1	
<i>glycopyrrolate</i> (Cuvposa)	T1	
<i>glycopyrrolate</i> (Robinul Forte)	T1	
<i>glycopyrrolate</i> (Robinul)	T1	
ROBINUL ( <i>glycopyrrolate</i> )	T3	
ROBINUL FORTE ( <i>glycopyrrolate</i> )	T3	
<i>dicyclomine hcl</i>	T1	
<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>	T1	
<i>diphenoxylate hcl/atropine</i> (Lomotil)	T1	
LOMOTIL ( <i>diphenoxylate hcl/atropine</i> )	T3	
MOTOFEN	T3	
<i>opium tincture</i>	T1	
<i>paregoric</i>	T1	
<b>ANTIEMÉTICOS, TIPO CANNABINOIDES</b>		
<i>dronabinol</i> (Marinol)	T1	PA
MARINOL ( <i>dronabinol</i> )	T3	PA
SYNDROS	T3	PA
<b>AGENTES ANTIEMÉTICOS/ANTIVÉRTIGO</b>		
<i>aprepitant 125 mg capsule</i>	T1	QL(1 cap/fill)
<i>aprepitant 125-80-80 mg pack</i> (Emend)	T1	QL(3 caps/fill)

T1 – Genéricos  
T2 – Marcas preferidas  
T3 – Marcas no preferidas  
T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos  
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.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>AGENTES ANTIEMÉTICOS/ANTIVÉRTIGO (cont.)</b>		
<i>aprepitant 40 mg capsule (Emend)</i>	T1	QL(1 cap/fill)
<i>aprepitant 80 mg capsule (Emend)</i>	T1	QL(2 caps/fill)
COMPAZINE ( <i>prochlorperazine maleate</i> )	T3	
COMPAZINE ( <i>prochlorperazine</i> )	T3	
DICLEGIS ( <i>doxylamine succinate/vit b6</i> )	T3	QL(120 tabs/fill)
EMEND 150 MG VIAL ( <i>fosaprepitant dimeglumine</i> )	T3	
<i>fosaprepitant dimeglumine (Emend)</i>	T1	
<i>granisetron hcl 0.1 mg/ml vial</i>	T1	
<i>granisetron hcl 1 mg tablet</i>	T1	QL(6 tabs/fill)
<i>granisetron hcl 1 mg/ml vial</i>	T1	
<i>granisetron hcl 4 mg/4 ml vial</i>	T1	
<i>ondansetron</i>	T1	QL(9 tabs/fill)
<i>ondansetron 4 mg/2 ml isecure</i>	T1	
<i>ondansetron 40 mg/20 ml vial</i>	T1	
<i>ondansetron hcl 4 mg tablet</i>	T1	QL(9 tabs/fill)
<i>ondansetron hcl 4 mg/2 ml syr</i>	T1	
<i>ondansetron hcl 4 mg/2 ml vial</i>	T1	
<i>ondansetron hcl 8 mg tablet</i>	T1	QL(9 tabs/fill)
<i>prochlorperazine (Compazine)</i>	T1	
<i>prochlorperazine maleate (Compazine)</i>	T1	
<i>promethazine hcl</i>	T1	
SANCUSO	T3	QL(1 patch/fill)
<i>scopolamine (Transderm-Scop)</i>	T1	
TIGAN ( <i>trimethobenzamide hcl</i> )	T3	
<i>trimethobenzamide hcl (Tigan)</i>	T1	
VARUBI	T2	QL(2 tabs/fill)
ZUPLENZ	T3	QL(10 films/fill)
<b>PREPARACIONES ANTIULCEROSAS</b>		
CYTOTEC ( <i>misoprostol</i> )	T3	HD
<i>misoprostol (Cytotec)</i>	T1	HD
<i>sucralfate (Carafate)</i>	T1	HD
<b>ANTIULCEROSOS-AGENTES CONTRA LA H. PYLORI</b>		
<i>lansoprazole/amoxiciln/clarith</i>	T1	QL(112 units/fill)
OMECLAMOX-PAK	T3	QL(80 units/fill)

T1 – Genéricos  
T2 – Marcas preferidas  
T3 – Marcas no preferidas  
T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos  
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.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>ANTIULCEROSOS-AGENTES CONTRA LA H. PYLORI (cont.)</b>		
TALICIA	T2	QL(168 caps/fill)
<b>ALCALOIDES DE BELLADONA</b>		
DONNATAL	T3	HD
DONNATAL ( <i>phenobarb/hyoscy/atropine/scop</i> )	T3	HD
<i>hyoscyamine sulfate</i>	T1	HD
<i>hyoscyamine sulfate</i> (Levbid)	T1	HD
<i>hyoscyamine sulfate</i> (Levsin)	T1	HD
<i>hyoscyamine sulfate</i> (Levsin-SI)	T1	HD
<i>hyoscyamine sulfate</i> (Nulev)	T1	HD
LEVBID ( <i>hyoscyamine sulfate</i> )	T3	HD
LEVSIN ( <i>hyoscyamine sulfate</i> )	T3	HD
LEVSIN-SL ( <i>hyoscyamine sulfate</i> )	T3	HD
<i>methscopolamine bromide</i>	T1	HD
NULEV ( <i>hyoscyamine sulfate</i> )	T3	HD
<i>phenobarb/hyoscy/atropine/scop</i>	T1	HD
<i>phenobarb/hyoscy/atropine/scop</i> (Donnatal)	T1	HD
<i>phenobarb/hyoscy/atropine/scop</i> (Phenobarbital-Belladonna)	T1	HD
<i>phenobarbital-belladonna elixir</i>	T1	HD
<i>phenobarbital-belladonna elixir</i> (Donnatal)	T1	HD
PHENOBARBITAL-BELLADONNA ELIXR ( <i>phenobarb/hyoscy/atropine/scop</i> )	T3	HD
<i>phenobarbital-belladonna elixir</i> (Phenobarbital-Belladonna)	T1	HD
SYMAX DUOTAB	T3	HD
<b>SALES BILIARES</b>		
CHENODAL	T4	PA SP HD
CHOLBAM 50 MG CAPSULE	T4	PA QL(120 caps/fill) SP HD
CHOLBAM 250 MG CAPSULE	T4	PA SP HD
URSO ( <i>ursodiol</i> )	T3	HD
URSO FORTE ( <i>ursodiol</i> )	T3	HD
<i>ursodiol</i>	T1	HD
<i>ursodiol</i> (Urso Forte)	T1	HD
<i>ursodiol</i> (Urso)	T1	HD
<b>INFLAM. CRÓNICA DIAG. DE COLON, 5-A-SALICILATO, TRAT. RECTAL</b>		
<i>mesalamine 1,000 mg supp</i> (Canasa)	T1	
<i>mesalamine 4 gm/60 ml enema</i> (Sfrowasa)	T1	

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

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>GASTROINTESTINALES (Condiciones gastrointestinales/pirosis) (cont.)</b>		
<b>Nombre del medicamento con receta</b>	<b>Nivel del medicamento</b>	<b>Requisitos y límites de cobertura</b>
<b>INFLAM. CRÓNICA DIAG. DE COLON, 5-A-SALICILATO, TRAT. RECTAL (cont.)</b>		
<i>mesalamine 4 gm/60 ml kit (Rowasa)</i>	T1	
ROWASA ( <i>mesalamine w/cleansing wipes</i> )	T3	
SFROWASA ( <i>mesalamine</i> )	T3	
<b>TRAT. FARMAC.-INFLAM. CRÓNICA DIAG. DE COLON, 5-AMINOSALICILATO</b>		
APRISO ( <i>mesalamine</i> )	T3	HD
ASACOL HD ( <i>mesalamine</i> )	T3	HD
AZULFIDINE ( <i>sulfasalazine</i> )	T3	HD
<i>balsalazide disodium (Colazal)</i>	T1	HD
COLAZAL ( <i>balsalazide disodium</i> )	T3	HD
<i>mesalamine (Apriso)</i>	T1	HD
<i>mesalamine (Delzicol)</i>	T1	HD
<i>mesalamine (Pentasa)</i>	T1	HD
<i>mesalamine 800 mg dr tablet (Asacol Hd)</i>	T1	HD
<i>mesalamine dr 1.2 gm tablet (Lialda)</i>	T1	HD
PENTASA 250 MG CAPSULE	T2	HD
PENTASA 500 MG CAPSULE ( <i>mesalamine</i> )	T3	HD
<i>sulfasalazine (Azulfidine)</i>	T1	HD
<b>AGONISTAS DEL RECEPTOR X FARNESOIDE (FXR), ANÁLOGOS DEL ÁCIDO BILIAR</b>		
OCALIVA	T4	PA QL(30 tabs/fill) SP HD
<b>TRASPLANTE DE MICROBIOTA FECAL (TMF)</b>		
VOWST CAPSULE	T5	SP
<b>ENZIMAS GÁSTRICAS</b>		
SUCRAID	T4	PA SP
<b>INHIBIDORES DE LOS RECEPTORES DE HISTAMINA H2</b>		
<i>cimetidine</i>	T1	HD
<i>cimetidine hcl</i>	T1	HD
<i>famotidine</i>	T1	HD
<i>famotidine (Pepcid)</i>	T1	HD
<i>nizatidine</i>	T1	HD
PEPCID ( <i>famotidine</i> )	T3	HD
<i>ranitidine hcl</i>	T1	HD
<b>AGENTES PARA EL SÍNDROME DE COLON IRRITABLE, COMB. DE AGONISTAS/ANTAGONISTAS DE RECEPT. OPIOIDES</b>		
VIBERZI	T2	HD

T1 – Genéricos  
T2 – Marcas preferidas  
T3 – Marcas no preferidas  
T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos  
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>GASTROINTESTINALES (Condiciones gastrointestinales/pirosis) (cont.)</b>		
<b>Nombre del medicamento con receta</b>	<b>Nivel del medicamento</b>	<b>Requisitos y límites de cobertura</b>
<b>AGENTES PARA EL SÍNDROME DE COLON IRRITABLE-C/CIC, AGONISTAS DE LA GUANILATO CICLASA C</b>		
LINZESS	T2	QL (30 caps/fill)
TRULANCE	T2	
<b>INHIBIDOR DEL TRANSPORTADOR DE ÁCIDOS BILIARES ILEALES (IBAT)</b>		
BYLVAY 1,200 MCG CAPSULE	T5	PA QL (60 caps/fill) SP HD
BYLVAY 200 MCG PELLETT	T5	PA QL (120 pellets/fill) SP HD
BYLVAY 400 MCG CAPSULE	T5	PA QL (150 caps/fill) SP HD
BYLVAY 600 MCG PELLETT	T5	PA QL (30 pellets/fill) SP HD
LIVMARLI	T5	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> )	T3	
<b>AGENTES PARA EL SÍNDROME DE COLON IRRITABLE, ANTAGONISTAS DEL 5-HT<sub>3</sub></b>		
<i>alosetron hcl (Lotronex)</i>	T1	SP HD
<b>LAXANTES Y CATÁRTICOS</b>		
<i>bisac/nac/nahco3/kcl/peg 3350</i>	T1	PPACA
GIALAX	T3	PPACA
GOLYTELY ( <i>peg3350/sod sulf,bicarb,cl/kcl</i> )	T3	
KRISTALOSE	T3	
<i>lactulose</i>	T1	
<i>lactulose 10 gm packet</i>	T1	
<i>lactulose 10 gm/15 ml solution</i>	T1	
<i>lactulose 20 gm/30 ml solution</i>	T1	
<i>lubiprostone</i>	T1	QL (60 caps/30 days)
NULYTELY	T3	
NULYTELY WITH FLAVOR PACKS ( <i>sodium chloride/nahco3/kcl/peg</i> )	T3	
<i>peg3350/sod sul/nac/kcl/asb/c (Moviprep)</i>	T1	PPACA
<i>peg3350/sod sulf,bicarb,cl/kcl</i>	T1	PPACA
<i>peg3350/sod sulf,bicarb,cl/kcl (Golytely)</i>	T1	PPACA
<i>sodium chloride/nahco3/kcl/peg (Nulytely With Flavor Packs)</i>	T1	PPACA
<i>sodium, potassium, mag sulfates (Suprep)</i>	T1	PPACA
<b>PREPARACIONES ANORRECTALES LOCALES CON NITRATO</b>		
RECTIV	T2	
<i>nitroglycerin 0.4% ointment</i>	T1	

T1 – Genéricos  
 T2 – Marcas preferidas  
 T3 – Marcas no preferidas  
 T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos  
 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>GASTROINTESTINALES (Condiciones gastrointestinales/pirosis) (cont.)</b>		
<b>Nombre del medicamento con receta</b>	<b>Nivel del medicamento</b>	<b>Requisitos y límites de cobertura</b>
<b>ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES OPIOIDES MU, CON ACCIÓN PERIFÉRICA</b>		
<i>alvimopan</i>	T1	
ENTEREG	T3	
<b>ENZIMAS PANCREÁTICAS</b>		
CREON	T2	HD
PANCREAZE	T2	HD
VIOKACE	T2	HD
ZENPEP	T2	HD
<b>BLOQUEADORES DE ÁCIDO COMPETITIVOS DE POTASIO (PCABS)</b>		
VOQUEZNA	T3	ST
<b>INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES</b>		
<i>dexlansoprazole dr 30 mg cap</i>	T1	ST QL
<i>dexlansoprazole dr 60 mg cap</i>	T1	ST HD
<i>esomeprazole dr 10 mg packet (Nexium)</i>	T1	ST QL(30 packs/fill) HD
<i>esomeprazole dr 40 mg packet (Nexium)</i>	T1	ST HD
ESOMEPRAZOLE DR 49.3 MG CAP	T3	ST HD
<i>esomeprazole mag dr 40 mg cap (Nexium)</i>	T1	HD
<i>lansoprazole dr 30 mg capsule (Prevacid)</i>	T1	HD
<i>lansoprazole odt 15 mg tablet (Prevacid)</i>	T1	ST QL(30 tabs/fill) HD
<i>lansoprazole odt 30 mg tablet (Prevacid)</i>	T1	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>	T1	PA HD
<i>omeprazole-bicarb 20-1,680 pkt (Zegerid)</i>	T1	PA QL(30 packs/fill) HD
<i>omeprazole-bicarb 40-1,100 cap (Zegerid)</i>	T1	PA HD
<i>omeprazole-bicarb 40-1,680 pkt (Zegerid)</i>	T1	PA HD
<i>pantoprazole 40 mg suspension (Protonix)</i>	T1	ST HD
<i>pantoprazole sod dr 40 mg tab (Protonix)</i>	T1	HD
<i>rabeprazole sod dr 20 mg tab (Aciphex)</i>	T1	HD
<b>PREPARACIONES RECTALES</b>		
<i>hydrocortisone acetate (Anusol-Hc)</i>	T1	
<i>hydrocortisone acetate (Proctocort)</i>	T1	
PROCTOCORT ( <i>hydrocortisone acetate</i> )	T3	ST
<b>SBS - ANÁLOGOS DEL PÉPTIDO SIMILAR AL GLUCAGÓN TIPO 2 (GLP-2)</b>		
GATTEX	T5	PA SP HD

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

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 (Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>PREP. PARA LAS HEMORROIDES, ANTIINFLAM. ESTEROIDEOS-ANEST. LOCALES</b>		
ANA-LEX	T3	
ANALPRAM HC 1% CREAM	T3	
ANALPRAM HC 2.5%-1% CREAM ( <i>hydrocortisone/pramoxine</i> )	T3	ST
ANALPRAM HC 2.5%-1% CRM SINGLE ( <i>hydrocortisone/pramoxine</i> )	T3	ST
<i>hydrocort-pramoxine 1%-1% crm</i>	T1	
<i>hydrocort-pramoxine 2.5%-1% cm (Analpram Hc)</i>	T1	ST
<i>hydrocort-pramoxine 2.5-1% crm (Analpram Hc)</i>	T1	ST
<i>lidocaine-hc 2.8-0.55% gel</i>	T1	
<i>lidocaine-hc 2-2% cream kit</i>	T1	
<i>lidocaine-hc 3-0.5% cream</i>	T1	
<i>lidocaine-hc 3-0.5% cream kit</i>	T1	
<i>lidocaine-hc 3-1% cream kit</i>	T1	
<i>lidocaine-hc 3-2.5% gel kit</i>	T1	
LIDOCAINE-HYDROCORT 3-2.5% GEL	T3	
PROCORT	T3	

### HORMONAS (Condiciones gastrointestinales/pirosis)

<b>PREP. RECTALES/DE COLON, GLUCOCORT. (NO HEMORR.)</b>		
CORTENEMA ( <i>hydrocortisone</i> )	T3	
<i>hydrocortisone (Cortenema)</i>	T1	
UCERIS 2 MG RECTAL FOAM	T2	

### HORMONAS (Agentes hormonales)

<b>AGENTES ANDROGÉNICOS</b>		
ANDRODERM	T2	PA QL(30 patches/fill)
ANDROID ( <i>methyltestosterone</i> )	T3	PA
DEPO-TESTOSTERONE	T3	PA
DEPO-TESTOSTERONE ( <i>testosterone cypionate</i> )	T3	PA
FORTESTA ( <i>testosterone</i> )	T3	PA QL(120 gms/fill)
JATENZO 158 MG, 198 MG CAPSULE	T3	PA QL(120 caps/30 days)
METHITEST	T2	
<i>methyltestosterone (Android)</i>	T1	
<i>methyltestosterone (Testred)</i>	T1	
<i>oxandrolone</i>	T1	
<i>testosterone 1% (25mg/2.5g) pk (Androgel)</i>	T1	PA QL(75 gms/fill)

T1 – Genéricos  
 T2 – Marcas preferidas  
 T3 – Marcas no preferidas  
 T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos  
 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>HORMONAS (Agentes hormonales) (cont.)</b>		
<b>Nombre del medicamento con receta</b>	<b>Nivel del medicamento</b>	<b>Requisitos y límites de cobertura</b>
<b>AGENTES ANDROGÉNICOS (cont.)</b>		
<i>testosterone 1% (50 mg/5 g) pk (AndroGel)</i>	T1	PA QL(300 gms/fill)
<i>testosterone 1.62% (2.5 g) pkt (AndroGel)</i>	T1	PA QL(60 packs/fill)
<i>testosterone 1.62% gel pump (AndroGel)</i>	T1	PA QL(150 gms/fill)
<i>testosterone 1.62%(1.25 g) pkt (AndroGel)</i>	T1	PA QL(30 packs/fill)
<i>testosterone 10 mg gel pump (Fortesta)</i>	T1	PA QL(120 gms/fill)
TESTOSTERONE 12.5 MG/1.25 GRAM	T3	PA QL(300 gms/fill)
<i>testosterone 12.5 mg/1.25 gram</i>	T1	PA QL(300 gms/fill)
<i>testosterone 30 mg/1.5 ml pump</i>	T1	PA QL(180 mls/fill)
<i>testosterone 50 mg/5 gram gel (Testim)</i>	T1	PA QL(60 tubes/fill)
<i>testosterone 50 mg/5 gram gel (Vogelxo)</i>	T1	PA QL(60 tubes/fill)
TESTOSTERONE 50 MG/5 GRAM PKT	T3	PA QL(300 gms/fill)
<i>testosterone cypionate</i>	T1	PA
<i>testosterone cypionate (Depo-Testosterone)</i>	T1	PA
<i>testosterone enanthate</i>	T1	PA
TESTRED ( <i>methyltestosterone</i> )	T3	PA
VOGELXO 12.5 MG/1.25 GRAM PUMP	T3	PA QL(300 gms/fill)
VOGELXO 50 MG/5 GRAM GEL ( <i>testosterone</i> )	T3	PA QL(60 tubes/fill)
VOGELXO 50 MG/5 GRAM GEL PACKET	T3	PA QL(60 packs/fill)
XYOSTED	T2	QL(2 mls/28 days)
<b>HORMONAS ANTIURIÉTICAS Y VASOCONSTRICTORAS</b>		
DDAVP ( <i>desmopressin (nonrefrigerated)</i> )	T3	
DDAVP ( <i>desmopressin acetate</i> )	T3	
<i>desmopressin 0.01% solution</i>	T1	
DESMOPRESSIN 1.5 MG/ML SPRAY	T2	
<i>desmopressin 10 mcg/0.1 ml spr</i>	T1	
<i>desmopressin acetate 0.1 mg tb (Ddavp)</i>	T1	
<i>desmopressin acetate 0.2 mg tb (Ddavp)</i>	T1	
NOCDURNA	T3	PA QL(30 tabs/fill)
<b>COMBINACIONES DE ESTRÓGENOS/ANDRÓGENOS</b>		
<i>estrogen, ester/me-testosterone</i>	T1	HD
<b>AGENTES ESTROGÉNICOS</b>		
ACTIVELLA ( <i>estradiol/norethindrone acet</i> )	T3	HD
CLIMARA ( <i>estradiol</i> )	T3	QL(4 patches/28 days) HD

T1 – Genéricos  
 T2 – Marcas preferidas  
 T3 – Marcas no preferidas  
 T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos  
 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>HORMONAS (Agentes hormonales) (cont.)</b>		
<b>Nombre del medicamento con receta</b>	<b>Nivel del medicamento</b>	<b>Requisitos y límites de cobertura</b>
<b>AGENTES ESTROGÉNICOS (cont.)</b>		
COMBIPATCH	T2	HD
DELESTROGEN	T3	HD
DELESTROGEN ( <i>estradiol valerate</i> )	T3	HD
DEPO-ESTRADIOL	T2	HD
ESTRACE 0.5 MG TABLET ( <i>estradiol</i> )	T3	HD
ESTRACE 1 MG TABLET ( <i>estradiol</i> )	T3	HD
ESTRACE 2 MG TABLET ( <i>estradiol</i> )	T3	HD
<i>estradiol</i> (Climara)	T1	QL(4 patches/28 days) HD
<i>estradiol 0.1% (0.25mg) gel pk</i> (Divigel)	T1	QL(30 packs/fill) HD
<i>estradiol 0.1% (0.75mg) gel pk</i> (Divigel)	T1	QL(30 packs/fill) HD
<i>estradiol 0.1% (1 mg) gel pkt</i> (Divigel)	T1	QL(30 packs/fill) HD
<i>estradiol 0.1% (1.25mg) gel pk</i>	T1	QL(30 packs/fill) HD
<i>estradiol 0.5 mg tablet</i> (Estrace)	T1	HD
<i>estradiol 1 mg tablet</i> (Estrace)	T1	HD
<i>estradiol 2 mg tablet</i> (Estrace)	T1	HD
<i>estradiol valerate</i> (Delestrogen)	T1	HD
<i>estradiol/norethindrone acet</i>	T1	HD
<i>estradiol/norethindrone acet</i> (Activella)	T1	HD
MENOSTAR	T3	QL(4 patches/28 days) HD
<i>norethind-eth estrad 0.5-2.5</i>	T1	HD
<i>norethindrone ac-eth estradiol</i>	T1	HD
<i>norethin-eth estrad 1 mg-5 mcg</i>	T1	HD
PREFEST	T3	HD
<b>COMB. DE ESTRÓGENOS-PROGESTINAS CON ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES PARA MINERALOCORTICOIDES</b>		
ANGELIQ	T3	HD
<b>COMB. DE ESTRÓGENOS Y MOD. SELECTIVOS DE RECEPTORES ESTROGÉN. (SERM)</b>		
DUAVEE	T2	
<b>GLUCOCORTICOIDES</b>		
<i>budesonide</i>	T1	
<i>budesonide</i> (Uceris)	T1	
CORTEF ( <i>hydrocortisone</i> )	T3	
<i>cortisone acetate</i>	T1	
<i>deflazacort</i> (Emflaza)	T1	PA SP HD
<i>dexamethasone</i>	T1	PA

T1 – Genéricos  
 T2 – Marcas preferidas  
 T3 – Marcas no preferidas  
 T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos  
 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>HORMONAS (Agentes hormonales) (cont.)</b>		
<b>Nombre del medicamento con receta</b>	<b>Nivel del medicamento</b>	<b>Requisitos y límites de cobertura</b>
<b>GLUCOCORTICOIDES (cont.)</b>		
<i>dexamethasone</i>	T1	
<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>	T1	
<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 6 day 1.5 mg tab</i>	T1	PA
<i>dexamethasone 10 day 1.5 mg tb</i>	T1	PA
<i>dexamethasone 13 day 1.5 mg tb</i>	T1	PA
<i>dexamethasone 2 mg tablet</i>	T1	
<i>dexamethasone 4 mg tablet</i>	T1	
<i>dexamethasone 6 mg tablet</i>	T1	
DEXONTO	T3	
DXEVO	T3	PA
<i>hydrocortisone (Cortef)</i>	T1	
MEDROL	T3	
MEDROL ( <i>methylprednisolone</i> )	T3	
<i>methylprednisolone</i>	T1	
<i>methylprednisolone (Medrol)</i>	T1	
ORAPRED ODT ( <i>prednisolone sodium phosphate</i> )	T3	
<i>prednisolone</i>	T1	
<i>prednisolone sodium phosphate</i>	T1	
<i>prednisolone sodium phosphate (Orapred Odt)</i>	T1	
<i>prednisone</i>	T1	
<i>prednisone</i>	T1	
RAYOS	T3	PA
TAPERDEX	T3	PA
TARPEYO	T5	PA QL(28 caps/30 days) SP
UCERIS 9 MG ER TABLET ( <i>budesonide</i> )	T3	
ZCORT	T3	PA
<b>HORMONA LIBERADORA DE HORMONA DEL CRECIMIENTO (GHRH) Y ANÁLOGOS</b>		
EGRIFTA SV	T4	PA SP HD

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

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>HORMONAS (Agentes hormonales) (cont.)</b>		
<b>Nombre del medicamento con receta</b>	<b>Nivel del medicamento</b>	<b>Requisitos y límites de cobertura</b>
<b>HORMONAS DEL CRECIMIENTO</b>		
GENOTROPIN	T4	PA SP HD
OMNITROPE	T4	PA SP
SEROSTIM	T4	PA SP HD
ZORBTIVE	T5	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	T2	PA
ORIAHNN	T2	PA
<b>ANTAGONISTAS DE LA LHRH (GNRH), AGENTES SUPRESORES HIPOFISARIOS</b>		
<i>cetrotrelix acetate</i>	T1	SP
CETROTIDE	T4	SP
GANIRELIX ACET 250 MCG/0.5 ML ( <i>ganirelix acetate</i> )	T5	ST SP
<i>ganirelix acet 250 mcg/0.5 ml</i> (Ganirelix Acetate)	T1	ST SP
<i>ganirelix acetate</i> (Ganirelix Acetate)	T1	SP
ORLISSA 150 MG TABLET	T2	PA QL(30 tabs/fill)
ORLISSA 200 MG TABLET	T2	PA QL(60 tabs/fill)
<b>MINERALOCORTICOIDES</b>		
<i>fludrocortisone acetate</i>	T1	HD
<b>OXITÓCICOS</b>		
CERVIDIL	T3	
<i>methylergonovine maleate</i>	T1	PA QL(240 tabs/fill)
PREPIDIL	T3	
PROSTIN E2 VAGINAL SUPPOSITORY	T3	
<b>HORMONAS PARATIROIDEAS</b>		
NATPARA	T4	PA SP HD
<b>AGENTES SUPRESORES HIPOFISARIOS</b>		
<i>cabergoline</i>	T1	QL(8 tabs/28 days) HD
<i>danazol</i>	T1	HD
<b>AGENTES PROGESTACIONALES</b>		
AYGESTIN ( <i>norethindrone acetate</i> )	T3	HD
CRINONE 8% GEL	T2	

T1 – Genéricos  
T2 – Marcas preferidas  
T3 – Marcas no preferidas  
T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos  
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>HORMONAS (Agentes hormonales) (cont.)</b>		
<b>Nombre del medicamento con receta</b>	<b>Nivel del medicamento</b>	<b>Requisitos y límites de cobertura</b>
<b>AGENTES PROGESTACIONALES (cont.)</b>		
<i>medroxyprogesterone 10 mg tab (Provera)</i>	T1	HD
<i>medroxyprogesterone 2.5 mg tab (Provera)</i>	T1	HD
<i>medroxyprogesterone 5 mg tab (Provera)</i>	T1	HD
<i>norethindrone acetate (Aygestin)</i>	T1	HD
<i>progesterone, micronized (Prometrium)</i>	T1	HD
PROMETRIUM ( <i>progesterone, micronized</i> )	T3	HD
PROVERA ( <i>medroxyprogesterone acetate</i> )	T3	HD
<b>AGENTES SOMATOSTÁTICOS</b>		
MYCAPSSA	T5	PA SP
MYCAPSSA DR 20MG CAPSULE	T5	PA QL (56 caps/28 days) SP
SIGNIFOR	T4	PA SP
<b>PREPARACIONES DE ESTRÓGENOS VAGINALES</b>		
<i>estradiol (Vagifem)</i>	T1	HD
<i>estradiol 0.01% cream (Estrace)</i>	T1	HD
<i>estradiol 10 mcg vaginal insrt (Vagifem)</i>	T1	HD
PREMARIN VAGINAL CREAM-APPL	T2	HD
<b>HORMONAS (Infertilidad)</b>		
<b>PREPARACIONES PARA ESTIMULAR LA FERTILIDAD, SIN FSH</b>		
<i>clomiphene citrate</i>	T1	
<b>HORMONAS FOLICULOESTIMULANTES Y LUTEINIZANTES</b>		
MENOPUR	T4	SP
<b>HORMONA FOLICULOESTIMULANTE (FSH)</b>		
FOLLISTIM AQ	T5	ST SP
GONAL-F	T4	ST SP
GONAL-F RFF	T4	ST SP
GONAL-F RFF REDI-JECT	T4	ST SP
<b>GONADOTROPINA CORIÓNICA HUMANA (HCG)</b>		
CHORIONIC GONAD 10,000 UNIT VL	T5	ST QL(3 vials/30 days) SP
CHORIONIC GONAD 12,000 UNIT VL	T5	ST SP
CHORIONIC GONAD 50,000 UNIT VL	T5	ST SP
CHORIONIC GONAD 6,000 UNIT VL	T5	ST SP
NOVAREL	T4	QL(6 vls/30 days) SP
OVIDREL	T4	SP
PREGNYL	T5	ST QL(3 vials/fill) SP

T1 – Genéricos  
 T2 – Marcas preferidas  
 T3 – Marcas no preferidas  
 T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos  
 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>HORMONAS (Infertilidad) (cont.)</b>		
<b>Nombre del medicamento con receta</b>	<b>Nivel del medicamento</b>	<b>Requisitos y límites de cobertura</b>
<b>AGENTES PARA FACILITAR/MANTENER EL EMBARAZO, HORMONALES</b>		
CRINONE	T3	
ENDOMETRIN	T3	
<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>	T1	HD
<i>calcitonin, salmon, synthetic (Miacalcin)</i>	T1	HD
MIACALCIN ( <i>calcitonin, salmon, synthetic</i> )	T3	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
<b>ANTAGONISTAS ALFA DE LOS RECEPTORES DE INTERLEUCINA-4 (IL-4), ANTICUERPOS MONOCLONALES</b>		
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
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	T5	PA SP

T1 – Genéricos  
T2 – Marcas preferidas  
T3 – Marcas no preferidas  
T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos  
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

### INMUNOSUPRESORES (Condiciones cutáneas) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>AGENTES INMUNOSUPRESORES TÓPICOS (cont.)</b>		
<i>pimecrolimus</i> (Elidel)	T1	ST QL(120 gms/30 days)
PROTOPIC ( <i>tacrolimus</i> )	T3	ST QL(120 gms/30 days)
<i>tacrolimus</i> 0.03% ointment (Protopic)	T1	ST QL(120 gms/30 days)

### INMUNOSUPRESORES (Medicamentos para trasplante)

<b>INMUNOSUPRESORES</b>		
ASTAGRAF XL	T5	PA SP HD
AZASAN ( <i>azathioprine</i> )	T5	SP HD
<i>azathioprine</i> (Azasan)	T1	SP HD
<i>azathioprine</i> (Imuran)	T1	SP HD
CELLCEPT ( <i>mycophenolate mofetil</i> )	T5	SP HD
<i>cyclosporine</i> 100 mg capsule (Sandimmune)	T1	SP HD
<i>cyclosporine</i> 25 mg capsule (Sandimmune)	T1	SP HD
<i>cyclosporine, modified</i>	T1	SP HD
<i>cyclosporine, modified</i> (Neoral)	T1	SP HD
<i>everolimus</i> 0.25 mg tablet (Zortress)	T1	SP HD
<i>everolimus</i> 0.5 mg tablet (Zortress)	T1	SP HD
<i>everolimus</i> 0.75 mg tablet (Zortress)	T1	SP HD
<i>everolimus</i> 1 mg tablet (Zortress)	T1	SP HD
IMURAN ( <i>azathioprine</i> )	T5	SP HD
LUPKYNIS	T5	PA QL (180 caps/30 days) SP
<i>mycophenolate mofetil</i> (Cellcept)	T1	SP HD
<i>mycophenolate sodium</i> (Myfortic)	T1	SP HD
MYFORTIC ( <i>mycophenolate sodium</i> )	T5	SP HD
NEORAL ( <i>cyclosporine, modified</i> )	T5	SP HD
PROGRAF 0.2 MG GRANULE PACKET	T4	SP HD
PROGRAF 0.5 MG CAPSULE ( <i>tacrolimus</i> )	T5	SP HD
PROGRAF 1 MG CAPSULE ( <i>tacrolimus</i> )	T5	SP HD
PROGRAF 1 MG GRANULE PACKET	T4	SP HD
PROGRAF 5 MG CAPSULE ( <i>tacrolimus</i> )	T5	SP HD
RAPAMUNE ( <i>sirolimus</i> )	T5	SP HD
SANDIMMUNE 100 MG CAPSULE ( <i>cyclosporine</i> )	T5	SP HD
SANDIMMUNE 100 MG/ML SOLN	T4	SP HD
SANDIMMUNE 25 MG CAPSULE ( <i>cyclosporine</i> )	T5	SP HD

T1 – Genéricos  
 T2 – Marcas preferidas  
 T3 – Marcas no preferidas  
 T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos  
 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

### INMUNOSUPRESORES (Medicamentos para trasplante) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>INMUNOSUPRESORES (cont.)</b>		
<i>sirolimus</i> (Rapamune)	T1	SP HD
<i>tacrolimus 0.5 mg capsule (ir)</i> (Prograf)	T1	SP HD
<i>tacrolimus 1 mg capsule (ir)</i> (Prograf)	T1	SP HD
<i>tacrolimus 5 mg capsule (ir)</i> (Prograf)	T1	SP HD
ZORTRESS ( <i>everolimus</i> )	T5	SP HD

### DISPOSITIVOS Y SUMINISTROS MÉDICOS VARIOS, NO FARMACOLÓGICOS (Diabetes)

#### SUMINISTROS PARA DIABÉTICOS

ZTEK	T3	
ACCU-CHEK AVIVA SOLUTION	T3	
ACCU-CHEK COMPACT PLUS CONTROL	T3	
ACCU-CHEK FASTCLIX LANCING DEV	T2	
ACCU-CHEK GUIDE CONTROL SOLN	T3	
ACCU-CHEK MULTICLIX LANCET KIT	T2	
ACCU-CHEK SMARTVIEW CONTRL SOL	T3	
ACCU-CHEK SOFTCLIX	T2	
ACCU-TREND GLUCOSE CONTROL	T3	
ADJUSTABLE LANCING DEVICE	T2	
ADVANCED LANCING DEVICE	T2	
ADVOCATE CONTROL SOLUTION	T3	
ADVOCATE LANCING DEVICE	T2	
ADVOCATE RAPID-SAFE LANCING DV	T2	
ADVOCATE REDI-CODE+ CTRL SOLN	T3	
AGAMATRIX CONTROL	T3	
ALKALINE BATTERIES	T3	
ALTERNATE SITE LANCING DEVICE	T2	
AQUA LANCE LANCING DEVICE	T2	
ASSURE 4 CONTROL SOLUTION	T3	
ASSURE DOSE	T3	
ASSURE PRISM	T3	
AT HOME A1C	T3	
AUTOJECT 2	T2	
AUTO-LANCET MINI	T2	
AUTOLET IMPRESSION	T2	

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

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.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>SUMINISTROS PARA DIABÉTICOS (cont.)</b>		
AUTOLET LANCING DEVICE	T2	
AUTOLET PLUS	T2	
AUTOPEN	T2	
AUTOSOFT 30	T2	
AUTOSOFT 90	T2	
AUTOSOFT XC	T2	
BLOOD GLUCOSE CONTROL	T3	
BLOOD-GLUCOSE CONTROL	T3	
BREEZE 2	T3	
CAREONE	T2	
CARESENS	T3	
CARETOUCH CONTROL SOLUTION	T3	
CARETOUCH LANCING DEVICE	T2	
CEQR SIMPLICITY	T2	
CEQR SIMPLICITY INSERTER	T2	
CHEMSTRIP BG DIARY	T3	
CLEVER CHOICE CONTROL SOLUTION	T3	
COMFORT	T2	
COMFORT SHORT	T2	
CONTACT DETACH INFUSION SET	T2	
CONTOUR	T3	
CONTOUR NEXT CONTROL SOLUTION	T3	
CONTROL SOLUTION	T3	
COOL CONTROL SOLUTION	T3	
DEXCOM G6 RECEIVER	T2	
DEXCOM G6 SENSOR	T2	PA QL(3 kits/30 days)
DEXCOM G6 TRANSMITTER	T2	PA QL(1 kit/90 days)
DEXCOM G7 RECEIVER	T2	
DEXCOM G7 SENSOR	T2	PA QL(3 units/30 days)
DIATRUE	T3	
DROPLET GENTEEL LANCING DEVICE	T2	
DROPLET LANCING DEVICE	T2	
EASY MINI EJECT LANCING DEVICE	T2	
EASY PLUS II CONTROL SOLN HIGH	T3	

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

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.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>SUMINISTROS PARA DIABÉTICOS (cont.)</b>		
EASY PLUS II CONTROL SOLN LOW	T3	
EASY STEP CONTROL SOLUTION	T3	
EASY TALK CONTROL SOLN LOW	T3	
EASY TALK HIGH CONTROL SOLN	T3	
EASY TALK PLUS II HIGH CONTROL	T3	
EASY TALK PLUS II LOW CTRL SLN	T3	
EASY TOUCH BLU LINK CTRL SOLN	T3	
EASY TOUCH CONTROL SOLUTION	T3	
EASY TOUCH LANCING DEVICE	T2	
EASY TRAK CONTROL SOLN HIGH	T3	
EASY TRAK CONTROL SOLN LOW	T3	
EASY TRAK II CONTROL SOLUTION	T3	
EASYGLUCO PLUS CONTROL NORMAL	T3	
EASYMAX 15 LEVEL 2 SOLUTION	T3	
EASYMAX NORMAL CONTROL SOLN	T3	
ELEMENT COMPACT CONTROL SOLN	T3	
ELEMENT CONTROL SOLUTION	T3	
EMBRACE EVO LEVEL 1 CTRL SOLN	T3	
EMBRACE GLUC CONTROL SOLN HIGH	T3	
EMBRACE GLUCOSE CONTROL SOLN	T3	
EMBRACE LANCING DEVICE	T2	
EMBRACE PRO	T3	
EMBRACE TALK CONTROL SOLUTION	T3	
ENLITE SERTER	T3	
EVENCARE G2 CONTROL SOLUTION	T3	
EVENCARE G3 CONTROL SOLUTION	T3	
EVOLUTION CONTROL SOLUTION	T3	
FORA CONTROL SOLUTION	T3	
FORA GTEL MULTIFUNCTN MONITOR	T3	
FORA KETONE CONTROL SOLUTION	T3	
FORA LANCING DEVICE	T2	
FORA TN'GO ADVANCE MULTIFN MTR	T3	
FORA TN'G ADVANCE PRO MONITOR	T3	
FORACARE GDH	T3	

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

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.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>SUMINISTROS PARA DIABÉTICOS (cont.)</b>		
FORTISCARE	T3	
FREESTYLE CONTROL SOLUTION	T2	
FREESTYLE LIBRE 10 DAY READER	T2	PA
FREESTYLE LIBRE 10 DAY SENSOR	T2	PA
FREESTYLE LIBRE 14 DAY READER	T2	PA
FREESTYLE LIBRE 14 DAY SENSOR	T2	PA QL(2 kits/30 days)
FREESTYLE LIBRE 2 READER	T2	PA
FREESTYLE LIBRE 2 SENSOR	T2	PA QL(2 sensors/28 days)
FREESTYLE LIBRE 3 SENSOR	T2	PA QL(2 units/28 days)
FREESTYLE NAVIGATOR SENSOR KIT	T2	
GE100 CONTROL SOLUTION NORMAL	T3	
GENTEEL VACUUM LANCING DEVICE	T3	
GLUCOCARD 01 CONTROL	T3	
GLUCOCARD EXPRESSION CNTRL SLN	T3	
GLUCOCARD SHINE CONTROL SOLN	T3	
GLUCOCOM AUTOLINK	T3	
GLUCOCOM CONTROL SOLUTION	T3	
GLUCOSE CONTROL	T3	
GLUCOSE CONTROL SOLUTION	T3	
GOJJI GLUCOSE CONTROL SOLUTION	T3	
GOJJI KETONE CONTROL SOLUTION	T3	
GOJJI LANCING DEVICE	T2	
GOJJI MULTI-FUNCTIONAL METER	T3	
GUARDIAN 4 GLUCOSE SENSOR	T3	PA QL (5 sensors/30 days)
GUARDIAN 4 TRANSMITTER	T3	PA QL (1 transmitter/273 days)
GUARDIAN LINK 3 TRANSMITTER	T3	PA QL (1 transmitter/273 days)
GUARDIAN RT CHARGER	T3	
GUARDIAN RT STARTER KIT	T3	
GUARDIAN RT SYSTEM	T3	
GUARDIAN TEST PLUG	T3	
GUARDIAN TRANSMITTER TAPE	T3	
HEALTHPRO GLUCOSE CONTROL SOLN	T3	
HEALTHY ACCENTS AUTOLET	T2	
HYPOLANCE	T2	

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

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.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>SUMINISTROS PARA DIABÉTICOS (cont.)</b>		
ILET INFUSION KIT-INSET	T2	
ILET INFUSION-CONTACT DETACH	T2	
INCONTROL LANCING DEVICE	T2	
INFINITY CONTROL SOLUTION	T3	
INFINITY VOICE CONTROL SOLN	T3	
INPEN (FOR HUMALOG)	T3	
INPEN (FOR NOVOLOG OR FIASP)	T3	
INSUL-CAP	T3	
INSUL-EZE	T3	
LANCING DEVICE	T2	
LANCING SYSTEM	T2	
LANZO	T2	
LITE TOUCH LANCING PEN	T2	
MEDISENSE	T2	
MEDISENSE GLUCOSE KETONE	T2	
MEDISENSE GLUCOSE KETONE CONTR	T2	
MEDTRONIC EXT INFUSION SET	T2	
MEDTRONIC REMOTE CONTROL	T2	
MICRODOT HIGH-LOW CONTROL SOL	T3	
MICRODOT NORMAL CONTROL SOLUT	T3	
MICROLET 2	T2	
MICROLET NEXT LANCING DEVICE	T2	
MINI LANCING DEVICE	T2	
MINIMED	T2	
MINIMED MIO	T2	
MINIMED MIO ADVANCE	T2	
MINIMED QUICK SET	T2	
MINIMED QUICK-SERTER	T3	
MINIMED QUICK-SERTER	T2	
MINIMED SILHOUETTE	T2	
MINIMED SURE T	T2	
MULTI-LANCET	T2	
MYGLUCOHEALTH CONTROL SOLUTION	T3	
NOVA MAX PLUS GLUC-KETON METER	T3	

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

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.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>SUMINISTROS PARA DIABÉTICOS (cont.)</b>		
NOVAMAX PLUS GLU-KET	T3	
NOVOPEN 3	T2	
NOVOPEN ECHO	T3	
OMNIPOD 5 G6 INTRO KIT (GEN 5)	T2	QL(1 kit/720 days)
OMNIPOD 5 G6 PODS (GEN 5)	T2	QL(15 pods/28 days)
OMNIPOD CLASSIC PODS (GEN 3)	T2	QL(15 pods/28 days)
OMNIPOD DASH INTRO KIT (GEN 4)	T2	QL(1 kit/720 days)
OMNIPOD DASH PODS (GEN 4)	T2	QL(15 pods/28 days)
OMNIPOD GO PODS	T2	QL(10 crtgs/30 days)
ON CALL EXPRESS CONTROL SOLN	T3	
ON CALL LANCING DEVICE	T2	
ON CALL PLUS CONTROL	T3	
ON CALL PLUS LANCING DEVICE	T2	
ON CALL VIVID CONTROL	T3	
ONETOUCH DELICA	T2	
ONETOUCH DELICA PLUS LANC DEV	T2	
ONETOUCH ULTRA CONTROL SOLN	T2	
ONETOUCH VERIO HIGH CNTRL SOLN	T2	
ONETOUCH VERIO MID CNTRL SOLN	T2	
OPTUMRX GLUCOSE CONTROL SOLN	T3	
OVAL TAPE	T3	
PARADIGM REMOTE CONTROL	T3	
PIP GLUCOSE CONTROL SOLUTION	T3	
PRECISION XTRA KETONE-GLUCOSE	T2	
PRODIGY CONTROL SOLUTION	T3	
PRODIGY LANCING DEVICE	T2	
QUICK RELEASE SOFT TEFLON	T2	
REFUAH PLUS GLUCOSE CONTROL	T3	
RELIAMED MINI LANCING DEVICE	T2	
REPLACEMENT PEDIATRIC MONITOR	T3	
RIGHTEST CONTROL SOLUTION	T3	
RIGHTEST GD500	T2	
SAFE-CLIP	T2	
SEN-SERTER	T3	

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

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.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>SUMINISTROS PARA DIABÉTICOS (cont.)</b>		
SILHOUETTE	T2	
SIL-SERTER	T2	
SMARTDIABETES VANTAGE	T2	
SMARTEST	T3	
SOF-SERTER	T2	
SOF-SET	T2	
SOF-SET MICRO	T2	
SOLUS V2 CONTROL SOLUTION	T3	
SOLUS V2 LANCING DEVICE	T2	
SURE COMFORT LANCING PEN	T2	
SUREFLEX	T2	
SURE-PEN	T2	
SURE-TEST EASYPLUS MINI SOLN	T3	
T:30 INFUSION SET	T2	
T:90	T2	
T:FLEX	T2	
T:SLIM	T2	
T:SLIM G4	T2	
T:SLIM X2	T2	
TELCARE CONTROL SOLUTION	T3	
TRUE METRIX	T3	
TRUECONTROL	T3	
TRUEDRAW	T2	
TRUSTEEL INFUSION SET	T2	
ULTI-LANCE	T2	
ULTRATRAK CONTROL SOL NORMAL	T3	
ULTRATRAK CONTROL SOLUTION	T3	
ULTRATRAK ULTIMATE CNTRL SOLN	T3	
UNISTIK 2	T2	
UNISTRIP	T3	
VARISOFT INFUSION SET	T2	
V-GO 20	T2	
V-GO 30	T2	
V-GO 40	T2	

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

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.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>SUMINISTROS PARA DIABÉTICOS (cont.)</b>		
VIVAGUARD INO CONTROL SOLUTION	T3	
VIVAGUARD LANCING DEVICE	T2	
WAVESENSE CONTROL SOLUTION	T3	
<b>EQUIPOS MÉDICOS DURADEROS, VARIOS (GRUPO I)</b>		
1ST TIER UNILET COMFORTOUCH	T2	
2-IN-1 LANCET DEVICE	T2	
ACCU-CHEK FASTCLIX LANCET DRUM	T2	
ACCU-CHEK SAFE-T-PRO	T2	
ACCU-CHEK SAFE-T-PRO PLUS	T2	
ACCU-CHEK SOFTCLIX	T2	
<i>acti-lance lite 28g lancets</i>	T1	
<i>acti-lance special 17g lancets</i>	T1	
<i>acti-lance univers 23g lancets</i>	T1	
ACTI-LANCE UNIVERS 23G LANCETS	T2	
ADVANCED TRAVEL LANCETS	T2	
ADVOCATE LANCET	T2	
ADVOCATE LANCETS	T2	
ADVOCATE SAFETY LANCET	T2	
ALTERNATE SITE LANCETS	T2	
ASSURE HAEMOLANCE PLUS	T2	
ASSURE LANCE	T2	
ASSURE LANCE PLUS	T2	
BD MICROTAINER LANCETS	T2	
BLOOD LANCETS	T2	
BULLSEYE MINI SAFETY LANCETS	T2	
BUTTERFLY TOUCH LANCET	T2	
CAREONE	T2	
CARESENS LANCET	T2	
CARETOUCH SAFETY LANCETS	T2	
CARETOUCH TWIST LANCET	T2	
CLEVER CHEK LANCETS	T2	
COAGUCHEK	T2	
COLOR LANCETS	T2	
COMFORT EZ	T2	

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

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.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>EQUIPOS MÉDICOS DURADEROS, VARIOS (GRUPO I) (cont.)</b>		
COMFORT LANCETS	T2	
COMFORT TOUCH PLUS SAFETY LANC	T2	
COMFORT TOUCH ULT THIN LANCET	T2	
DROPLET LANCETS	T2	
EASY COMFORT LANCETS	T2	
EASY TOUCH PULL-TOP 26G LANCET	T2	
EASY TOUCH PULL-TOP 28G LANCET	T2	
EASY TOUCH PULL-TOP 30G LANCET	T2	
EASY TOUCH PULL-TOP 32G LANCET	T2	
EASY TOUCH SAFETY 21G LANCETS	T2	
EASY TOUCH SAFETY 23G LANCETS	T2	
EASY TOUCH SAFETY 26G LANCETS	T2	
EASY TOUCH SAFETY 28G LANCETS	T2	
EASY TOUCH SAFETY 30G LANCETS	T2	
EASY TOUCH SAFETY 32G LANCETS	T2	
EASY TOUCH TWIST 26G LANCETS	T2	
EASY TOUCH TWIST 28G LANCETS	T2	
EASY TOUCH TWIST 30G LANCETS	T2	
EASY TOUCH TWIST 32G LANCETS	T2	
EASY TOUCH TWIST 33G LANCETS	T2	
EASY TWIST & CAP LANCETS	T2	
EMBRACE 30G LANCETS	T2	
EMBRACE SAFETY LANCET	T2	
EZ SMART LANCETS	T2	
EZ-LETS	T2	
FIFTY50 SAFETY SEAL LANCETS	T2	
FINE 30 UNIVERSAL LANCETS	T2	
FINGERSTIX	T2	
FORA LANCETS	T2	
FORACARE LANCETS	T2	
FREESTYLE LANCETS	T2	
FREESTYLE UNISTIK 2	T2	
GLUCOCOM	T2	
GLUCOCOM LANCETS	T2	

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

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.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>EQUIPOS MÉDICOS DURADEROS, VARIOS (GRUPO I) (cont.)</b>		
GOJJI LANCETS	T2	
HEALTHY ACCENTS UNILET LANCET	T2	
INCONTROL SUPER THIN LANCETS	T2	
INCONTROL ULTRA THIN LANCETS	T2	
INJECT EASE LANCETS	T2	
INVACARE LANCETS	T2	
<i>lancets</i>	T1	
LANCETS	T2	
LANCETS THIN	T2	
LANCETS ULTRA THIN	T2	
LITE TOUCH 28G LANCETS	T2	
LITE TOUCH 30G LANCETS	T2	
LITE TOUCH 33G LANCETS	T2	
MEDISENSE THIN LANCETS	T2	
<i>medlance plus 21g lancets</i>	T1	
MEDLANCE PLUS 21G LANCETS	T2	
<i>medlance plus 30g lancets</i>	T1	
MEDLANCE PLUS 30G LANCETS	T2	
MEDLANCE PLUS EXTRA 21G LANCET	T2	
<i>medlance plus lite 25g lancets</i>	T1	
MEDLANCE PLUS LITE 25G LANCETS	T2	
MICRO THIN LANCET	T2	
MICRO THIN LANCETS	T2	
MICROLET	T2	
MOBILE LANCETS	T2	
MONOLET LANCETS	T2	
MONOLET THIN LANCETS	T2	
MYGLUCOHEALTH LANCETS	T2	
NOVA SAFETY LANCETS	T2	
NOVA SUREFLEX	T2	
ON CALL LANCET	T2	
ON CALL PLUS LANCET	T2	
ONETOUCH DELICA PLUS LANCET	T2	
ONETOUCH DELICA SAFETY LANCET	T2	

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

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.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>EQUIPOS MÉDICOS DURADEROS, VARIOS (GRUPO I) (cont.)</b>		
ONETOUCH LANCETS	T2	
ONETOUCH SURESOFT	T2	
ONETOUCH ULTRASOFT 2 LANCET	T2	
ON-THE-GO	T2	
PIP LANCET	T2	
PRESSURE ACTIVATED LANCETS	T2	
PRO COMFORT LANCET	T2	
PRO COMFORT LANCETS	T2	
PRO COMFORT SAFETY LANCET	T2	
PRODIGY LANCETS	T2	
PRODIGY TWIST TOP LANCET	T2	
PURE COMFORT LANCETS	T2	
PURE COMFORT SAFETY LANCETS	T2	
PUSH BUTTON SAFETY LANCETS	T2	
READYLANCE SAFETY LANCETS	T2	
RELIAMED	T2	
RELIAMED SAFETY SEAL LANCETS	T2	
RELION THIN	T2	
RIGHTEST GL300 LANCETS	T2	
SAFETY LANCETS	T2	
SAFETY SEAL LANCETS	T2	
SAFETY-LET	T2	
SINGLE-LET	T2	
SMART SENSE	T2	
SMART SENSE LANCETS	T2	
SMARTTEST LANCET	T2	
SOFT TOUCH	T2	
SOLUS V2	T2	
SOLUS V2 LANCETS	T2	
STERILANCE TL	T2	
STERILE LANCETS	T2	
SUPER THIN LANCETS	T2	
SURE COMFORT LANCETS	T2	
SURE-LANCE	T2	

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

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.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>EQUIPOS MÉDICOS DURADEROS, VARIOS (GRUPO I) (cont.)</b>		
SURE-TOUCH	T2	
TECHLITE LANCETS	T2	
TELCARE ULTRA THIN 30G LANCETS	T2	
THIN LANCETS	T2	
TOPCARE UNIVERSAL1 LANCET	T2	
TOPCARE UNIVERSAL1 THIN LANCET	T2	
TRUE COMFORT LANCET	T2	
TRUE COMFORT SAFETY LANCET	T2	
TRUEPLUS LANCET	T2	
TRUEPLUS LANCETS	T2	
TWIST LANCETS	T2	
TWIST TOP LANCET	T2	
ULTILET BASIC	T2	
ULTILET CLASSIC	T2	
ULTILET LANCETS	T2	
ULTILET SAFETY	T2	
ULTRA THIN LANCET	T2	
ULTRA THIN LANCETS	T2	
ULTRA THIN PLUS	T2	
ULTRA THIN PLUS LANCETS	T2	
ULTRA-CARE LANCETS	T2	
ULTRALANCE	T2	
ULTRA-THIN II 28G LANCETS	T2	
ULTRA-THIN II 30G LANCETS	T2	
ULTRATLC LANCETS	T2	
UNILET COMFORTOUCH	T2	
UNILET EXCELITE	T2	
UNILET EXCELITE II	T2	
UNILET GP LANCET	T2	
UNILET LANCET	T2	
UNILET LANCETS	T2	
UNISTIK 2 COMFORT	T2	
UNISTIK 2 EXTRA	T2	
UNISTIK 2 NORMAL	T2	

T1 – Genéricos  
 T2 – Marcas preferidas  
 T3 – Marcas no preferidas  
 T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos  
 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.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>EQUIPOS MÉDICOS DURADEROS, VARIOS (GRUPO I) (cont.)</b>		
UNISTIK 3	T2	
UNISTIK 3 COMFORT	T2	
UNISTIK 3 DUAL	T2	
UNISTIK 3 EXTRA	T2	
UNISTIK 3 NORMAL	T2	
UNISTIK COMFORT	T2	
UNISTIK CZT	T2	
UNISTIK EXTRA	T2	
UNISTIK NORMAL	T2	
UNISTIK PRO	T2	
UNISTIK SAFETY	T2	
UNISTIK TOUCH	T2	
UNIVERSAL 1	T2	
VERIFINE SAFETY LANCET MINI	T2	
VERIFINE UNIVERSAL LANCET	T2	
VIVAGUARD LANCET	T2	
<b>AGUJAS/DISPOSITIVOS SIN AGUJA</b>		
AUTOSHIELD DUO PEN NEEDLE	T2	
BD ECLIPSE NEEDLE 18G 40MM	T3	
BD ECLIPSE NEEDLE 21GX1"	T2	
BD ECLIPSE NEEDLE 22GX1"	T2	
BD ECLIPSE NEEDLE 23GX1"	T3	
BD ECLIPSE NEEDLE 25G 16MM	T3	
BD ECLIPSE NEEDLE 25G 25MM	T3	
BD ECLIPSE NEEDLE 25GX1"	T2	
BD ECLIPSE NEEDLE 25GX1.5"	T2	
BD ECLIPSE NEEDLE 25GX5/8"	T3	
BD ECLIPSE NEEDLE 27GX1/2"	T3	
BD ECLIPSE NEEDLES 21GX1.5"	T2	
BD NEEDLES 21GX1"	T2	
BD NEEDLES 21GX1.5"	T2	
BD NEEDLES 22GX1"	T2	
BD NEEDLES 25GX0.875"	T2	
BLUNT NEEDLE	T2	

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

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.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>AGUJAS/DISPOSITIVOS SIN AGUJA (cont.)</b>		
CAREPOINT PRECISION NEEDLE	T3	
CARETOUCH HYPODERMIC NEEDLE	T3	
CHEMO TRANSFER PIN	T2	
EASY TOUCH FLIPLock NEEDLE	T3	
EASY TOUCH FLIPLock NEEDLES	T3	
EASY TOUCH HYPODERMIC NEEDLE	T3	
EASYPPOINT NEEDLE	T3	
EXEL HUBER NEEDLE	T2	
EXEL HYPODERMIC NEEDLE	T2	
EXEL MTI DRAWING NEEDLE	T2	
FILTER ASPIRATOR NEEDLE	T2	
FILTER NEEDLE	T2	
FLOW-EZE	T2	
HURRICAINÉ LUER-LOCK	T2	
HYPODERMIC NEEDLE	T2	
INTEGRA NEEDLE	T2	
INTEGRA PRECISIONGLIDE NEEDLE	T3	
LIFESHIELD BLUNT CANNULA	T2	
MINI TRANSFER PIN	T2	
MONOJECT BLOOD COLLECTION	T2	
MONOJECT FILTER NEEDLE	T3	
NANO 2ND GEN PEN NEEDLE	T2	
NEEDLE	T2	
needles,safety huber,disposabl	T1	
NOKOR ADMIX NEEDLE	T2	
NOKOR NEEDLE	T2	
PEN NEEDLE 30G X 8MM	T3	
PHASEAL PROTECTOR	T3	
POLY HUB NEEDLE	T2	
PRECISIONGLIDE	T2	
QUINCE SPINAL NEEDLE	T2	
RAYA SURE PEN NEEDLE 29G 12MM	T3	
RAYA SURE PEN NEEDLE 31G 5MM	T3	
RAYA SURE PEN NEEDLE 31G 6MM	T3	

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

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.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>AGUJAS/DISPOSITIVOS SIN AGUJA (cont.)</b>		
REGULAR BEVEL NEEDLES	T2	
SAFETYGLIDE NEEDLE	T2	
SHORT BEVEL NEEDLES	T2	
SPECIALTY USE NEEDLES	T2	
TERUMO SURGUARD2	T2	
THIN WALL NEEDLES	T2	
TRANSFER NEEDLE	T2	
TRANSFER PIN	T2	
ULTRA-FINE MICRO PEN NEEDLE	T2	
ULTRA-FINE MINI PEN NEEDLE	T2	
ULTRA-FINE NANO PEN NEEDLE	T2	
ULTRA-FINE ORIGINAL PEN NEEDLE	T2	
ULTRA-FINE SHORT PEN NEEDLE	T2	
YALE NEEDLE	T2	
YALE NEEDLES	T2	
<b>JERINGAS Y ACCESORIOS</b>		
ALLERGIST TRAY	T3	
ALLERGIST TRAY SYR-DETACH NDL	T2	
ALLERGIST TRAY SYR-PERM NEEDLE	T2	
ALLERGY SYRINGE 1 ML 27GX1/2"	T3	
ALLERGY SYRINGE 1 ML 27GX3/8"	T3	
BD ALLERGY SYRINGE-NEEDLE 1 ML	T2	
BD ECLIPSE LUER-LOK SYR 1 ML	T2	
BD ECLIPSE LUER-LOK SYR 3 ML	T2	
BD ECLIPSE SYR 3 ML 22GX1-1/2"	T3	
BD INS SYR 0.3 ML 8MMX31G(1/2)	T2	
BD INS SYR UF 0.3ML 12.7MMX30G	T2	
BD INS SYR UF 0.5ML 12.7MMX30G	T2	
BD INS SYRN UF 1 ML 12.7MMX30G	T2	
BD INS SYRNG 0.3 ML 29GX12.7MM	T2	
BD INS SYRNG 0.5 ML 29GX12.7MM	T2	
BD INS SYRNG UF 0.3 ML 8MMX31G	T2	
BD INS SYRNG UF 0.5 ML 8MMX31G	T2	
BD INSULIN SYR 0.5 ML 28GX1/2"	T2	

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

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.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>JERINGAS Y ACCESORIOS (cont.)</b>		
BD INSULIN SYR 0.5 ML 29GX1/2"	T2	
BD INSULIN SYR 1 ML 25GX1"	T2	
BD INSULIN SYR 1 ML 25GX5/8"	T2	
BD INSULIN SYR 1 ML 26GX1/2"	T2	
BD INSULIN SYR 1 ML 27GX12.7MM	T2	
BD INSULIN SYR 1 ML 27GX5/8"	T2	
BD INSULIN SYR 1 ML 28GX1/2"	T2	
BD INSULIN SYR 1 ML 29GX1/2"	T2	
BD INSULIN SYR 1 ML 29GX12.7MM	T2	
BD INSULIN SYR UF 1 ML 8MMX31G	T2	
BD INSULIN SYRINGE 1 ML	T2	
BD SAFETYGLIDE 3 ML SYRINGE	T2	
BD SAFETYGLIDE SYR 22GX1.5"	T2	
BD SAFETYGLIDE SYR 3 ML 25GX1"	T3	
BD SAFETYGLIDE SYRINGE 27GX5/8	T2	
BD SYRINGE-SAFETY GLIDE	T2	
BD UF INS SYR 1 ML 30GX1/2"	T2	
BULK SYRINGE	T2	
CANNULA	T2	
CAREPOINT LL SYR 3 ML 20GX1.5"	T2	
CAREPOINT LL SYR 3 ML 21GX1"	T2	
CAREPOINT LL SYR 3 ML 21GX1.5"	T2	
CAREPOINT LL SYR 3 ML 22G 38MM	T2	
CAREPOINT LL SYR 3 ML 22GX1"	T2	
CAREPOINT LL SYR 3 ML 23GX1"	T2	
CAREPOINT LL SYR 3 ML 23GX1.5"	T2	
CAREPOINT LL SYR 3 ML 25G X 1"	T2	
CAREPOINT LL SYR 3 ML 25GX5/8"	T2	
CAREPOINT LUER LOCK SYR 3 ML	T3	
CAREPOINT LUER SLIP SYRINGE	T3	
CAREPOINT LUER SLIP SYRING-NDL	T3	
CARETOUCH LUER LOCK	T2	
CARETOUCH LUER LOCK SYRINGE	T3	
CARETOUCH LUER SLIP SYRINGE	T3	

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

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.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>JERINGAS Y ACCESORIOS (cont.)</b>		
CORNWALL SYRINGE TIP CONNECTOR	T2	
DAVOL IRRIGATION SYRINGE	T2	
DOVER BULB SYRINGE	T3	
EASY GLIDE CATHETER TIP SYRINGE	T3	
EASY GLIDE LUER LOCK SYRINGE	T3	
EASY GLIDE LUER SLIP TB SYRINGE	T3	
EASY TOUCH FLIPLK 10ML 20GX1.5	T3	
EASY TOUCH FLIPLK 10ML 21GX1.5	T3	
EASY TOUCH FLIPLK 10ML 22GX1.5	T3	
EASY TOUCH FLIPLK 5 ML 20GX1.5	T3	
EASY TOUCH FLIPLK 5 ML 21GX1.5	T3	
EASY TOUCH FLIPLK 5 ML 22GX1.5	T3	
EASY TOUCH FLIPLK	T3	
EASY TOUCH FLIPLK 1 ML 25GX1	T2	
EASY TOUCH FLIPLK 10ML 21GX1	T3	
EASY TOUCH FLIPLK 3 ML 18GX1	T3	
EASY TOUCH FLIPLK 3 ML 20GX1	T3	
EASY TOUCH FLIPLK 3 ML 21GX1	T3	
EASY TOUCH FLIPLK 5 ML 18GX1	T3	
EASY TOUCH FLIPLK 5 ML 21GX1	T3	
EASY TOUCH FLIPLK SYRINGE	T3	
EASY TOUCH FLIPLK 10 ML 20GX1	T3	
EASY TOUCH FLIPLK 10 ML 25GX1	T3	
EASY TOUCH FLIPLK 1ML 26GX3/8	T2	
EASY TOUCH FLIPLK 1ML 27GX0.5	T2	
EASY TOUCH FLIPLK 3ML 18GX1.5	T3	
EASY TOUCH FLIPLK 3ML 20GX1.5	T3	
EASY TOUCH FLIPLK 3ML 21GX1.5	T3	
EASY TOUCH FLURINGE	T2	
EASY TOUCH FLURINGE FLIPLK	T2	
EASY TOUCH FLURINGE FLU TRAY	T3	
EASY TOUCH FLURINGE SHEATHLOCK	T2	
EASY TOUCH LUER LOCK INSULIN	T3	
EASY TOUCH LUER LOCK SYRINGE	T3	

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

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.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>JERINGAS Y ACCESORIOS (cont.)</b>		
EASY TOUCH SHEATHLOCK SYRG-NDL	T3	
EASY TOUCH SHEATHLOCK SYRINGE	T3	
EASY TOUCH SYR 1 ML 25GX5/8"	T2	
EASY TOUCH SYR 3 ML 22GX1-1/2"	T2	
EASY TOUCH SYR 3 ML 25GX5/8"	T2	
EASY TOUCH SYR ALLERGY TRAY	T3	
EASY TOUCH SYRINGE 1 ML 25GX1"	T2	
EASY TOUCH SYRINGE 3 ML 20GX1"	T2	
EASY TOUCH SYRINGE 3 ML 21GX1"	T2	
EASY TOUCH SYRINGE 3 ML 22GX1"	T2	
EASY TOUCH SYRINGE 3 ML 23GX1"	T2	
EASY TOUCH SYRINGE 3 ML 25GX1"	T2	
EASY TOUCH TUBERCULIN FLIPLCCK	T2	
EASY TOUCH TUBERCULIN SHEATHLK	T2	
EASY TOUCH UNI-SLIP	T3	
ECLIPSE SYRINGE	T2	
ECLIPSE SYRINGE-NEEDLE	T2	
EXEL SYRINGE	T2	
EXEL TB WITH NEEDLE	T2	
EXEL TUBERCULIN SYRINGE	T2	
EXTENDED RESERVOIR	T3	
FILTER, MILLEX-OR SYRINGE	T3	
FINGER GRIP EXTENDER	T3	
INJECT-EASE	T2	
INSULIN CARTRIDGE	T2	
INSULIN SYRINGE U-500	T2	
INTEGRA SYRINGE	T2	
INTERLINK SYRINGE	T2	
INTERLINK SYRINGE W-CANNULA	T3	
KENDALL DISINFECTANT CAP	T3	
LEVER LOCK CANNULA	T3	
LIFESHIELD BLUNT CANNULA	T2	
LUER LOCK SYRINGE	T2	
LUER SLIP TIP SYRINGE TRAY	T3	

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

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.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>JERINGAS Y ACCESORIOS (cont.)</b>		
LUER TIP CAP TRAY	T3	
LUER-LOK SYRINGE	T2	
LUER-LOK SYRINGE-NEEDLE	T2	
LUER-LOK TIP SYRINGE	T2	
LUERSLIP SYRINGE	T2	
MAGELLAN SAFETY SYRINGE	T2	
MAGELLAN TB SAFETY SYRINGE	T2	
MAGELLAN TUBERCULIN SYRINGE	T2	
MINIMED RESERVOIR 1.8 ML	T3	
MINIMED RESERVOIR 3 ML	T2	
MONOJECT 3 ML SYRINGE 25GX1"	T2	
MONOJECT 6CC SAFETY SYRINGE	T2	
MONOJECT ALLERGY TRAY-NEEDLE	T2	
MONOJECT CONTROL SYRINGE	T2	
MONOJECT ENFIT SYRINGE	T3	
MONOJECT ENFIT SYRINGE CAP	T3	
MONOJECT LUER LOCK TB SYRINGE	T2	
MONOJECT MAGELLAN	T2	
MONOJECT PHARMACY TRAY	T2	
MONOJECT SAFETY SYR TIP CAP	T3	
MONOJECT SAFETY SYRINGE	T2	
MONOJECT SMARTIP CANNULA	T3	
MONOJECT SYRINGE	T2	
MONOJECT SYRINGE 140 ML	T3	
MONOJECT SYRINGE 35 ML	T2	
MONOJECT SYRINGE PHARMACY TRAY	T2	
MONOJECT TB	T2	
MONOJECT TB SYRINGE	T2	
MONOJECT TUBERCULIN SAFETY SYR	T2	
MONOJECT TUBERCULIN SYRINGE	T2	
NORM-JECT SYRINGE	T3	
NORM-JECT TUBERKULIN SYRINGE	T3	
PARADIGM	T2	
PISTON ENFIT SYRINGE	T3	

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

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.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>JERINGAS Y ACCESORIOS (cont.)</b>		
PRECISIONGLIDE	T2	
PRODIGY COUNT-A-DwOSE	T2	
SAFESNAP ALLERGY SYRINGE	T3	
SAFESNAP SYRINGE 10 ML	T2	
SAFESNAP SYRINGE 10 ML	T3	
SAFESNAP SYRINGE 3 ML	T2	
SAFESNAP SYRINGE 5 ML	T2	
SAFESNAP SYRINGE 5 ML	T3	
SAFESNAP TUBERCULIN SYRINGE	T3	
SAFETY SYRINGE WITH SHIELD	T2	
SAFETY SYRINGE-NEEDLE	T3	
SAFETYGLIDE ALLERGY	T2	
SAFETYGLIDE ALLERGY SYRINGE	T3	
SAFETYGLIDE INSULIN SYRINGE	T2	
SAFETYGLIDE TB SYRINGE	T2	
SAFETY-LOK SAFETY SYRINGE	T2	
SAFETY-LOK SAFETY SYRINGES	T2	
SAFETY-LOK SYRINGES	T2	
SLIP-TIP SYRINGE	T3	
SUPOR	T3	
SYRINGE	T2	
SYRINGE BULK	T2	
SYRINGE CATHETER TIP	T2	
SYRINGE CATHETER TIP NON-STER	T2	
SYRINGE FILTER, MILLEX-GP	T3	
SYRINGE FILTER, MILLEX-GS	T3	
SYRINGE LUER-LOK	T2	
SYRINGE LUER-LOK NON-STERILE	T2	
SYRINGE LUER-LOK STERILE	T2	
SYRINGE SLIP TIP NON-STERILE	T2	
SYRINGE STORAGE BIN	T3	
SYRINGE TIP CAP	T2	
SYRINGE WITH NEEDLE DISP	T2	
SYRINGE WITHOUT NEEDLE	T2	

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

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.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>JERINGAS Y ACCESORIOS (cont.)</b>		
SYRINGE-LUER TIP CAP	T2	
SYRINGE-NEEDLE	T2	
SYRINGE-PRECISIONGLIDE NEEDLE	T2	
TB SYRINGE	T2	
TERUMO ALLERGY SYRINGE	T2	
TERUMO HYPODERMIC NEEDLE-SYRIN	T2	
TERUMO SURGUARD2	T2	
TERUMO SYRINGE	T2	
TOOMEY SYRINGE	T2	
TUBERCULIN SYRINGE	T2	
TUBERCULIN SYRINGE-NEEDLE	T2	
TWINPAK DUAL CANNULA	T2	
ULTICARE LDS SYR 1 ML 22G 1.5"	T3	
ULTICARE LDS SYR 3 ML 22GX1.5"	T2	
ULTICARE SAFETY SYRINGE	T3	
ULTICARE SYRINGE	T3	
ULTICARE TB SAFETY 1 ML 25GX1"	T2	
ULTICARE TB SAFETY 1ML 25GX5/8	T2	
ULTICARE TB SAFETY SYRINGE	T2	
ULTIGUARD SAFE 1ML 30G 12.7MM	T3	
ULTIGUARD SAFEPACK 1ML 31G 8MM	T3	
UNIVERSAL SYRINGE TIP ADAPTOR	T3	
VANISHPOINT 1 ML TB SYR 25X5/8	T2	
VANISHPOINT 1 ML TB SYR 27X1/2	T2	
VANISHPOINT 20GX1" 3 ML SYRING	T2	
VANISHPOINT 21GX1" 5 ML SYRING	T2	
VANISHPOINT 21GX1.5" 3 ML SYR	T2	
VANISHPOINT 22GX1" 3 ML SYR	T2	
VANISHPOINT 22GX1-1/2" 5 ML SY	T2	
VANISHPOINT 23GX1" 3 ML SYRING	T2	
VANISHPOINT 23GX1-1/2 3 ML SYR	T2	
VANISHPOINT 25GX1" 3 ML SYRING	T2	
VANISHPOINT 25GX5/8" 3 ML SYR	T2	
VANISHPOINT 3 ML 21GX1" SYRING	T2	

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

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.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>JERINGAS Y ACCESORIOS (cont.)</b>		
VANISHPOINT 3 ML 22GX1.5" SYRG	T2	
VANISHPOINT SYRINGE	T3	
VANISHPOINT SYRINGE 1 ML 25X1"	T2	
VEO INSULIN SYRINGE	T2	

### DISPOSITIVOS Y SUMINISTROS MÉDICOS VARIOS, NO FARMACOLÓGICOS (Varios)

#### VENDAJES Y SUMINISTROS RELACIONADOS

ARGLAES FILM	T3	
CONFORMANT 2	T3	
DERMAVIEW	T2	
DERMAVIEW II	T2	
IV 3000	T2	
IV3000 FRAME DELIVERY	T3	
KENDALL	T2	
NEXCARE TEGADERM 2.375"X2.75"	T3	
NEXCARE TEGADERM DRESSING	T2	
OPSITE	T3	
OPSITE IV 3000	T2	
POLYSKIN II	T2	
SURESITE MATRIX	T2	
SURESITE WINDOW	T2	
TEGADERM 1.75X1.75" DRSSNG	T3	
TEGADERM 2"X2.75" DRESSING	T2	
TEGADERM 2.375"X2.75" DRESSING	T2	
TEGADERM 2.375"X4" DRESSING	T2	
TEGADERM 2.375X2.75" DRSSNG	T2	
TEGADERM 3.5" X 4" DRESSING	T2	
TEGADERM 3.5"X 10" DRESSING	T3	
TEGADERM 3.5"X 6" DRESSING	T3	
TEGADERM 3.5"X13.75" DRESS	T3	
TEGADERM 3.5"X4.125" DRESS	T2	
TEGADERM 3.5"X8" DRESSING	T3	
TEGADERM 4" X 10" DRESSING	T2	
TEGADERM 4" X 4-3/4" DRESSING	T2	

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

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.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>VENDAJES Y SUMINISTROS RELACIONADOS (cont.)</b>		
TEGADERM 4"X4.75" DRESSING	T2	
TEGADERM 6" X 8" DRESSING	T2	
TEGADERM 8" X 12" DRESSING	T2	
TEGADERM ABSORBENT	T3	
TEGADERM HP 4" X 4.5 " DRSSN	T2	
TEGADERM HP 4.5"X4.75" DRSS	T2	
TEGADERM HP DRESSING	T2	
TEGADERM HP DRESSING	T3	
TEGADERM I.V.	T3	
TEGADERM I.V. 2.5"X2.75" DRSSN	T3	
TEGADERM I.V. 4"X4.75" DRSSN	T2	
TRANSPARENT DRESSING	T3	
TRANSPARENT FILM DRESSING	T3	
TRANSPARENT I.V. SITE DRESSING	T2	
TRANSPARENT MEPITEL FILM DRESS	T3	
TRANSPARENT THIN FILM DRESSING	T2	
WINDOW BANDAGES	T3	
<b>EQUIPOS MÉDICOS DURADEROS, VARIOS (GRUPO I)</b>		
1ST TIER UNILET COMFORTOUCH	T2	
2-IN-1 LANCET DEVICE	T2	
ACCU-CHEK FASTCLIX LANCET DRUM	T2	
ACCU-CHEK SAFE-T-PRO	T2	
ACCU-CHEK SAFE-T-PRO PLUS	T2	
ACCU-CHEK SOFTCLIX	T2	
<i>acti-lance lite 28g lancets</i>	T1	
<i>acti-lance special 17g lancets</i>	T1	
ACTI-LANCE UNIVERS 23G LANCETS	T2	
<i>acti-lance univers 23g lancets</i>	T1	
ADVANCED TRAVEL LANCETS	T2	
ADVOCATE LANCET	T2	
ADVOCATE LANCETS	T2	
ADVOCATE SAFETY LANCET	T2	
ALTERNATE SITE LANCETS	T2	
ASSURE HAEMOLANCE PLUS	T2	

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

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.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>EQUIPOS MÉDICOS DURADEROS, VARIOS (GRUPO I) (cont.)</b>		
ASSURE LANCE	T2	
ASSURE LANCE PLUS	T2	
BD MICROTAINER LANCETS	T2	
BD ULTRA-FINE	T2	
BD ULTRA-FINE II	T2	
BLOOD LANCETS	T2	
BULLSEYE MINI SAFETY LANCETS	T2	
BUTTERFLY TOUCH LANCET	T2	
CAREONE	T2	
CARESENS LANCET	T2	
CARETOUCH SAFETY LANCETS	T2	
CARETOUCH TWIST LANCET	T2	
CLEVER CHEK LANCETS	T2	
COAGUCHEK	T2	
COLOR LANCETS	T2	
COMFORT EZ	T2	
COMFORT LANCETS	T2	
DROPLET LANCETS	T2	
EASY COMFORT LANCETS	T2	
EASY TOUCH BUTTON 30G LANCETS	T2	
EASY TOUCH PULL-TOP 26G LANCET	T2	
EASY TOUCH PULL-TOP 28G LANCET	T2	
EASY TOUCH PULL-TOP 30G LANCET	T2	
EASY TOUCH PULL-TOP 32G LANCET	T2	
EASY TOUCH SAFETY 21G LANCETS	T2	
EASY TOUCH SAFETY 23G LANCETS	T2	
EASY TOUCH SAFETY 26G LANCETS	T2	
EASY TOUCH SAFETY 28G LANCETS	T2	
EASY TOUCH SAFETY 30G LANCETS	T2	
EASY TOUCH SAFETY 32G LANCETS	T2	
EASY TOUCH TWIST 26G LANCETS	T2	
EASY TOUCH TWIST 28G LANCETS	T2	
EASY TOUCH TWIST 30G LANCETS	T2	
EASY TOUCH TWIST 32G LANCETS	T2	

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

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.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>EQUIPOS MÉDICOS DURADEROS, VARIOS (GRUPO I) (cont.)</b>		
EASY TOUCH TWIST 33G LANCETS	T2	
EASY TWIST CAP LANCETS	T2	
EMBRACE 30G LANCETS	T2	
EMBRACE SAFETY LANCET	T2	
EZ SMART LANCETS	T2	
EZ-LETS	T2	
FIFTY50 SAFETY SEAL LANCETS	T2	
FINE 30 UNIVERSAL LANCETS	T2	
FINGERSTIX	T2	
FORA LANCETS	T2	
FORACARE LANCETS	T2	
FREESTYLE LANCETS	T2	
FREESTYLE UNISTIK 2	T2	
GLUCOCOM	T2	
GLUCOCOM LANCETS	T2	
GOJJI LANCETS	T2	
HEALTHY ACCENTS UNILET LANCET	T2	
INCONTROL SUPER THIN LANCETS	T2	
INCONTROL ULTRA THIN LANCETS	T2	
INJECT EASE LANCETS	T2	
INVACARE LANCETS	T2	
<i>lancets</i>	T1	
LANCETS	T2	
LANCETS THIN	T2	
LANCETS ULTRA THIN	T2	
LITE TOUCH 28G LANCETS	T2	
LITE TOUCH 30G LANCETS	T2	
LITE TOUCH 33G LANCETS	T2	
MEDISENSE THIN LANCETS	T2	
MEDLANCE PLUS 21G LANCETS	T2	
<i>medlance plus 21g lancets</i>	T1	
MEDLANCE PLUS 30G LANCETS	T2	
<i>medlance plus 30g lancets</i>	T1	
MEDLANCE PLUS EXTRA 21G LANCET	T2	

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

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.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>EQUIPOS MÉDICOS DURADEROS, VARIOS (GRUPO I) (cont.)</b>		
MEDLANCE PLUS LITE 25G LANCETS	T2	
<i>medlance plus lite 25g lancets</i>	T1	
MEDLANCE PLUS SPECIAL BLADE	T2	
MICRO THIN LANCET	T2	
MICRO THIN LANCETS	T2	
MICROLET	T2	
MICROTAINER LANCETS	T2	
MONOLET LANCETS	T2	
MONOLET THIN LANCETS	T2	
MYGLUCOHEALTH LANCETS	T2	
NOVA SAFETY LANCETS	T2	
NOVA SUREFLEX	T2	
ON CALL LANCET	T2	
ON CALL PLUS LANCET	T2	
ONETOUCH DELICA	T2	
ONETOUCH DELICA PLUS LANCET	T2	
ONETOUCH DELICA SAFETY LANCET	T2	
ONETOUCH LANCETS	T2	
ONETOUCH SURESOFT	T2	
ON-THE-GO	T2	
PIP LANCET	T2	
PRESSURE ACTIVATED LANCETS	T2	
PRO COMFORT LANCET	T2	
PRO COMFORT LANCETS	T2	
PRODIGY LANCETS	T2	
PRODIGY TWIST TOP LANCET	T2	
PURE COMFORT LANCETS	T2	
PURE COMFORT SAFETY LANCETS	T2	
PUSH BUTTON SAFETY LANCETS	T2	
READYLANCE SAFETY LANCETS	T2	
RELIAMED	T2	
RELIAMED SAFETY SEAL LANCETS	T2	
RELION THIN	T2	
RIGHTEST GL300 LANCETS	T2	

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

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.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>EQUIPOS MÉDICOS DURADEROS, VARIOS (GRUPO I) (cont.)</b>		
SAFETY LANCETS	T2	
SAFETY SEAL LANCETS	T2	
SAFETY-LET	T2	
SINGLE-LET	T2	
SMART SENSE	T2	
SMART SENSE LANCETS	T2	
SMARTTEST LANCET	T2	
SOFT TOUCH	T2	
SOLUS V2	T2	
SOLUS V2 LANCETS	T2	
STERILANCE TL	T2	
STERILE LANCETS	T2	
SUPER THIN LANCETS	T2	
SURE COMFORT LANCETS	T2	
SURE-LANCE	T2	
SURE-TOUCH	T2	
TECHLITE LANCETS	T2	
TELCARE ULTRA THIN 30G LANCETS	T2	
THIN LANCETS	T2	
TOPCARE UNIVERSAL1 LANCET	T2	
TOPCARE UNIVERSAL1 THIN LANCET	T2	
TRUE COMFORT LANCET	T2	
TRUEPLUS LANCET	T2	
TRUEPLUS LANCETS	T2	
TWIST LANCETS	T2	
TWIST TOP LANCET	T2	
ULTILET BASIC	T2	
ULTILET CLASSIC	T2	
ULTILET LANCETS	T2	
ULTILET SAFETY	T2	
ULTRA THIN LANCET	T2	
ULTRA THIN LANCETS	T2	
ULTRA THIN PLUS	T2	
ULTRA THIN PLUS LANCETS	T2	

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

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.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>EQUIPOS MÉDICOS DURADEROS, VARIOS (GRUPO I) (cont.)</b>		
ULTRA-CARE LANCETS	T2	
ULTRALANCE	T2	
ULTRA-THIN II 28G LANCETS	T2	
ULTRA-THIN II 30G LANCETS	T2	
ULTRATLC LANCETS	T2	
UNILET COMFORTOUCH	T2	
UNILET EXCELITE	T2	
UNILET EXCELITE II	T2	
UNILET GP LANCET	T2	
UNILET LANCET	T2	
UNILET LANCETS	T2	
UNISTIK 2 COMFORT	T2	
UNISTIK 2 EXTRA	T2	
UNISTIK 2 NORMAL	T2	
UNISTIK 3	T2	
UNISTIK 3 COMFORT	T2	
UNISTIK 3 DUAL	T2	
UNISTIK 3 EXTRA	T2	
UNISTIK COMFORT	T2	
UNISTIK CZT	T2	
UNISTIK EXTRA	T2	
UNISTIK NORMAL	T2	
UNISTIK PRO	T2	
UNISTIK SAFETY	T2	
UNISTIK TOUCH	T2	
UNIVERSAL 1	T2	
VIVAGUARD LANCET	T2	
<b>SUMINISTROS MÉDICOS, VARIOS</b>		
ALCOH-GLOVE	T3	
ALCOH-WIPE	T3	
<b>EQUIPOS DE ADMINISTRACIÓN PARENTERAL</b>		
1.5 VOLT BATTERIES #357	T2	
ACCU-CHEK LINKASSIST	T3	
ACCU-CHEK RAPID D 10-100	T3	

T1 – Genéricos  
T2 – Marcas preferidas  
T3 – Marcas no preferidas  
T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos  
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.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>EQUIPOS DE ADMINISTRACIÓN PARENTERAL (cont.)</b>		
ACCU-CHEK RAPID D 10-50	T3	
ACCU-CHEK RAPID D 10-70	T2	
ACCU-CHEK RAPID D 6-100	T3	
ACCU-CHEK RAPID D 6-50	T2	
ACCU-CHEK RAPID D 6-70	T3	
ACCU-CHEK RAPID D 8-100	T3	
ACCU-CHEK RAPID D 8-50	T2	
ACCU-CHEK RAPID D 8-70	T2	
ACCU-CHEK SPIRIT	T2	
ACCU-CHEK TENDER	T2	
ACCU-CHEK ULTRAFLEX	T2	
DELTEC COZMO CLEO INFUSION SET	T2	
INSET 30 TUBING	T2	
IV ADMINISTRATION SET	T2	
NERIA	T3	
PARADIGM INFUSION	T2	
PARADIGM SILHOUETTE	T2	
POLYFIN QR	T2	
PSV SET	T3	
Q-SYTE	T2	
SILHOUETTE	T2	
SURE-T	T2	
<b>AYUDAS, DISPOSITIVOS, EQUIPOS RESPIRATORIOS</b>		
ACE AEROSOL CLOUD ENHANCER	T2	
AEROCHAMBER MINI	T2	
AEROCHAMBER MV	T2	
AEROCHAMBER PLUS FLOW-VU	T2	
AEROCHAMBER Z-STAT PLUS	T2	
AEROTRACH PLUS	T2	
AEROVENT PLUS	T2	
BREATHERITE	T2	
BREATHERITE SPACER-ADULT MASK	T2	
BREATHERITE SPACER-INFANT MASK	T2	
BREATHERITE SPACER-LG CHLD MSK	T2	

T1 – Genéricos  
 T2 – Marcas preferidas  
 T3 – Marcas no preferidas  
 T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos  
 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.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>AYUDAS, DISPOSITIVOS, EQUIPOS RESPIRATORIOS (cont.)</b>		
BREATHERITE SPACER-NEONATE MSK	T2	
BREATHERITE SPACER-SM CHLD MSK	T2	
BREATHRITE	T2	
CLEVER CHOICE HOLDING CHAMBER	T2	
COMFORTSEAL	T2	
COMPACT SPACE CHAMBER	T2	
EASIVENT	T2	
FLEXICHAMBER	T2	
FLEXICHAMBER MASK	T2	
INSPIRACHAMBER	T2	
LITEAIRE	T2	
LITETOUCH	T2	
MICROCHAMBER	T2	
MICROSPACER	T2	
MOUTHPIECE	T2	
ONE WAY MOUTHPIECE	T2	
OPTICHAMBER	T2	
OPTICHAMBER DIAMOND	T2	
PANDA MASK	T2	
PEDIATRIC MASK	T2	
PEDIATRIC PANDA MASK	T2	
POCKET CHAMBER	T2	
PRIMEAIRE	T2	
PRO COMFORT SPACER-ADULT MASK	T2	
PRO COMFORT SPACER-CHILD MASK	T3	
PRO COMFORT SPACER-INFANT MASK	T3	
PROCARE SPACER WITH ADULT MASK	T2	
PROCARE SPACER WITH CHILD MASK	T2	
PROCHAMBER	T2	
PURE COMFORT SPACER WITH MASK	T3	
RITFLO	T2	
SIDESTREAM PEDIATRIC	T2	
SILICONE MASK	T2	
SPACE CHAMBER	T2	

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

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.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>AYUDAS, DISPOSITIVOS, EQUIPOS RESPIRATORIOS (cont.)</b>		
SPACE CHAMBER-LARGE MASK	T2	
SPACE CHAMBER-MEDIUM MASK	T2	
SPACE CHAMBER-SMALL MASK	T2	
VORTEX	T2	
VORTEX VHC FROG MASK	T2	
VORTEX VHC LADYBUG MASK	T2	
<b>RELAJANTES MUSCULARES (Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)</b>		
<b>RELAJANTES DE LOS MÚSCULOS ESQUELÉTICOS-CONTRAIRRITANTE RUBEFACIENTE TÓPICO</b>		
COMFORT PAC-CYCLOBENZAPRINE	T3	
COMFORT PAC-TIZANIDINE	T3	
<b>RELAJANTES DE LOS MÚSCULOS ESQUELÉTICOS</b>		
<i>baclofen 5 mg tablet</i>	T1	
<i>baclofen 10 mg tablet</i>	T1	
<i>baclofen 20 mg tablet</i>	T1	
<i>baclofen 25mg/5ml suspension (Fleqsuvy)</i>	T1	
<i>carisoprodol (Soma)</i>	T1	
<i>carisoprodol/aspirin</i>	T1	
<i>chlorzoxazone</i>	T1	
<i>chlorzoxazone (Lorzone)</i>	T1	
<i>cyclobenzaprine hcl</i>	T1	
<i>cyclobenzaprine hcl (Amrix)</i>	T1	PA
<i>cyclobenzaprine hcl (Fexmid)</i>	T1	
<i>DANTRIUM (dantrolene sodium)</i>	T3	
<i>dantrolene sodium</i>	T1	
<i>dantrolene sodium (Dantrium)</i>	T1	
<i>FEXMID (cyclobenzaprine hcl)</i>	T3	PA
<i>LORZONE (chlorzoxazone)</i>	T3	PA
<i>metaxalone</i>	T1	
<i>methocarbamol 500 mg tablet</i>	T1	
<i>methocarbamol 750 mg tablet</i>	T1	
<i>NORGESIC (orphenadrine/aspirin/caffeine)</i>	T3	
<i>NORGESIC FORTE (orphenadrine/aspirin/caffeine)</i>	T3	
<i>orphenadrine citrate</i>	T1	

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

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.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>RELAJANTES DE LOS MÚSCULOS ESQUELÉTICOS (cont.)</b>		
<i>orphenadrine/aspirin/caffeine</i> (Norgesic Forte)	T1	
<i>orphenadrine/aspirin/caffeine</i> (Norgesic)	T1	
SOMA ( <i>carisoprodol</i> )	T3	
<i>tizanidine hcl</i>	T1	
<i>tizanidine hcl</i> (Zanaflex)	T1	
ZANAFLEX ( <i>tizanidine hcl</i> )	T3	

### VITAMINAS PRENATALES (Nutritivas/alimenticias)

#### PREPARACIONES DE VITAMINAS PRENATALES

BAL-CARE DHA ESSENTIAL	T3	
BRAINSTRONG PRENATAL	T3	
CADEAU DHA	T3	
CITRANATAL 90 DHA	T3	
CITRANATAL ASSURE	T3	
CITRANATAL B-CALM	T3	
CITRANATAL DHA	T3	
CITRANATAL HARMONY	T3	
CITRANATAL RX	T3	
CVS PRENATAL GUMMY VITAMINS	T3	
<i>cvs prenatal multi-dha softgel</i>	T1	PPACA
<i>cvs prenatal vitamins tablet</i>	T1	PPACA
DUET DHA 400	T3	
DUET DHA BALANCED	T3	
EXPECTA PRENATAL	T2	
<i>gnp prenatal vitamins tablet</i>	T1	PPACA
GS PRENATAL VITAMINS TABLET	T3	
HM ONE DAILY PRENATAL COMBO PK	T2	
<i>hm prenatal tablet</i>	T1	PPACA
KOSHER PRENATAL PLUS IRON	T3	
KPN PRENATAL TABLET	T2	
<i>kpn tablet</i>	T1	PPACA
MARNATAL-F	T3	
MINI PRENATAL	T3	
MTERYTI	T3	

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

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.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>PREPARACIONES DE VITAMINAS PRENATALES (cont.)</b>		
MTERYTI FOLIC 5	T3	
NATACHEW	T3	
NEONATAL COMPLETE	T3	
NEONATAL PLUS	T3	
NEONATAL-DHA	T3	
NESTABS	T3	
NESTABS ABC	T3	
NESTABS DHA	T3	
OB COMPLETE ONE	T3	
OB COMPLETE PETITE	T3	
OB COMPLETE PREMIER	T3	
OB COMPLETE WITH DHA	T3	
OBSTETRIX EC	T3	
OBTREX DHA	T3	
ONE A DAY WOMEN'S PRENATAL DHA	T3	
ONE-A-DAY PRENATAL-1	T3	
<i>pnv 11/iron fum/folic acid/om3</i>	T1	
<i>pnv 119/iron fum/folic acid</i>	T1	
<i>pnv 66/iron/folic/docusate/dha</i>	T1	
<i>pnv 69/iron/folic/docusate/dha</i>	T1	
<i>pnv 80/iron fum/folic/dss/dha</i>	T1	
<i>pnv cmb 52/iron/fa/omega-3/dha</i>	T1	
<i>pnv no.118/iron fumarate/fa</i>	T1	
<i>pnv,calcium 72/iron,carb/folic</i>	T1	
<i>pnv,calcium 72/iron/folic acid</i>	T1	
<i>pnv/iron,carb/docusat/folic ac</i>	T1	
<i>pnv19/iron bg,s,p/folic ac/om3</i>	T1	
<i>pnv81/iron edta,ps/folic/omeg3</i>	T1	
PRENATA	T3	
<i>prenatal 105/iron/folic ac/dha</i>	T1	
<i>prenatal 12/iron/folic/dss/om3</i>	T1	
PRENATAL 19 CHEWABLE TABLET	T3	
<i>prenatal 19 chewable tablet</i>	T1	
PRENATAL 19 TABLET	T3	

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

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.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>PREPARACIONES DE VITAMINAS PRENATALES (cont.)</b>		
<i>prenatal 19 tablet</i>	T1	
<i>prenatal 21/iron fu/folic acid</i>	T1	PPACA
<i>prenatal 53/iron/folic ac/omg3</i>	T1	
<i>prenatal 54/iron/folic ac/omg3</i>	T1	
<i>prenatal 93/iron/folate 9/dha</i>	T1	
<i>prenatal caplet</i>	T1	PPACA
<i>prenatal comb no.42/folic acid (Vitamedmd Redichew Rx)</i>	T1	
PRENATAL FORMULA	T2	
PRENATAL FORMULA-DHA ( <i>prenatal vit116/iron/folic/dha</i> )	T3	
PRENATAL GUMMIES	T3	
PRENATAL MULTI	T3	
<i>prenatal multi-dha softgel</i>	T1	PPACA
PRENATAL MULTI-DHA SOFTGEL	T2	
PRENATAL MULTI-DHA SOFTGEL	T3	
<i>prenatal multivitamin tablet</i>	T1	PPACA
PRENATAL MULTIVITAMIN TABLET	T3	
PRENATAL MULTIVITAMIN-DHA	T2	
PRENATAL PLUS VITAMIN-MINERAL	T3	
PRENATAL PLUS-DHA	T3	
<i>prenatal tablet</i>	T1	PPACA
PRENATAL TABLET	T3	
<i>prenatal vit 14/iron fum/folic</i>	T1	
<i>prenatal vit 55/iron/folic/om3</i>	T1	
<i>prenatal vit 91/iron/folic/dha</i>	T1	
<i>prenatal vit no.126/iron/folic</i>	T1	PPACA
<i>prenatal vit no.129/iron/folic</i>	T1	PPACA
<i>prenatal vit,cal 73/iron/folic</i>	T1	
<i>prenatal vit,calc76/iron/folic</i>	T1	
<i>prenatal vit,calc78/iron/folic</i>	T1	
<i>prenatal vit/iron fum/folic ac</i>	T1	
<i>prenatal vit27,calcium/iron/fa</i>	T1	
<i>prenatal vit86/iron/folic acid</i>	T1	
PRENATAL VITAMIN + DHA	T2	
<i>prenatal vitamin tablet</i>	T1	PPACA

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

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.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>PREPARACIONES DE VITAMINAS PRENATALES (cont.)</b>		
PRENATAL VITAMIN TABLET ( <i>prenatal vit no.124/iron/folic</i> )	T3	
<i>prenatal vitamins tablet</i>	T1	PPACA
<i>prenatal vits calc.36/iron/fa</i>	T1	PPACA
<i>prenatal,calc.40/iron/folate 1</i>	T1	
<i>prenatal71/iron/folic acid/dha</i>	T1	
PRENATE DHA	T3	
PRENATE ELITE	T3	
PRENATE ENHANCE	T3	
PRENATE MINI	T3	
PRENATE PIXIE	T3	
PRENATE RESTORE	T3	
PRENATE STAR	T3	
PRIMACARE	T3	
PROVIDA OB	T3	
<i>qc prenatal tablet</i>	T1	PPACA
<i>ra one daily prenatal dha pack</i>	T1	PPACA
<i>ra prenatal tablet</i>	T1	PPACA
R-NATAL OB	T3	
SELECT-OB	T3	
SELECT-OB ( <i>prenatal vit 128/iron/folic acd</i> )	T3	
SELECT-OB + DHA	T3	
SIMILAC PRENATAL	T3	
<i>sm prenatal vitamins tablet</i>	T1	PPACA
STUART ONE ( <i>pnv no.63/iron,carb/folic/dha</i> )	T3	
<i>sv prenatal tablet</i>	T1	PPACA
SV PRENATAL VITAMINS TABLET	T3	
THERANATAL	T3	
THERANATAL COMPLETE	T3	
THERANATAL ONE, OVAVITE	T3	
THERANATAL PLUS	T3	
THRIVITE RX	T3	
TRICARE	T3	
TRICARE PRENATAL DHA ONE	T3	
TRISTART DHA	T3	

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

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.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>PREPARACIONES DE VITAMINAS PRENATALES (cont.)</b>		
ULTRA PRENATAL PLUS DHA	T3	
VITAFOL FE PLUS	T3	
VITAFOL GUMMIES	T3	
VITAFOL NANO	T3	
VITAFOL ULTRA	T3	
VITAFOL-OB	T3	
VITAFOL-OB+DHA	T3	
VITAFOL-ONE	T3	
VITAMEDMD ONE RX	T3	
VITAMEDMD REDICHEW RX ( <i>prenatal comb no.42/folic acid</i> )	T3	
VITAPEARL	T3	
VITATRUE	T3	
VP-PNV-DHA	T3	
WOMEN'S PRENATAL PLUS DHA	T2	
<b>PRENATAL VITAMINS WITH LOW OR NO IRON</b>		
CVS PRENATAL GUMMIES	T3	
PRENATAL GUMMIES	T3	
TRINAZ	T3	
MEDICAMENTOS PSICOTERAPÉUTICOS (Ansiedad/depresión/trastorno bipolar) <sup>8</sup>		
<b>ANTIDEPRESIVOS ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES ALFA 2</b>		
<i>mirtazapine</i>	T1	HD
<i>mirtazapine</i> (Remeron)	T1	HD
REMERON ( <i>mirtazapine</i> )	T3	HD
<b>MEDICAMENTOS ANSIOLÍTICOS - BENZODIAZEPINAS</b>		
<i>alprazolam</i>	T1	
<i>alprazolam</i> (Xanax Xr)	T1	
<i>alprazolam</i> (Xanax)	T1	
ATIVAN ( <i>lorazepam</i> )	T3	
<i>chlordiazepoxide hcl</i>	T1	
<i>clorazepate dipotassium</i>	T1	
<i>diazepam 10 mg tablet</i> (Valium)	T1	
<i>diazepam 2 mg tablet</i> (Valium)	T1	
<i>diazepam 25 mg/5 ml oral conc</i>	T1	

T1 – Genéricos  
 T2 – Marcas preferidas  
 T3 – Marcas no preferidas  
 T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos  
 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 (Ansiedad/depresión/trastorno bipolar) <sup>g</sup> (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>MEDICAMENTOS ANSIOLÍTICOS - BENZODIAZEPINAS (cont.)</b>		
<i>diazepam 5 mg tablet (Valium)</i>	T1	
<i>diazepam 5 mg/5 ml oral soln</i>	T1	
<i>diazepam 5 mg/5 ml solution</i>	T1	
<i>diazepam 5 mg/ml oral conc</i>	T1	
<i>lorazepam</i>	T1	
<i>lorazepam (Ativan)</i>	T1	
<i>oxazepam</i>	T1	
<b>MEDICAMENTOS ANSIOLÍTICOS</b>		
<i>buspirone hcl</i>	T1	
<i>meprobamate</i>	T1	
<b>ANTIDEPRESIVOS - DEPRESIÓN POSPARTO (PPD)</b>		
ZURZUVAE	T4	
<b>MEDICAMENTOS PARA TRASTORNO BIPOLAR</b>		
EQUETRO	T3	HD
<i>lithium carbonate</i>	T1	HD
<i>lithium carbonate (Lithobid)</i>	T1	HD
LITHOBID ( <i>lithium carbonate</i> )	T3	HD
<b>MAOI - ANTIDEPRESIVOS NO SELECTIVOS E IRREVERSIBLES</b>		
MARPLAN	T3	
NARDIL ( <i>phenelzine sulfate</i> )	T3	
PARNATE ( <i>tranylcypromine sulfate</i> )	T3	
<i>phenelzine sulfate (Nardil)</i>	T1	
<i>tranylcypromine sulfate (Parnate)</i>	T1	
<b>ANTIDEPRESIVOS INHIBIDORES DE LA MONOAMINOOXIDASA (MAO)</b>		
EMSAM	T3	
<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>	T1	
<i>bupropion hcl xl 300 mg tablet (Wellbutrin XL)</i>	T1	
<b>AGONISTAS INVERSOS SELECTIVOS DE SEROTONINA 5-HT<sub>2A</sub> (SSIA)</b>		
NUPLAZID 10 MG TABLET	T5	PA QL(30 tabs/fill) SP HD
NUPLAZID 34 MG CAPSULE	T5	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>	T1	HD

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

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 (Ansiedad/depresión/trastorno bipolar) <sup>8</sup> (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>INHIBIDOR SELECTIVO DE LA RECAPTACIÓN DE SEROTONINA (SSRI) (cont.)</b>		
<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>	T1	HD
<i>fluoxetine hcl</i>	T1	ST QL(4 caps/fill) HD
<i>fluoxetine hcl 10 mg tablet</i>	T1	ST QL(30 tabs/fill) HD
<i>fluoxetine hcl 20 mg capsule (Prozac)</i>	T1	HD
<i>fluoxetine hcl 20 mg tablet</i>	T1	ST HD
<i>fluoxetine hcl 60 mg tablet</i>	T1	ST HD
<i>fluvoxamine maleate</i>	T1	ST QL(60 caps/fill) HD
<i>fluvoxamine maleate 100 mg tab</i>	T1	QL(90 tabs/fill) HD
<i>fluvoxamine maleate 25 mg tab</i>	T1	QL(30 tabs/fill) HD
<i>fluvoxamine maleate 50 mg tab</i>	T1	QL(60 tabs/fill) HD
<i>paroxetine hcl (Paxil Cr)</i>	T1	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>	T1	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> )	T3	ST QL(30 tabs/fill) HD
PAXIL 10 MG/5 ML SUSPENSION ( <i>paroxetine hcl</i> )	T3	ST HD
PAXIL 20 MG TABLET ( <i>paroxetine hcl</i> )	T3	ST QL(60 tabs/fill) HD
PAXIL 30 MG TABLET ( <i>paroxetine hcl</i> )	T3	ST QL(60 tabs/fill) HD
PAXIL 40 MG TABLET ( <i>paroxetine hcl</i> )	T3	ST QL(30 tabs/fill) HD
PAXIL CR ( <i>paroxetine hcl</i> )	T3	ST QL(60 tabs/fill) HD
<i>sertraline 20 mg/ml oral conc (Zoloft)</i>	T1	HD
<i>sertraline hcl 25 mg tablet (Zoloft)</i>	T1	QL(45 tabs/fill) HD
<b>INHIBIDORES DE LA RECAPTACIÓN/ANTAGONISTAS DE LA SEROTONINA-2 (SARI)</b>		
<i>nefazodone hcl</i>	T1	HD
<i>trazodone hcl</i>	T1	HD
<b>INHIB. DE LA RECAPTACIÓN DE SEROTONINA-NOREPINEFRINA (SNRI)</b>		
DESVENLAFAXINE ER	T3	ST QL(30 tabs/fill) HD
<i>duloxetine hcl dr 20 mg cap (Cymbalta)</i>	T1	QL(60 caps/fill) HD

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

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

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>INHIB. DE LA RECAPTACIÓN DE SEROTONINA-NOREPINEFRINA (SNRI) (cont.)</b>		
<i>duloxetine hcl dr 30 mg cap</i> (Cymbalta)	T1	QL (30 caps/fill) HD
<i>duloxetine hcl dr 40 mg cap</i>	T1	ST QL(30 caps/fill) HD
<i>duloxetine hcl dr 60 mg cap</i> (Cymbalta)	T1	QL(60 caps/fill) HD
FETZIMA 20-40 MG TITRATION PAK	T2	ST QL(28 caps/fill) HD
FETZIMA ER 20 MG CAPSULE	T2	ST QL(30 caps/fill) HD
FETZIMA ER 40 MG CAPSULE	T2	ST QL(30 caps/fill) HD
FETZIMA ER 80 MG CAPSULE	T2	ST QL(30 caps/fill) HD
FETZIMA ER 120 MG CAPSULE	T2	ST QL(30 caps/fill) HD
<i>venlafaxine hcl</i>	T1	QL(90 tabs/fill) HD
<i>venlafaxine hcl er 150 mg tab</i>	T1	ST QL(30 tabs/fill) HD
<i>venlafaxine hcl er 225 mg tab</i>	T1	ST QL(30 tabs/fill) HD
<i>venlafaxine hcl er 37.5 mg tab</i>	T1	ST QL(30 tabs/fill) HD
<i>venlafaxine hcl er 75 mg tab</i>	T1	ST QL(30 tabs/fill) HD
<i>venlafaxine hcl er 150 mg cap</i> (Effexor Xr)	T1	
<i>venlafaxine hcl er 37.5 mg cap</i> (Effexor Xr)	T1	
<i>venlafaxine hcl er 75 mg cap</i> (Effexor Xr)	T1	
<b>SSRI, ANTIDEPRESIVOS MODULADORES DE RECEPTORES DE SEROTONINA</b>		
TRINTELLIX 10 MG TABLET	T3	QL (1 tab/day) ST HD
<b>COMBINACIONES DE ANTIDEPRESIVOS TRICÍCLICOS-BENZODIAZEPINAS</b>		
<i>amitriptyline/chlordiazepoxide</i>	T1	HD
<i>perphenazine/amitriptyline hcl</i>	T1	HD
<b>ANTIDEPRESIVOS TRICÍCLICOS, INHIB. NO SELECT. DE LA RECAPTACIÓN REL.</b>		
<i>amitriptyline hcl</i>	T1	HD
<i>amoxapine</i>	T1	HD
ANAFRANIL ( <i>clomipramine hcl</i> )	T3	HD
<i>clomipramine hcl</i> (Anafranil)	T1	HD
<i>desipramine hcl</i>	T1	HD
<i>desipramine hcl</i> (Norpramin)	T1	HD
<i>doxepin 10 mg capsule</i>	T1	HD
<i>doxepin 10 mg/ml oral conc</i>	T1	HD
<i>doxepin 25 mg capsule</i>	T1	HD
<i>doxepin 50 mg capsule</i>	T1	HD
<i>doxepin 75 mg capsule</i>	T1	HD
<i>doxepin 100 mg capsule</i>	T1	HD

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

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

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>ANTIDEPRESIVOS TRICÍCLICOS, INHIB. NO SELECT. DE LA RECAPTACIÓN REL. (cont.)</b>		
<i>doxepin 150 mg capsule</i>	T1	HD
<i>imipramine hcl (Tofranil)</i>	T1	HD
<i>imipramine pamoate</i>	T1	HD
<i>maprotiline hcl</i>	T1	HD
NORPRAMIN ( <i>desipramine hcl</i> )	T3	HD
<i>nortriptyline hcl</i>	T1	HD
<i>nortriptyline hcl (Pamelor)</i>	T1	HD
PAMELOR ( <i>nortriptyline hcl</i> )	T3	HD
<i>protriptyline hcl</i>	T1	HD
SURMONTIL ( <i>trimipramine maleate</i> )	T3	HD
TOFRANIL ( <i>imipramine hcl</i> )	T3	HD
<i>trimipramine maleate (Surmontil)</i>	T1	HD

### MEDICAMENTOS PSICOTERAPÉUTICOS (Trastorno de déficit de atención e hiperactividad)<sup>8</sup>

#### ADRENÉRGICOS, AROMÁTICOS, SIN CATECOLAMINAS

<i>lisdexamfetamine 10 mg capsule (Vyvanse)</i>	T1	
<i>lisdexamfetamine 10 mg tb chew</i>	T1	ST
<i>lisdexamfetamine 20 mg capsule (Vyvanse)</i>	T1	
<i>lisdexamfetamine 20 mg tb chew</i>	T1	ST
<i>lisdexamfetamine 30 mg capsule (Vyvanse)</i>	T1	
<i>lisdexamfetamine 30 mg tb chew</i>	T1	ST
<i>lisdexamfetamine 40 mg capsule (Vyvanse)</i>	T1	
<i>lisdexamfetamine 40 mg tb chew</i>	T1	ST
<i>lisdexamfetamine 50 mg capsule (Vyvanse)</i>	T1	
<i>lisdexamfetamine 50 mg tb chew</i>	T1	ST
<i>lisdexamfetamine 60 mg capsule (Vyvanse)</i>	T1	
<i>lisdexamfetamine 60 mg tb chew</i>	T1	ST
<i>lisdexamfetamine 70 mg capsule (Vyvanse)</i>	T1	
VYVANSE	T2	ST

#### TRAT. PARA EL ADHD - AGONISTAS SELECTIVOS DE LOS RECEPTORES ALFA 2

<i>clonidine hcl er 0.1 mg tablet (Kapvay)</i>	T1	
<i>guanfacine hcl (Intuniv)</i>	T1	
KAPVAY ( <i>clonidine hcl</i> )	T3	ST

T1 – Genéricos  
T2 – Marcas preferidas  
T3 – Marcas no preferidas  
T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos  
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 (Trastorno de déficit de atención e hiperactividad) <sup>8</sup> (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>TRAT. PARA EL DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD (ADHD)/NARCOLEPSIA</b>		
APTENSIO XR ( <i>methylphenidate hcl</i> )	T3	ST
AZSTARYS	T3	ST
COTEMPLA XR-ODT	T3	ST
DAYTRANA	T3	ST
<i>dexmethylphenidate hcl</i> (Focalin Xr)	T1	
<i>dexmethylphenidate hcl</i> (Focalin)	T1	
JORNAY PM	T3	ST
METHYLIN ( <i>methylphenidate hcl</i> )	T3	
<i>methylphenidate</i>	T1	ST
<i>methylphenidate er 10 mg cap</i> (Aptensio Xr)	T1	ST
<i>methylphenidate er 10 mg, 20 mg tab</i>	T1	
<i>methylphenidate er 15 mg cap</i> (Aptensio Xr)	T1	ST
<i>methylphenidate er 18 mg tab</i> (Relexxii)	T1	
<i>methylphenidate er 18 mg tab</i> (Concerta)	T1	
<i>methylphenidate er 20 mg cap</i> (Aptensio Xr)	T1	ST
<i>methylphenidate er 27 mg tab</i> (Relexxii)	T1	
<i>methylphenidate er 27 mg tab</i> (Concerta)	T1	
<i>methylphenidate er 30 mg cap</i> (Aptensio Xr)	T1	ST
<i>methylphenidate er 36 mg tab</i> (Relexxii)	T1	
<i>methylphenidate er 36 mg tab</i> (Concerta)	T1	
<i>methylphenidate er 40 mg cap</i> (Aptensio Xr)	T1	ST
<i>methylphenidate er 50 mg cap</i> (Aptensio Xr)	T1	ST
<i>methylphenidate er 54 mg tab</i> (Relexxii)	T1	
<i>methylphenidate er 54 mg tab</i> (Concerta)	T1	
<i>methylphenidate er 60 mg cap</i> (Aptensio Xr)	T1	ST
METHYLPHENIDATE ER 72 MG TAB	T3	ST
<i>methylphenidate hcl</i>	T1	
<i>methylphenidate hcl</i> ( (Metadate Cd)	T1	
<i>methylphenidate hcl</i> (Methylin)	T1	
<i>methylphenidate hcl</i> (Ritalin La)	T1	
<i>methylphenidate hcl</i> (Ritalin)	T1	
QUELBREE ER	T3	ST
RELEXXII ER 72 MG TABLET	T3	ST
<i>atomoxetine hcl</i> (Strattera)	T1	HD

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

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 (Varios)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>AGENTES PARA EL TRATAMIENTO DEL TRASTORNO DE DESEO SEXUAL HIPOACTIVO (HSDD)</b>		
ADDYI	T3	PA
VYLEESI	T5	PA QL(8 auto-injs/fill) SP
MEDICAMENTOS PSICOTERAPÉUTICOS (Esquizofrenia/antipsicóticos) <sup>8</sup>		
<b>ANTIPIC., ANTAG. DE LA DOPAMINA, DIFENILBUTILPIPERIDINAS</b>		
<i>pimozide</i>	T1	
<b>ANTIPICÓTICOS, ATÍPICOS, ANTAGONISTAS DE LA DOPAMINA Y LA SEROTONINA</b>		
<i>asenapine maleate</i> (Saphris)	T1	QL(60 tabs/fill)
CAPLYTA	T3	QL(30 caps/fill)
<i>clozapine</i>	T1	
<i>clozapine</i> (Clozaril)	T1	
CLOZARIL ( <i>clozapine</i> )	T3	
FANAPT 1 MG TABLET	T3	QL(60 tabs/fill)
FANAPT 2 MG TABLET	T3	QL(60 tabs/fill)
FANAPT 4 MG TABLET	T3	QL(60 tabs/fill)
FANAPT 6 MG TABLET	T3	QL(60 tabs/fill)
FANAPT 8 MG TABLET	T3	QL(60 tabs/fill)
FANAPT 10 MG TABLET	T3	QL(60 tabs/fill)
FANAPT 12 MG TABLET	T3	QL(60 tabs/fill)
FANAPT TITRATION PACK	T3	QL(8 tabs/fill)
GEODON ( <i>ziprasidone hcl</i> )	T3	QL(60 caps/fill)
INVEGA ER 3 MG TABLET ( <i>paliperidone</i> )	T3	QL(30 tabs/fill)
INVEGA ER 6 MG TABLET ( <i>paliperidone</i> )	T3	QL(60 tabs/fill)
INVEGA ER 9 MG TABLET ( <i>paliperidone</i> )	T3	QL(30 tabs/fill)
<i>olanzapine</i> (Zyprexa Zydis)	T1	QL(30 tabs/fill)
<i>quetiapine er 50 mg tablet</i> (Seroquel Xr)	T1	QL(60 tabs/fill)
<i>quetiapine er 200 mg tablet</i> (Seroquel Xr)	T1	QL(30 tabs/fill)
<i>quetiapine er 300 mg tablet</i> (Seroquel Xr)	T1	QL(60 tabs/fill)
<i>quetiapine er 400 mg tablet</i> (Seroquel Xr)	T1	QL(60 tabs/fill)
<i>quetiapine fumarate 25 mg tab</i> (Seroquel)	T1	
<i>quetiapine fumarate 50 mg tab</i> (Seroquel)	T1	
<i>quetiapine fumarate 100 mg tab</i> (Seroquel)	T1	
<i>quetiapine fumarate 200 mg tab</i> (Seroquel)	T1	QL(90 tabs/fill)
<i>quetiapine fumarate 300 mg tab</i> (Seroquel)	T1	QL(60 tabs/fill)

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

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 (Esquizofrenia/antipsicóticos) <sup>8</sup> (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>ANTIPSICÓTICOS, ATÍPICOS, ANTAGONISTAS DE LA DOPAMINA Y LA SEROTONINA (cont.)</b>		
<i>quetiapine fumarate 400 mg tab (Seroquel)</i>	T1	
RISPERDAL 0.5 MG TABLET ( <i>risperidone</i> )	T3	QL(60 tabs/fill)
RISPERDAL 1 MG TABLET ( <i>risperidone</i> )	T3	QL(60 tabs/fill)
RISPERDAL 1 MG/ML SOLUTION ( <i>risperidone</i> )	T3	
RISPERDAL 2 MG TABLET ( <i>risperidone</i> )	T3	QL(60 tabs/fill)
RISPERDAL 3 MG TABLET ( <i>risperidone</i> )	T3	QL(60 tabs/fill)
RISPERDAL 4 MG TABLET ( <i>risperidone</i> )	T3	QL(60 tabs/fill)
<i>risperidone</i>	T1	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>	T1	
<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	T3	QL(30 patches/fill)
VERSACLOZ	T3	
<i>ziprasidone hcl (Geodon)</i>	T1	QL(60 caps/fill)
ZYPREXA ( <i>olanzapine</i> )	T3	QL(30 tabs/fill)
ZYPREXA ZYDIS ( <i>olanzapine</i> )	T3	QL(30 tabs/fill)
<b>ANTIPSICÓTICOS-ATÍPICOS, AG. PARCIAL DE D3/D2-5HT MIXTOS</b>		
VRAYLAR 1.5 MG CAPSULE	T3	QL(30 caps/fill)
VRAYLAR 1.5 MG-3 MG PACK	T3	QL(7 caps/fill)
VRAYLAR 3 MG CAPSULE	T3	QL(30 caps/fill)
VRAYLAR 4.5 MG CAPSULE	T3	QL(30 caps/fill)
VRAYLAR 6 MG CAPSULE	T3	QL(30 caps/fill)
<b>ANTIPSICÓTICOS-ATÍPICOS, AG. PARCIAL DE D2/5HT MIXTOS</b>		
ABILIFY ASIMTUFI 720MG/2.4ML, 960MG/3.2ML	T3	
ABILIFY MYCITE	T3	QL(30 tabs/fill)
<i>aripiprazole</i>	T1	QL(60 tabs/fill)
<i>aripiprazole 1 mg/ml solution</i>	T1	
<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)

T1 – Genéricos  
T2 – Marcas preferidas  
T3 – Marcas no preferidas  
T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos  
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 (Esquizofrenia/antipsicóticos) <sup>8</sup> (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>ANTIPSICÓTICOS-ATÍPICOS, AG. PARCIAL DE D2/5HT MIXTOS (cont.)</b>		
<i>aripiprazole 30 mg tablet (Abilify)</i>	T1	QL(30 tabs/fill)
REXULTI	T3	QL(30 tabs/fill)
<b>ANTIPSICÓTICOS, ANTAGONISTAS DE LA DOPAMINA Y LA SEROTONINA</b>		
<i>loxapine succinate</i>	T1	
<b>ANTIPSICÓTICOS, ANTAGONISTAS DE LA DOPAMINA, TIOXANTENOS</b>		
<i>thiothixene</i>	T1	
<b>ANTIPSICÓTICOS, ANTAGONISTAS DE LA DOPAMINA, BUTIROFENONAS</b>		
<i>haloperidol</i>	T1	
<i>haloperidol lactate</i>	T1	
<b>ANTIPSICÓTICOS, ANTAGONISTAS DE LA DOPAMINA, DIHIDROINDOLONAS</b>		
<i>molindone hcl</i>	T1	
<b>ANTIPSICÓTICOS, FENOTIAZINAS</b>		
<i>chlorpromazine hcl</i>	T1	
<i>fluphenazine hcl</i>	T1	
<i>perphenazine</i>	T1	
<i>thioridazine hcl</i>	T1	
<i>trifluoperazine hcl</i>	T1	
<b>SSRI-ANTIPSIC., ATÍPICOS, ANTAG. DE LA DOPAMINA Y LA SEROTONINA</b>		
<i>olanzapine/fluoxetine hcl</i>	T1	
<i>olanzapine/fluoxetine hcl (Symbyax)</i>	T1	
SYMBYAX ( <i>olanzapine/fluoxetine hcl</i> )	T3	
<b>MEDICAMENTOS PSICOTERAPÉUTICOS (Trastornos convulsivos)</b>		
<b>NEUROESTEROIDE MODULADOR DEL RECEPTOR GABA-A</b>		
ZTALMY	T4	PA SP
<b>MEDICAMENTOS PSICOTERAPÉUTICOS (Trastornos del sueño/sedantes)</b>		
<b>AGENTES PARA EL TRATAMIENTO DE LA NARCOLEPSIA Y LOS TRASTORNOS DEL SUEÑO</b>		
<i>armodafinil (Nuvigil)</i>	T1	PA QL(30 tabs/fill)
<i>modafinil 100 mg tablet (Provigil)</i>	T1	PA QL(30 tabs/fill)
SUNOSI	T2	PA QL(30 tabs/fill)
<b>SEDANTES/HIPNÓTICOS (Trastornos del sueño/sedantes)</b>		
<b>AGENTE TIPO SEDANTE ANTINARCOLEPSIA Y ANTICATAPLEXIA</b>		
LUMRYZ ER	T5	PA SP HD QL (30 packets/30 days)
SODIUM OXYBATE	T4	PA QL (540 mls/30 days)

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

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

SEDANTES/HIPNÓTICOS (Trastornos del sueño/sedantes) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>AGENTE TIPO SEDANTE ANTINARCOLEPSIA Y ANTICATAPLEXIA (cont.)</b>		
XYREM	T4	PA QL(540 mls/fill) SP HD
XYWAV	T4	PA QL(540 mls/fill) SP HD
<b>BARBITÚRICOS</b>		
<i>phenobarbital</i>	T1	
<i>secobarbital sodium</i>	T1	QL(30 caps/fill)
<b>HIPNÓTICOS, AGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE LA MELATONINA MT1/MT2</b>		
HETLIOZ	T5	PA QL(30 caps/fill) SP HD
HETLIOZ LQ	T5	PA QL(158 mls/fill) SP HD
<i>ramelteon (Rozerem)</i>	T1	QL(30 tabs/fill)
<b>HIPNÓTICOS SEDANTES - BENZODIAZEPINAS</b>		
estazolam	T1	
<i>flurazepam hcl</i>	T1	
HALCION ( <i>triazolam</i> )	T3	
MIDAZOLAM HCL 10 MG/5 ML SYRUP	T3	
<i>midazolam hcl 2 mg/ml syrup</i>	T1	
MIDAZOLAM HCL 5 MG/2.5 ML SYRUP	T3	
RESTORIL ( <i>temazepam</i> )	T3	
<i>temazepam (Restoril)</i>	T1	
<i>triazolam</i>	T1	
<i>triazolam (Halcion)</i>	T1	
<b>HIPNÓTICOS SEDANTES, NO BARBITÚRICOS</b>		
BELSOMRA	T3	ST QL(30 tabs/fill)
DAYVIGO	T3	ST
<i>doxepin hcl 3 mg tablet (Silenor)</i>	T1	ST QL(30 tabs/fill)
<i>doxepin hcl 6 mg tablet (Silenor)</i>	T1	ST QL(30 tabs/fill)
EDLUAR	T3	ST QL(30 tabs/fill)
<i>eszopiclone (Lunesta)</i>	T1	QL(30 tabs/fill)
IGALMI	T3	
KETAMINE HCL	T3	
MKO (MIDAZOLAM-KETAMINE-ONDAN)	T3	
QUVIVIQ	T3	ST
SILENOR ( <i>doxepin hcl</i> )	T3	ST QL(30 tabs/fill)
<i>zaleplon 10 mg capsule</i>	T1	QL(60 caps/fill)

T1 – Genéricos  
T2 – Marcas preferidas  
T3 – Marcas no preferidas  
T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos  
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

SEDANTES/HIPNÓTICOS (Trastornos del sueño/sedantes) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>HIPNÓTICOS SEDANTES, NO BARBITÚRICOS (cont.)</b>		
<i>zaleplon 5 mg capsule</i>	T1	QL(30 caps/fill)
<i>zolpidem tartrate</i>	T1	QL(30 tabs/fill)
<i>zolpidem tartrate (Ambien Cr)</i>	T1	QL(30 tabs/fill)
<i>zolpidem tartrate (Ambien)</i>	T1	QL(30 tabs/fill)
<b>PREPARACIONES CUTÁNEAS (Varias)</b>		
<b>IRRIGANTES</b>		
<i>acetic acid</i>	T1	
<i>neomycin sulf/polymyxin b sulf</i>	T1	
PHYSIOLYTE ( <i>physiological irrig soln no.1</i> )	T3	
PHYSIOSOL ( <i>physiological irrig soln no.1</i> )	T3	
<i>ringer's solution</i>	T1	
<i>ringer's solution,lactated</i>	T1	
<i>sod,pot chlor/mag/sod,pot phos</i>	T1	
<i>sodium chloride irrig solution</i>	T1	
SORBITOL	T3	
SORBITOL-MANNITOL	T3	
<i>water for irrigation,sterile</i>	T1	
<b>AGENTES OXIDANTES</b>		
<i>hydrogen peroxide</i>	T1	
<b>CONSERVANTES</b>		
<i>formaldehyde</i>	T1	
<b>PREPARACIONES CUTÁNEAS (Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)</b>		
<b>AGENTES ANTIPSORIÁSICOS, SISTÉMICOS</b>		
<i>acitretin</i>	T1	
<i>methoxsalen</i>	T1	
SKYRIZI	T4	PA QL(150 mg/84 days) SP HD
SKYRIZI (2 SYRINGES) KIT	T4	PA QL(150 mg/84 days) SP HD
SKYRIZI PEN	T4	PA QL(150 mg/84 days) SP HD
TALTZ AUTOINJECTOR	T4	PA QL(1 ml/28 days) SP HD
TALTZ AUTOINJECTOR (2 PACK)	T4	PA QL(1 ml/28 days) SP HD
TALTZ AUTOINJECTOR (3 PACK)	T4	PA QL(1 ml/28 days) SP HD
TALTZ SYRINGE	T4	PA QL(1 ml/28 days) SP HD
TREMFYA	T4	PA QL SP HD

T1 – Genéricos  
 T2 – Marcas preferidas  
 T3 – Marcas no preferidas  
 T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos  
 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

PREPARACIONES CUTÁNEAS (Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>ANTIINFLAMATORIOS TÓPICOS, ANTIINFLAM. NO ESTEROIDEOS</b>		
<i>diclofenac 2% solution pump</i> (Pennsaid)	T1	
<i>diclofenac sodium 1% gel</i>	T1	ST QL(500 gms/28 days) HD
FLECTOR	T2	ST QL(60 patches/fill) HD
LICART	T2	ST QL(30 patches/fill) HD
<b>PREPARACIONES CUTÁNEAS (Condiciones cutáneas)</b>		
<b>AGENTES ANTIACNÉ, SISTÉMICOS</b>		
ABSORICA (isotretinoin)	T3	ST
isotretinoin (Absorica)	T1	
ACZONE ( <i>dapsone</i> )	T3	ST
<i>adapalene/benzoyl peroxide</i>	T1	
<i>adapalene/benzoyl peroxide</i> (Epiduo Forte)	T1	
AZELEX	T3	ST
<i>clindamycin phos/benzoyl perox</i>	T1	
<i>clindamycin phos/benzoyl perox</i> (Acanya)	T1	
<i>clindamycin/tretinoin</i> (Ziana)	T1	PA
<i>dapsone</i> (Aczone)	T1	
EPIDUO FORTE	T3	ST
EPIDUO FORTE ( <i>adapalene/benzoyl peroxide</i> )	T3	ST
KLARON ( <i>sulfacetamide sodium</i> )	T3	ST
NEUAC 1.2-5% KIT	T3	ST
<i>neuac gel</i>	T1	
ONEXTON	T2	ST
<i>sulfacetamide sodium</i> (Klaron)	T1	
<b>AGENTES ANTIACNÉ, TÓPICOS</b>		
<i>clindamycin/tretinoin</i> (Veltin)	T1	
ONEXTON ( <i>clindamycin phos/benzoyl perox</i> )	T3	ST
<b>ANTIPRURIGINOSOS, TÓPICOS</b>		
<i>doxepin 5% cream</i> (Zonalon)	T1	ST QL(90 gms/30 days)
<i>doxepin hcl</i> (Zonalon)	T1	ST QL(90 gms/30 days)
ZONALON	T3	ST QL(90 gms/30 days)
ZONALON ( <i>doxepin hcl</i> )	T3	ST QL(90 gms/30 days)
<b>AGENTES ANTIPSORIÁICOS</b>		
<i>calcipotriene 0.005% cream</i> (Dovonex)	T1	QL(120 gms/30 days)
<i>calcipotriene 0.005% ointment</i>	T1	QL(120 gms/30 days)

T1 – Genéricos  
T2 – Marcas preferidas  
T3 – Marcas no preferidas  
T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos  
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

PREPARACIONES CUTÁNEAS (Condiciones cutáneas) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>AGENTES ANTIPSORIÁSICOS (cont.)</b>		
<i>calcipotriene 0.005% solution</i>	T1	QL(120 mls/30 days)
<i>calcitriol 3 mcg/g ointment (Vectical)</i>	T1	
DOVONEX ( <i>calcipotriene</i> )	T3	ST QL(120 gms/30 days)
DUOBRII	T3	ST QL(200 gms/30 days)
<i>tazarotene 0.05% gel (Tazorac)</i>	T1	PA
<i>tazarotene 0.1% cream (Tazorac)</i>	T1	PA
<i>tazarotene 0.1% gel (Tazorac)</i>	T1	PA
TWYNEO	T3	PA ST
VECTICAL ( <i>calcitriol</i> )	T3	
VTAMA	T3	PA ST QL (1 tube/28 days)
ZIANA ( <i>clindamycin/tretinoin</i> )	T3	PA ST
ZORYVE	T3	PA ST QL(60 gms/28 days)
<b>AGENTES ANTISEBORREICOS</b>		
ESKATA	T3	
OVACE ( <i>sulfacetamide sodium</i> )	T3	
OVACE PLUS	T3	
OVACE PLUS WASH	T3	
PLEXION NS	T3	
<i>selenium sulfide</i>	T1	
SELRX	T3	
<i>sod sulfacetam 10% clnsng gel</i>	T1	
<i>sod sulfacetamide 10% shampoo</i>	T1	
<i>sod sulfacetamide 9.8% shampoo</i>	T1	
SODIUM SULFACETAMIDE 10% WASH	T3	
<i>sodium sulfacetamide 10% wash (Ovace)</i>	T1	
TERSI FOAM	T3	
<b>ANTISÉPTICOS, GENERALES</b>		
ADVOCATE ALCOHOL 70% PREP PADS	T2	
ALCOHOL 70% PREP PADS	T2	
ALCOHOL 70% SWABS	T2	
<i>alcohol 70% swabs</i>	T1	
ALCOHOL 70% WIPES	T2	
<i>alcohol antiseptic pads</i>	T1	
<i>alcohol prep pads</i>	T1	

T1 – Genéricos  
T2 – Marcas preferidas  
T3 – Marcas no preferidas  
T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos  
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

PREPARACIONES CUTÁNEAS (Condiciones cutáneas) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>ANTISÉPTICOS, GENERALES (cont.)</b>		
<i>alcohol swabs</i>	T1	
CARETOUCH ALCOHOL PREP PAD	T2	
CURITY ALCOHOL PREPS	T2	
CVS ALCOHOL 70% PREP PADS	T2	
<i>cvs isopropyl alcohol 70% wipe</i>	T1	
DROPSAFE PREP PADS	T2	
EASY COMFORT ALCOHOL PAD	T2	
EASY TOUCH ALCOHOL PREP PADS	T2	
<i>fifty50 alcohol prep pads</i>	T1	
HM ALCOHOL 70% PREP PADS	T2	
INCONTROL ALCOHOL PADS	T2	
PHARM CHOICE ALCOHOL PREP PADS	T2	
<i>pharm choice alcohol prep pads</i>	T1	
PRO COMFORT ALCOHOL PADS	T2	
PURE COMFORT ALCOHOL PAD	T2	
<i>qc alcohol 70% swabs</i>	T1	
<i>ra alcohol swabs</i>	T1	
RA ISOPROPYL ALCOHOL 70% WIPES	T2	
RELION ALCOHOL 70% SWABS	T2	
SAPS ALCOHOL 70% PREP PADS	T2	
SINGLE USE SWAB	T2	
SM ALCOHOL 70% PREP PADS	T2	
<i>sm alcohol prep pads</i>	T1	
SURE COMFORT ALCOHOL	T2	
SURE-PREP ALCOHOL PREP PADS	T2	
TRUE COMFORT ALCOHOL PADS	T2	
TRUE COMFORT PRO ALCOHOL PADS	T2	
ULTILET ALCOHOL SWAB	T2	
<i>v-r alcohol prep pads</i>	T1	
WEBCOL	T2	
<b>ANTISÉPTICOS, VARIOS</b>		
GUAIACOL	T2	
<b>PREPARACIONES PARA ÚLCERAS POR DIABETES, TÓPICAS</b>		
REGANEX	T2	QL(15 gms/fill)

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

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

PREPARACIONES CUTÁNEAS (Condiciones cutáneas) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>INMUNOMODULADORES</b>		
<i>imiquimod</i>	T1	
<i>imiquimod (Zyclara)</i>	T1	
<b>RUBEFACIENTES/CONTRAIRRITANTES</b>		
CANTHARIDIN-ACETONE	T3	
<b>RUBEFACIENTES/CONTRAIRRITANTES</b>		
<i>methyl salicylate</i>	T1	
<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	T3	ST
<b>QUERATOLÍTICOS</b>		
<i>benzepro 6% foaming cloths</i>	T1	
BENZEPRO 7% CREAMY WASH ( <i>benzoyl peroxide microspheres</i> )	T3	ST
<i>benzoyl peroxide</i>	T1	
<i>benzoyl peroxide (Pacnex)</i>	T1	
ENZOCLEAR	T3	ST
INOVA	T3	ST
INOVA 4-1	T3	ST
INOVA 8-2	T3	ST
PACNEX ( <i>benzoyl peroxide</i> )	T3	ST
<i>podofilox 0.5% gel</i>	T1	ST QL(7 gms/30 days)
<i>podofilox 0.5% topical soln</i>	T1	
PR BENZOYL PEROXIDE ( <i>benzoyl peroxide microspheres</i> )	T3	ST
<b>PROTECTORES</b>		
PHARMABASE BARRIER ( <i>zinc oxide</i> )	T3	
<i>zinc oxide 20% ointment</i>	T1	
ZINC OXIDE PASTE	T2	
<b>AGENTES PARA LA ROSÁCEA, TÓPICOS</b>		
<i>azelaic acid (Finacea)</i>	T1	
EPSOLAY	T3	ST
FINACEA 15% FOAM	T2	ST
FINACEA 15% GEL ( <i>azelaic acid</i> )	T3	ST
<i>ivermectin 1% cream (Soolantra)</i>	T1	QL(45 gms/30 days)
METROCREAM ( <i>metronidazole</i> )	T3	ST

T1 – Genéricos  
T2 – Marcas preferidas  
T3 – Marcas no preferidas  
T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos  
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

PREPARACIONES CUTÁNEAS (Condiciones cutáneas) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>AGENTES PARA LA ROSÁCEA, TÓPICOS (cont.)</b>		
METROGEL ( <i>metronidazole</i> )	T3	ST
<i>metronidazole</i>	T1	
<i>metronidazole</i> (Metrocream)	T1	
<i>metronidazole</i> (Metrogel)	T1	
MIRVASO	T2	PA
RHOFADE	T3	PA
<i>rosadan 0.75% cream</i> (Metrocream)	T1	
ROSADAN 0.75% CREAM KIT	T3	ST
<i>rosadan 0.75% gel</i>	T1	
ROSADAN 0.75% GEL KIT	T3	ST
SOOLANTRA ( <i>ivermectin</i> )	T3	ST QL(60 gms/30 days)
<b>ADHESIVOS PARA TEJIDOS/HERIDAS</b>		
ARTISS	T3	
SURGISEAL STYLUS	T3	
SURGISEAL TEARDROP	T3	
SURGISEAL TWIST	T3	
TISSEEL VHSD	T3	
<b>TÓP. ANTIINFLAM., INHIB. DE LA FOSFODIESTERASA-4 (PDE4)</b>		
EUCRISA	T2	ST QL(120 gms/30 days)
ZORYVE	T3	
<b>AGENTE ANTIACNÉ TÓPICO, AGONISTA DEL RECEPTOR DE ÁCIDO RETINOICO</b>		
AKLIEF	T3	PA ST
ARAZLO	T3	PA
<b>AGENTES TÓPICOS, VARIOS</b>		
MEDIHONEY	T3	
<i>trichloroacetic acid</i>	T1	
TRICHLOROACETIC ACID 100% ( <i>trichloroacetic acid</i> )	T3	
TRICHLOROACETIC ACID 20% ( <i>trichloroacetic acid</i> )	T2	
TRICHLOROACETIC ACID 25%	T3	
TRICHLOROACETIC ACID 30%	T2	
TRICHLOROACETIC ACID 35%	T2	
TRICHLOROACETIC ACID 40%	T2	
TRICHLOROACETIC ACID 50%	T2	
TRICHLOROACETIC ACID 75%	T3	

T1 – Genéricos  
 T2 – Marcas preferidas  
 T3 – Marcas no preferidas  
 T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos  
 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

PREPARACIONES CUTÁNEAS (Condiciones cutáneas) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>AGENTES TÓPICOS, VARIOS (cont.)</b>		
TRICHLOROACETIC ACID 80%	T2	
TRICHLOROACETIC ACID 85%	T2	
TRICHLOROACETIC ACID 90%	T2	
<b>DERIVADOS DE LA PLEUROMUTILINA, ANTIBIÓTICOS TÓPICOS</b>		
ALTABAX	T3	ST QL(30 gms/fill)
<b>ANTIINFLAMATORIOS ESTEROIDEOS TÓPICOS</b>		
ALA-SCALP ( <i>hydrocortisone</i> )	T3	ST
<i>alclometasone dipropionate</i>	T1	
<i>amcinonide</i>	T1	ST
<i>betamethasone dipropionate</i>	T1	
<i>betamethasone va 0.1% cream</i>	T1	
<i>betamethasone va 0.1% lotion</i>	T1	
<i>betamethasone valer 0.1% ointm</i>	T1	
<i>betamethasone valer 0.12% foam</i>	T1	ST
<i>betamethasone/propylene glyc</i>	T1	
<i>betamethasone/propylene glyc (Diprolene)</i>	T1	
BRYHALI	T3	ST
CAPEX SHAMPOO	T3	ST
<i>clobetasol 0.05% cream (Temovate)</i>	T1	QL(120 gms/30 days)
<i>clobetasol 0.05% gel</i>	T1	QL(120 gms/30 days)
<i>clobetasol 0.05% ointment (Temovate)</i>	T1	QL(120 gms/30 days)
<i>clobetasol 0.05% shampoo (Clobex)</i>	T1	ST QL(236 mls/30 days)
<i>clobetasol 0.05% solution</i>	T1	QL(100 mls/30 days)
<i>clobetasol 0.05% topical lotn</i>	T1	ST QL(118 mls/30 days)
<i>clobetasol emollient 0.05% crm</i>	T1	QL(120 gms/30 days)
<i>clobetasol emollnt 0.05% foam</i>	T1	ST QL(100 gms/30 days)
<i>clobetasol prop 0.05% foam (Olux)</i>	T1	ST QL(100 gms/30 days)
<i>clobetasol prop 0.05% spray (Clobex)</i>	T1	ST QL(125 mls/30 days)
<i>clobetasol propionate/emoll</i>	T1	ST QL(100 gms/30 days)
CLOBEX 0.05% SHAMPOO ( <i>clobetasol propionate</i> )	T3	ST QL(236 mls/30 days)
CLOBEX 0.05% SPRAY ( <i>clobetasol propionate</i> )	T3	ST QL(125 mls/30 days)
<i>clocortolone pivalate (Cloderm)</i>	T1	
CLODAN 0.05% KIT	T3	ST QL(2 kits/28 days)
<i>clodan 0.05% shampoo (Clobex)</i>	T1	ST QL(236 mls/30 days)

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

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

PREPARACIONES CUTÁNEAS (Condiciones cutáneas) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>ANTIINFLAMATORIOS ESTEROIDEOS TÓPICOS (cont.)</b>		
CLODERM	T3	ST
CLODERM ( <i>clocortolone pivalate</i> )	T3	ST
CORDRAN 0.025% CREAM	T3	ST QL(120 gms/30 days)
CORDRAN 0.05% CREAM ( <i>flurandrenolide</i> )	T3	ST QL(120 gms/30 days)
CORDRAN 0.05% LOTION ( <i>flurandrenolide</i> )	T3	ST QL(120 mls/30 days)
CORDRAN 0.05% OINTMENT ( <i>flurandrenolide</i> )	T3	ST QL(120 gms/30 days)
CORDRAN 4 MCG/SQ CM TAPE LARGE	T3	ST
CUTIVATE ( <i>fluticasone propionate</i> )	T3	ST
DERMA-SMOOTHIE-FS ( <i>fluocinolone acetonide</i> )	T3	ST
DERMA-SMOOTHIE-FS ( <i>fluocinolone/shower cap</i> )	T3	ST
DERMASORB HC	T3	ST
DERMASORB TA	T3	ST
DERMATOP ( <i>prednicarbate</i> )	T3	ST
DESONATE ( <i>desonide</i> )	T3	ST
<i>desonide</i> (Desonate)	T1	ST
<i>desonide 0.05% cream</i> (Tridesilon)	T1	
<i>desonide 0.05% gel</i> (Desonate)	T1	ST
<i>desonide 0.05% lotion</i>	T1	ST
<i>desonide 0.05% ointment</i>	T1	
<i>desoximetasone</i> (Topicort)	T1	ST
<i>diflorasone diacet/emollient</i>	T1	ST
<i>diflorasone diacetate</i>	T1	ST QL(120 gms/30 days)
DIPROLENE ( <i>betamethasone/propylene glyc</i> )	T3	ST
<i>fluocinolone acetonide</i>	T1	
<i>fluocinolone acetonide</i> (Derma-Smoothe-Fs)	T1	
<i>fluocinolone acetonide</i> (Synalar)	T1	
<i>fluocinolone/shower cap</i> (Derma-Smoothe-Fs)	T1	
<i>fluocinonide 0.05% cream</i>	T1	QL(120 gms/30 days)
<i>fluocinonide 0.05% gel</i>	T1	QL(120 gms/30 days)
<i>fluocinonide 0.05% ointment</i>	T1	QL(120 gms/30 days)
<i>fluocinonide 0.05% solution</i>	T1	QL(120 gms/30 days)
<i>fluocinonide 0.1% cream</i> (Vanos)	T1	ST QL(120 gms/30 days)
<i>fluocinonide/emollient base</i>	T1	QL(120 gms/30 days)
<i>flurandrenolide 0.05% cream</i> (Cordran)	T1	ST QL(120 gms/30 days)

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

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

PREPARACIONES CUTÁNEAS (Condiciones cutáneas) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>ANTIINFLAMATORIOS ESTEROIDEOS TÓPICOS (cont.)</b>		
<i>flurandrenolide 0.05% lotion</i> (Cordran)	T1	ST QL(120 mls/30 days)
<i>flurandrenolide 0.05% ointment</i> (Cordran)	T1	ST QL(120 gms/30 days)
<i>fluticasone prop 0.005% oint</i>	T1	
<i>fluticasone prop 0.05% cream</i> (Cutivate)	T1	
<i>fluticasone prop 0.05% lotion</i> (Cutivate)	T1	ST
<i>fluticasone propionate</i> (Cutivate)	T1	ST
<i>halcinonide</i> (Halog)	T1	ST
<i>halobetasol prop 0.05% cream</i>	T1	
<i>halobetasol prop 0.05% foam</i>	T1	ST
<i>halobetasol prop 0.05% ointmnt</i>	T1	
<i>halobetasol prop 0.05% cream</i> (Ultravate)	T1	
<i>halobetasol prop 0.05% ointmnt</i> (Ultravate)	T1	
HALOG	T3	ST
HALOG ( <i>halcinonide</i> )	T3	ST
<i>hydrocort buty 0.1% lipid crm</i> (Locoid Lipocream)	T1	QL(120 gms/30 days)
<i>hydrocort buty 0.1% lipo cream</i> (Locoid Lipocream)	T1	QL(120 gms/30 days)
<i>hydrocort/min oil/petrolat,wht</i>	T1	
<i>hydrocortisone</i>	T1	
<i>hydrocortisone</i> (Ala-Scalp)	T1	
<i>hydrocortisone</i> (Anusol-Hc)	T1	
<i>hydrocortisone buty 0.1% cream</i>	T1	QL(120 gms/30 days)
<i>hydrocortisone butyr 0.1% lotn</i> (Locoid)	T1	ST QL(118 mls/30 days)
<i>hydrocortisone butyr 0.1% oint</i>	T1	ST QL (10 gm/28 days)
<i>hydrocortisone butyr 0.1% soln</i>	T1	ST QL(120 mls/30 days)
<i>hydrocortisone valerate</i>	T1	
IMPEKLO	T3	ST QL(136 gms/28 days)
KENALOG 0.147 MG/GRAM SPRAY ( <i>triamcinolone acetonide</i> )	T3	ST QL(100 gms/30 days)
KENALOG 0.147 MG/GRAM SPRAY ( <i>triamcinolone acetonide</i> )	T3	ST QL(126 gms/30 days)
<i>mometasone furoate 0.1% cream</i>	T1	
<i>mometasone furoate 0.1% oint</i>	T1	
<i>mometasone furoate 0.1% soln</i>	T1	
<i>nolix 0.05% cream</i> (Cordran)	T1	ST QL(120 gms/30 days)
<i>nolix 0.05% lotion</i> (Cordran)	T1	ST QL(120 mls/30 days)
NUCORT	T3	ST

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

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

PREPARACIONES CUTÁNEAS (Condiciones cutáneas) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>ANTIINFLAMATORIOS ESTEROIDEOS TÓPICOS (cont.)</b>		
OLUX ( <i>clobetasol propionate</i> )	T3	ST QL(100 gms/30 days)
PANDEL	T3	ST
<i>prednicarbate</i>	T1	
<i>prednicarbate</i> (Dermatop)	T1	
SCALACORT DK	T3	ST
SYNALAR	T3	ST
SYNALAR ( <i>fluocinolone acetonide</i> )	T3	ST
SYNALAR TS	T3	ST
TEMOVATE ( <i>clobetasol propionate</i> )	T3	ST QL(120 gms/30 days)
TEXACORT	T3	ST
TOPICORT 0.25% CREAM ( <i>desoximetasone</i> )	T3	ST
TOPICORT 0.25% OINTMENT ( <i>desoximetasone</i> )	T3	ST
TOPICORT 0.05% CREAM ( <i>desoximetasone</i> )	T3	ST
TOPICORT 0.05% GEL ( <i>desoximetasone</i> )	T3	ST
TOPICORT 0.05% OINTMENT ( <i>desoximetasone</i> )	T3	ST
<i>triamcinolone 0.025% cream</i>	T1	
<i>triamcinolone 0.025% lotion</i>	T1	
<i>triamcinolone 0.025% oint</i>	T1	
<i>triamcinolone 0.5% cream</i>	T1	
<i>triamcinolone 0.05% ointment</i>	T1	ST
<i>triamcinolone 0.1% cream</i>	T1	
<i>triamcinolone 0.1% lotion</i>	T1	
<i>triamcinolone 0.1% ointment</i>	T1	
<i>triamcinolone 0.147 mg/g spray</i> (Kenalog)	T1	ST QL(126 gms/30 days)
<i>triamcinolone 0.147 mg/g spray</i> (Kenalog)	T1	ST QL(100 gms/30 days)
<i>triamcinolone 0.5% ointment</i>	T1	
<i>triamcinolone acetonide</i>	T1	ST
<i>triderm 0.1% cream</i>	T1	
<i>triderm 0.5% cream</i>	T1	ST
TRIDESILON ( <i>desonide</i> )	T3	ST
ULTRAVATE X	T3	ST
<b>ANTIINFLAMATORIOS ESTEROIDEOS TÓPICOS-ANESTÉSICOS LOCALES</b>		
ANALPRAM HC 2.5%-1% LOTION ( <i>hydrocortisone/pramoxine</i> )	T3	ST
EPIFOAM	T3	ST

T1 – Genéricos  
 T2 – Marcas preferidas  
 T3 – Marcas no preferidas  
 T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos  
 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

PREPARACIONES CUTÁNEAS (Condiciones cutáneas) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>ANTIINFLAMATORIOS ESTEROIDEOS TÓPICOS-ANESTÉSICOS LOCALES (cont.)</b>		
<i>hydrocort-pramoxine 2.5-1% crm</i>	T1	ST
<i>lidocaine/hydrocortisone ac</i>	T1	
<i>lidocaine-hc 3-0.5% cream</i>	T1	
PRAMOSONE	T3	ST
<b>ANTIPARASITARIOS TÓPICOS</b>		
<i>lindane</i>	T1	
<i>malathion (Ovide)</i>	T1	
OVIDE ( <i>malathion</i> )	T3	
<b>INHIBIDORES DE LA QUINASA DE JANUS (JAK) TÓPICOS</b>		
OPZELURA	T3	PA QL(240 gms/28 days)
<b>PREPARACIONES ANTIBACTERIANAS TÓPICAS</b>		
<i>iodine/potassium iodide</i>	T1	
<i>iodine/sodium iodide</i>	T1	
IODOFLEX	T3	
IODOSORB	T3	
<b>ANÁLOGOS DE VIT. D/ANTIINFLAMATORIOS ESTEROIDEOS TÓPICOS</b>		
<i>calcipotriene/betamethasone (Taclonex)</i>	T1	ST QL(60 gms/30 days)
<i>calcipotriene/betamethasone (Taclonex)</i>	T1	QL(60 gms/30 days)
ENSTILAR	T2	ST QL(60 gms/30 days)
TACLONEX 0.005%-0.064% SUSPENS ( <i>calcipotriene/betamethasone</i> )	T3	QL(60 gms/30 days)
TACLONEX OINTMENT ( <i>calcipotriene/betamethasone</i> )	T3	ST QL(60 gms/30 days)
WYNZORA	T3	ST QL(60 gms/30 days)
<b>ENZIMAS TÓPICAS/DE LAS MEMBR. MUCOSAS/ SUBCUT.</b>		
SANTYL	T2	QL(180 gms/fill)
<b>DERIVADOS DE LA VITAMINA A</b>		
<i>adapalene 0.1% cream (Differin)</i>	T1	
ADAPALENE 0.1% LOTION	T3	ST
<i>adapalene 0.1% solution</i>	T1	
<i>adapalene 0.1% swab</i>	T1	ST
<i>adapalene 0.3% gel</i>	T1	
<i>adapalene 0.3% gel pump (Differin)</i>	T1	
ALTRENO	T3	PA
<i>avita 0.025% cream (Retin-A)</i>	T1	PA
AVITA 0.025% GEL	T3	PA
DIFFERIN	T3	ST

T1 – Genéricos  
T2 – Marcas preferidas  
T3 – Marcas no preferidas  
T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos  
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

PREPARACIONES CUTÁNEAS (Condiciones cutáneas) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>DERIVADOS DE LA VITAMINA A (cont.)</b>		
DIFFERIN ( <i>adapalene</i> )	T3	ST
RETIN-A ( <i>tretinoin</i> )	T3	PA
RETIN-A MICRO PUMP 0.06% GEL	T3	PA
RETIN-A MICRO PUMP 0.08% GEL	T3	PA
<i>tretinoin 0.01% gel</i> (Retin-A)	T1	PA
<i>tretinoin 0.025% cream</i> (Retin-A)	T1	PA
<i>tretinoin 0.025% gel</i> (Retin-A)	T1	PA
<i>tretinoin 0.05% cream</i> (Retin-A)	T1	PA
<i>tretinoin 0.05% gel</i> (Atralin)	T1	PA
<i>tretinoin 0.1% cream</i> (Retin-A)	T1	PA
<i>tretinoin microspheres</i> (Retin-A Micro Pump)	T1	PA
<i>tretinoin microspheres</i> (Retin-A Micro)	T1	PA
TRETIN-X	T3	PA
<b>AGENTES PARA DEJAR DE FUMAR (Productos para dejar de fumar)</b>		
<b>AGENTES PARA DEJAR DE FUMAR (ESTIM. GANGLIONARES, OTROS)</b>		
NICOTROL	T3	QL(180 ds/365 days)PPACA
NICOTROL NS	T3	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	T2	QL(180 ds/365 days)PPACA
APO-VARENICLINE 1 MG TABLET	T2	QL(180 ds/365 days)PPACA
CHANTIX	T3	QL(180 ds/365 days)PPACA
<i>varenicline starting month box</i>	T1	
<b>AGENTES PARA DEJAR DE FUMAR, OTROS</b>		
<i>bupropion hcl sr 150 mg tablet</i>	T1	QL(180 ds/365 days)PPACA
<b>PREPARACIONES PARA LA TIROIDES (Agentes hormonales)</b>		
<b>PREPARACIONES ANTITIROIDEAS</b>		
<i>methimazole</i> (Tapazole)	T1	HD
<i>propylthiouracil</i>	T1	HD
TAPAZOLE ( <i>methimazole</i> )	T3	HD
<b>HORMONAS TIROIDEAS</b>		
<i>adthyza 15 mg tablet</i>	T1	HD
<i>adthyza 30 mg tablet</i>	T1	HD
<i>adthyza 60 mg tablet</i>	T1	HD

T1 – Genéricos  
T2 – Marcas preferidas  
T3 – Marcas no preferidas  
T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos  
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

PREPARACIONES PARA LA TIROIDES (Agentes hormonales) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>HORMONAS TIROIDEAS (cont.)</b>		
<i>adthyza 90 mg tablet</i>	T1	HD
<i>adthyza 120 mg tablet</i>	T1	HD
ARMOUR THYROID	T2	HD
ERMEZA SOLUTION	T3	ST HD
<i>levothyroxine sodium (Synthroid)</i>	T1	HD
<i>liothyronine sodium (Cytomel)</i>	T1	HD
<i>thyroid,pork</i>	T1	HD
<b>PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (SIDA/VIH)</b>		
<b>INHIBIDORES DEL CITOCROMO P450</b>		
TYBOST	T5	SP
<b>PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Asma/EPOC/condiciones respiratorias)</b>		
<b>FIBROSIS QUÍSTICA - AGENTES OSMÓTICOS, INHALACIÓN</b>		
BRONCHITOL	T5	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 100-50-75 MG/75MG PKT	T4	SP PA HD QL (56 packets/28 days)
TRIKAFTA 80-40-60MG/59.5MG 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 5.8 MG GRANULES PKT	T4	PA QL(56 packs/fill) SP HD
KALYDECO 13.4MG GRANULES PKT	T4	PA SP QL (56 packets/28 days)
KALYDECO 25 MG GRANULES PACKET	T4	PA QL(56 packs/fill) SP HD
KALYDECO 50 MG GRANULES PACKET	T4	PA QL(56 packs/fill) SP HD
KALYDECO 75 MG GRANULES PACKET	T4	PA QL(56 packs/fill) SP HD
<b>SURFACTANTES PULMONARES</b>		
CUROSURF	T3	
INFASURF	T3	
SURFAXIN	T3	
SURVANTA	T3	

T1 – Genéricos  
 T2 – Marcas preferidas  
 T3 – Marcas no preferidas  
 T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos  
 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.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<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	T5	PA SP QL (60 tabs/30 days)
VIJOICE 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
VIJOICE 50 MG TABLET	T4	PA QL(28 tabs/28 days) SP
ZOKINVY	T5	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>	T1	PA SP HD
<i>icatibant acetate (Firazyr)</i>	T1	PA SP
<b>INHIBIDORES DE CALICREÍNA PLASMÁTICA</b>		
ORLADEYO	T5	PA SP
PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Cáncer)		
<b>AGENTES DE RESCATE/ANTÍDOTOS PARA QUIMIOTERAPIA</b>		
<i>leucovorin calcium</i>	T1	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	T3	CSL
PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Productos dentales)		
<b>PREPARACIONES Y AYUDAS DENTALES</b>		
<i>chlorhexidine gluconate (Peridex)</i>	T1	
PERIDEX ( <i>chlorhexidine gluconate</i> )	T3	
<i>triamcinolone 0.1% paste</i>	T1	

T1 – Genéricos  
T2 – Marcas preferidas  
T3 – Marcas no preferidas  
T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos  
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 (Productos dentales) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>PREPARACIONES Y AYUDAS DENTALES (cont.)</b>		
<i>triamcinolone acetonide</i>	T1	
<b>INHIBIDORES DE LA COLAGENASA PERIODONTAL</b>		
<i>doxycycline hyclate 20 mg tab</i>	T1	
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> )	T3	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	
STENDRA	T3	PA QL(8 tabs/fill)
<i>tadalafil 2.5 mg tablet</i>	T1	PA QL(30 tabs/30 days)
<i>tadalafil 5 mg tablet (Cialis)</i>	T1	
<i>tadalafil 10 mg tablet (Cialis)</i>	T1	
<i>tadalafil 20 mg tablet (Cialis)</i>	T1	
TRI-MIX (PAPVRN-PHNTLMN-PGE1)	T3	
<i>ildenafil hcl</i>	T1	PA QL(8 tabs/fill)
<i>ildenafil hcl (Levitra)</i>	T1	PA QL(8 tabs/fill)
VIAGRA ( <i>sildenafil citrate</i> )	T3	PA QL(8 tabs/fill)

T1 – Genéricos  
 T2 – Marcas preferidas  
 T3 – Marcas no preferidas  
 T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos  
 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 (Condiciones oculares)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>AGONISTA PARCIAL DE RECEPTORES NICOTÍNICOS, ALFA4-BETA2</b>		
TYRVAYA	T3	PA
<b>PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Condiciones gastrointestinales/pirosis)</b>		
<b>AGENTES PARA USO ESTOMATOLÓGICO</b>		
PROTHELIAL	T3	
SILATRIX	T3	
<b>KIT PARA PREPARAR COMPUESTOS</b>		
FIRST-MOUTHWASH BLM	T3	
<b>AGENTES ORALES PARA LA MUCOSITIS/ESTOMATITIS</b>		
GELCLAIR	T3	
GELX	T3	
ORAMAGICRX	T3	
<b>AGENTES ANTIINFLAMATORIOS ORALES PARA LA MUCOSITIS/ESTOMATITIS</b>		
EPISIL	T3	
<b>AGENTES ESTIMULANTES DE LA SALIVA</b>		
NUMOISYN	T3	
<b>AGENTES SUSTITUTOS DE LA SALIVA</b>		
AQUORAL	T3	
BOCASAL	T3	
CAPHOSOL	T3	
MUCOSITISRX	T3	
NEUTRASAL	T3	
NUMOISYN	T3	
SALIVAMAX	T3	
<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>	T1	ST
<i>paricalcitol</i>	T1	ST SP HD
<i>paricalcitol (Zemplar)</i>	T1	ST SP HD
RAYALDEE	T3	ST
ZEMPLAR ( <i>paricalcitol</i> )	T5	ST SP HD

T1 – Genéricos  
 T2 – Marcas preferidas  
 T3 – Marcas no preferidas  
 T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos  
 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)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>ABORTIVOS-ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE LA PROGESTERONA</b>		
MIFEPREX	T3	
<i>mifepristone 200 mg tablet</i>	T1	
<b>INHIBIDORES DE AMONÍACO</b>		
CARBAGLU	T4	PA SP HD
<i>carglumic acid</i>	T1	PA SP HD
<b>AGENTES PARA LA AMILOIDOSIS-SUPRESIÓN DE LA TRANSTIRETINA (TTR)</b>		
TEGSEDI	T4	PA QL ( SP HD)
<b>PREPARACIONES ANTIALCOHÓLICAS</b>		
<i>acamprosate calcium</i>	T1	
<i>disulfiram</i>	T1	
<b>TRATAMIENTO ANTIFIBRÓTICO - ANÁLOGOS DE LA PIRIDONA</b>		
<i>pirfenidone 267 mg capsules</i>	T1	PA QL(270 caps/30 days) SP HD
<i>pirfenidone 267 mg tablet (Esbriet)</i>	T1	
<i>pirfenidone 801 mg tablet (Esbriet)</i>	T1	
<b>INHIBIDORES DE LA ESTERASA CI</b>		
HAEGARDA	T5	PA SP HD
HAEGARDA 2,000UNIT VIAL	T5	PA QL (24 vials/28 days) SP HD
HAEGARDA 3,000UNIT VIAL	T5	PA QL (16 vials/28 days) SP HD
<b>CALCIMIMÉTICO, POTENCIADOR DEL CALCIO PARATIROIDEO</b>		
<i>cinacalcet hcl (Sensipar)</i>	T1	PA SP
<b>KIT PARA PREPARAR COMPUESTOS</b>		
FIRST-MOUTHWASH BLM	T3	
<b>AGENTES CRIOPRESERVANTES</b>		
<i>dimethyl sulfoxide</i>	T1	
<b>MEDICAMENTOS PARA TRATAR LA TIROSINEMIA HEREDITARIA</b>		
<i>nitisinone (Orfadin)</i>	T1	PA SP HD
NITYR	T4	PA SP
ORFADIN	T5	PA SP
ORFADIN ( <i>nitisinone</i> )	T5	PA SP
<b>MEDICAMENTOS PARA TRATAR DIAG. DE GAUCHER TIPO I, REDUCTORES DE SUSTRATOS</b>		
CERDELGA	T4	PA QL (56 caps/28 days) SP HD
<i>miglustat (Zavesca)</i>	T1	PA SP HD
<b>ALÉRGICOS E IRRITANTES AMBIENTALES, OTROS</b>		
T.R.U.E. TEST	T3	

T1 – Genéricos  
T2 – Marcas preferidas  
T3 – Marcas no preferidas  
T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos  
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.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>AGENTES PARA INHALACIÓN GENERALES</b>		
HYPER-SAL	T3	
<i>nebusal 3% vial</i>	T1	
NEBUSAL 6% VIAL	T3	
<i>sodium chloride for inhalation</i>	T1	
<b>INHIBIDOR DE LA GLUCOSILCERAMIDA SINTASA (GCS)</b>		
<i>miglustat (Zavesca)</i>	T1	PA QL(90 caps/30 days) SP
OPFOLDA	T5	PA QL(8 caps/fill) SP HD
<b>MEDICAMENTOS HOMEOPÁTICOS</b>		
VERTIGOHEEL	T3	
<b>SUPRESORES DE LOS SÍNTOMAS MENOPÁUSICOS - ANTAG. DEL RECEPT. NK3</b>		
VEOZAH	T3	
<b>SUPRESORES DE LOS SÍNTOMAS MENOPÁUSICOS - SSRI</b>		
<i>paroxetine mesylate (Brisdelle)</i>	T1	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	T2	PA
<i>deferasirox (Exjade)</i>	T1	PA SP HD
<i>deferasirox (Jadenu Sprinkle)</i>	T1	PA SP HD
<i>deferasirox (Jadenu)</i>	T1	PA SP HD
<i>deferiprone (Ferriprox (3 Times A Day))</i>	T1	PA SP HD
<i>deferiprone (Ferriprox)</i>	T1	PA SP HD
FERRIPROX	T5	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> )	T5	PA SP
GALZIN	T3	
RADIOGARDASE	T3	
<i>SYPRINE (trientine hcl)</i>	T5	PA SP HD
<i>trientine hcl (Syprine)</i>	T1	PA SP HD
<b>PÉPTIDOS NATRIURÉTICOS</b>		
VOXZOGO	T5	PA SP HD

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

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.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>CHAPERÓN FARMACOLÓGICO-ESTAB. DE LA ALFA-GALACTOSIDASA A</b>		
GALAFOLD	T5	PA QL(15 caps/fill) SP HD
<b>AGENTE PARA TRATAR LA FENILCETONURIA-COFACTOR DE LA FENILALANINA HIDROXILASA</b>		
<i>sapropterin dihydrochloride (Kuvan)</i>	T1	PA SP
<i>sapropterin dihydrochloride (Kuvan)</i>	T1	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	T5	PA QL(112 caps/fill) SP
SOHONOS 1.5 MG CAPSULE	T5	PA QL(112 caps/fill) SP
SOHONOS 10 MG CAPSULE	T5	PA QL(56 caps/fill) SP
SOHONOS 2.5 MG CAPSULE	T5	PA QL(140 caps/fill) SP
SOHONOS 5 MG CAPSULE	T5	PA QL(84 caps/fill) SP
<b>SOLVENTES</b>		
CVS ISOPROPYL ALCOHOL 91%	T3	
<i>cvs isopropyl alcohol 91%</i>	T1	
CVS ISOPROPYL RUB ALCOHOL 70%	T3	
<i>cvs isopropyl rub alcohol 70%</i>	T1	
<i>eql isopropyl alcohol 91%</i>	T1	
<i>eql isopropyl rub alcohol 70%</i>	T1	
FT ISOPROPYL ALCOHOL 91%	T3	
FT ISOPROPYL RUB ALCOHOL 70%	T3	
<i>gnp isopropyl alcohol 99%</i>	T1	
<i>hm isopropyl alcohol 70%</i>	T1	
<i>hm isopropyl alcohol 91%</i>	T1	
INSTACLEAN	T2	
ISOPROPANOL	T2	
<i>isopropyl 70% alcohol</i>	T1	
<i>isopropyl alcohol</i>	T1	
<i>isopropyl alcohol 70%</i>	T1	
<i>isopropyl alcohol 91%</i>	T1	
<i>isopropyl alcohol 99%</i>	T1	
<i>isopropyl rubbing alcohol 70%</i>	T1	

T1 – Genéricos  
 T2 – Marcas preferidas  
 T3 – Marcas no preferidas  
 T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos  
 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.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>SOLVENTES (cont.)</b>		
ISOPROPYL RUBBING ALCOHOL 70%	T3	
ISOPROPYL RUBBING ALCOHOL 91%	T3	
<i>kro isopropyl alcohol 91%</i>	T1	
MURI-LUBE MINERAL OIL	T2	
<i>polyethylene glycol</i>	T1	
<i>qc isopropyl alcohol 91%</i>	T1	
<i>qc isopropyl rubbing alcohol</i>	T1	
<i>ra isopropyl alcohol 70%</i>	T1	
<i>ra isopropyl alcohol 91%</i>	T1	
<i>sm isopropyl alcohol 70%</i>	T1	
SM ISOPROPYL ALCOHOL 91%	T3	
<i>sm isopropyl alcohol 91%</i>	T1	
<i>sm isopropyl alcohol 99%</i>	T1	
<i>swan isopropyl alcohol 70%</i>	T1	

### EXCIPIENTES

GELFILM	T3	
HYDROXYPROPYLCELLULOSE	T2	
HYPROMELLOSE	T2	

### PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Nutritivos/alimenticios)

#### AGENTES PARA DEFICIENCIAS METABÓLICAS

<i>betaine (Cystadane)</i>	T1	PA SP HD
CARNITOR ( <i>levocarnitine (with sugar)</i> )	T3	
CARNITOR ( <i>levocarnitine</i> )	T3	
CARNITOR SF ( <i>levocarnitine</i> )	T3	
<i>levocarnitine 4 gm/20 ml vial</i>	T1	
<i>levocarnitine (Carnitor Sf)</i>	T1	
<i>levocarnitine (Carnitor)</i>	T1	
<i>levocarnitine (with sugar) (Carnitor)</i>	T1	

### PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Productos para la osteoporosis)

#### AGENTES QUE ESTIM. LA FORMACIÓN DE HUESO - HORMONA PARATIROIDEA

FORTEO ( <i>teriparatide</i> )	T4	PA QL(1 pens/28 days) SP HD
<i>teriparatide 600 mcg/2.4ml pen (Forteo)</i>	T1	PA QL(1 pen/28 days) SP HD
TERIPARATIDE 620 MCG/2.48 ML	T5	PA QL(1 pen/28 days) SP HD

T1 – Genéricos  
T2 – Marcas preferidas  
T3 – Marcas no preferidas  
T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos  
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 (Productos para la osteoporosis) (cont.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>COMBINACIONES DE INHIBIDORES DE LA RESORCIÓN ÓSEA Y VITAMINA D</b>		
FOSAMAX PLUS D	T3	ST QL(4 tabs/28 days) HD
<b>INHIBIDORES DE LA RESORCIÓN ÓSEA</b>		
ACTONEL 35 MG TABLET ( <i>risedronate sodium</i> )	T3	ST QL(4 tabs/28 days) HD
ACTONEL 150 MG TABLET ( <i>risedronate sodium</i> )	T3	ST QL(1 tab/30 days) HD
<i>alendronate sod 70 mg/75 ml</i>	T1	QL(300 mls/28 days) HD
<i>alendronate sodium 5mg, 10mg tablet</i>	T1	QL(30 tabs/fill) HD
<i>alendronate sodium 35 mg tab</i>	T1	QL(4 tabs/28 days) HD
<i>alendronate sodium 40 mg tab</i>	T1	HD
<i>alendronate sodium 70 mg tab (Fosamax)</i>	T1	QL(4 tabs/28 days) HD
ATELVIA ( <i>risedronate sodium</i> )	T3	ST QL(4 tabs/28 days) HD
BINOSTO	T3	ST QL(4 tabs/28 days) HD
EVISTA ( <i>raloxifene hcl</i> )	T3	HD
FOSAMAX ( <i>alendronate sodium</i> )	T3	ST QL(4 tabs/28 days) HD
<i>ibandronate sodium</i>	T1	QL(1 tab/30 days) HD
<i>raloxifene hcl (Evista)</i>	T1	HD PPACA
<i>risedronate sodium (Atelvia)</i>	T1	QL(4 tabs/28 days) HD
<i>risedronate sodium 5 mg tablet</i>	T1	QL(30 tabs/fill) HD
<i>risedronate sodium 30 mg tab</i>	T1	QL(30 tabs/fill) HD
<i>risedronate sodium 35 mg tab (Actonel)</i>	T1	QL(4 tabs/28 days) HD
<i>risedronate sodium 150 mg tab (Actonel)</i>	T1	QL(1 tab/30 days) HD
<b>PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)</b>		
<b>ANTIINFLAM. ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE INTERLEUCINA-1</b>		
ARCALYST	T5	PA QL(4 vls/28 days) SP HD
<b>AGENTES PARA LA FIBROMIALGIA, INHIB. DE LA RECAPT. DE SEROTONINA-NOREPINEFRINA</b>		
SAVELLA 12.5MG, 25MG, 50MG, 100MG TABLET	T2	ST QL(60 tabs/fill) HD
SAVELLA TITRATION PACK	T2	ST QL(1 pack/retail) HD
<b>INMUNOMODULADORES, INHIB. ESPECÍF. DE ESTIM. DE LINFOCITOS B (BLYS)</b>		
BENLYSTA	T4	PA QL(4 mls/28 days) SP HD
<b>PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Trastornos convulsivos)</b>		
<b>AGENTES NEUROPÁTICOS</b>		
<i>pregabalin (Lyrica Cr)</i>	T1	PA HD

T1 – Genéricos  
T2 – Marcas preferidas  
T3 – Marcas no preferidas  
T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos  
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 (Condiciones cutáneas)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<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	T5	PA QL(28 caps/28 days) SP HD
<b>AGENTES CICATRIZANTES LOCALES</b>		
FILSUVEZ	T5	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>	T1	
<i>buprenorphine 8 mg tablet sl</i>	T1	
<i>buprenorphine hcl/naloxone hcl</i>	T1	
<i>buprenorphine hcl/naloxone hcl (Suboxone)</i>	T1	
ZUBSOLV	T2	
PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Medicamentos para trasplante)		
<b>INHIBIDORES DE LA QUINASA RHO</b>		
REZUROCK	T5	PA QL(30 tabs/fill) SP
PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Condiciones urinarias)		
<b>AGENTES PARA LA HIPERTROFIA PROSTÁTICA BENIGNA/MICCIÓN</b>		
<i>alfuzosin hcl (Uroxatral)</i>	T1	HD
<i>dutasteride (Avodart)</i>	T1	ST HD
<i>finasteride (Proscar)</i>	T1	HD
FLOMAX ( <i>tamsulosin hcl</i> )	T3	ST HD
PROSCAR ( <i>finasteride</i> )	T3	ST HD
<i>silodosin (Rapaflo)</i>	T1	HD
<b>AGENTES PARA LA HIPERTROFIA PROSTÁTICA BENIGNA/MICCIÓN (cont.)</b>		
<i>tamsulosin hcl (Flomax)</i>	T1	HD
<b>INHIB. DE LA 5-ALFA REDUCTASA-ANTAG. ADRENÉRGICO ALFAI PARA TRATAR LA HPB</b>		
<i>dutasteride/tamsulosin hcl (Jalyn)</i>	T1	ST HD
JALYN ( <i>dutasteride/tamsulosin hcl</i> )	T3	ST HD
<b>AGENTES QUE REDUCEN LA CISTINA, CISTINOSIS NEFROPÁTICA</b>		
CYSTAGON	T4	SP
<b>AGENTES PARA CÁLCULOS RENALES</b>		
THIOLA EC	T5	PA SP
<i>tiopronin</i>	T1	PA SP
<i>tiopronin (Thiola)</i>	T1	PA SP

T1 – Genéricos  
T2 – Marcas preferidas  
T3 – Marcas no preferidas  
T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos  
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 (Condiciones urinarias) (cont.)

Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>AGENTES PARA LA VEJIGA HIPERACTIVA, RECEP. ADRENÉRGICOS BETA 3</b>		
GEMTESA	T3	HD
MYRBETRIQ	T2	HD
<b>ANTIESPASMÓDICOS DE LAS VÍAS URINARIAS, ANTAG. SELECTIVO DE M(3)</b>		
<i>darifenacin hydrobromide</i>	T1	HD
<i>solifenacin succinate (Vesicare)</i>	T1	HD
<b>AGENTE ANTIESPASMÓDICO/ANTIINCONTINENCIA DE LAS VÍAS URINARIAS</b>		
<i>fesoterodine fumarate (Toviaz)</i>	T1	HD
<i>flavoxate hcl</i>	T1	HD
GELNIQUE	T2	QL(30 packs/fill) HD
<i>oxybutynin chloride</i>	T1	HD
OXYTROL	T3	ST QL(8 patches/28 days) HD
<i>tolterodine tartrate (Detrol La)</i>	T1	HD
<i>tolterodine tartrate (Detrol)</i>	T1	HD
<i>tropium chloride</i>	T1	HD

### PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Control del peso)

#### ESTIM. DEL APETITO PARA LA ANOREXIA, CAQUEXIA, SÍND. DE DESGASTE

<i>megestrol 625 mg/5 ml susp</i>	T1	
<i>megestrol acet 40 mg/ml susp</i>	T1	
<i>megestrol acet 400 mg/10 ml</i>	T1	

### VITAMINAS (Nutritivas/alimenticias)

#### COMBINACIONES MULTIVITAMÍNICAS ANTIOXIDANTES

50 PLUS ADULT EYE HEALTH	T3	
<i>a/c/e/zinc ox/cupric ox/lutein</i>	T1	
ADULT 50 PLUS EYE HEALTH	T3	
ANTIOXIDANT FORMULA	T3	
EQ VISION FORMULA TABLET	T2	
<i>eql eye health plus lutein tab</i>	T1	
EYE HEALTH AND LUTEIN	T3	
EYE HEALTH PLUS LUTEIN TABLET	T3	
EYE MULTIVITAMIN	T2	
EYE MULTIVITAMIN WITH LUTEIN	T3	
EYEPROTECT	T3	
<i>gnp healthy eyes tablet</i>	T1	

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

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.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>COMBINACIONES MULTIVITAMÍNICAS ANTIOXIDANTES (cont.)</b>		
HEALTHY EYES TABLET	T2	
<i>healthy eyes tablet</i>	T1	
I-CAPS	T2	
ICAPS AREDS FORMULA DR TABLET	T3	
ICAPS AREDS2	T3	
LIPOTRIAD	T3	
LIPOTRIAD VISIONARY	T3	
MACULAR BENEFITS	T3	
MACULAR HEALTH FORMULA	T3	
MACUVEX	T3	
MACUZIN	T3	
MULTI-BETIC	T2	
OCULAR VITAMINS	T3	
OCUVEL	T3	
OCUVITE ADULT 50 PLUS	T2	
OCUVITE WITH LUTEIN	T2	
PRESERVISION AREDS	T2	
PRESERVISION LUTEIN	T2	
VISION FORMULA TABLET	T3	
VISION FORMULA WITH LUTEIN	T3	
VISION OPTIMIZER	T3	
VISTA ADVANCED AREDS2	T3	
<i>vit a/vit c/vit e/zinc/copper</i>	T1	
<i>vits a,c,e/lutein/minerals</i>	T1	
<b>BIOFLAVONOIDES</b>		
<i>bioflav,lemon/vit bcomp,c</i>	T1	
<i>bioflav,lemon/vit bcomp,c (Lipo-Flavonoid Plus)</i>	T1	
CITRUS BIOFLAVONOIDS	T3	
EAR HEALTH PLUS CAPLET	T3	
<i>ear health plus caplet (Lipo-Flavonoid Plus)</i>	T1	
FLOGEN	T3	
INNER EAR PLUS	T3	
LIPO FLAVONOID	T3	
LIPO-FLAVONOID PLUS ( <i>bioflav,lemon/vit bcomp,c</i> )	T2	

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

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.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>BIOFLAVONOIDES (cont.)</b>		
QUERCETIN	T3	
<i>rutin</i>	T1	
VASCULERA	T3	
VASOFLEX D1	T3	
VENALIV	T3	
<b>PREPARACIONES CON ÁCIDO FÓLICO</b>		
<i>cvs folic acid 800 mcg tablet</i>	T1	PPACA
DENOVO	T3	
DEPLIN-ALGAL OIL ( <i>levomefolate/algae oil</i> )	T3	
ENLYTE	T3	
FA-8	T3	
<i>folic acid 0.4 mg tablet</i>	T1	PPACA
<i>folic acid 0.8 mg tablet</i>	T1	PPACA
<i>folic acid 1 mg tablet</i>	T1	
<i>folic acid 1,000 mcg tablet</i>	T1	
FOLIC ACID 20 MG CAPSULE	T3	
<i>folic acid 400 mcg tablet</i>	T1	PPACA
FOLIC ACID 5 MG CAPSULE	T3	
<i>folic acid 5 mg/ml vial</i>	T1	
<i>folic acid 50 mg/10 ml vial</i>	T1	
FOLIC ACID 800 MCG CAPSULE	T3	
<i>folic acid 800 mcg tablet</i>	T1	PPACA
<i>folic acid/b6/ca phos/ginger</i>	T1	
FOLIKA-V	T3	
FOLITE	T3	
GENICIN VITA-Q	T3	
<i>gnp folic acid 400 mcg tablet</i>	T1	PPACA
<i>hm folic acid 400 mcg tablet</i>	T1	PPACA
HYLAZINC	T3	
<i>levomefolate calcium</i>	T1	
<i>levomefolate/algae oil (Deplin-Algal Oil)</i>	T1	
METHYLFOLATE	T3	
<i>ra folic acid 0.4 mg tablet</i>	T1	PPACA
<i>ra folic acid 800 mcg tablet</i>	T1	PPACA

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

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.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>PREPARACIONES CON ÁCIDO FÓLICO (cont.)</b>		
<i>sm folic acid 0.4 mg tablet</i>	T1	PPACA
<i>sm folic acid 400 mcg tablet</i>	T1	PPACA
<i>sv folic acid 800 mcg tablet</i>	T1	PPACA
<i>true folic acid 667 mcg dfe tb</i>	T1	PPACA
<i>true folic acid 1600mcg dfe tb</i>	T1	
XAQUIL XR	T3	
<b>PREPARACIONES DE VITAMINAS GERIÁTRICAS</b>		
<i>a thru z advanced formula tab (Vision Plus Lutein)</i>	T1	
<i>a thru z select tablet (Vision Plus Lutein)</i>	T1	
CENTRUM SILVER CHEWABLE TABLET	T2	
<i>eldertonic elixir</i>	T1	
ELDERTONIC LIQUID	T3	
GERITOL COMPLETE	T2	
GERITOL TONIC	T2	
<i>multivit with iron, minerals</i>	T1	
<i>multivit with minerals/lutein (Vision Plus Lutein)</i>	T1	
REQ49+	T3	
SPECTRAVITE ADULT 50+	T3	
VISION PLUS LUTEIN ( <i>multivit with minerals/lutein</i> )	T2	
<b>PREPARACIONES MULTIVITAMÍNICAS</b>		
<i>a thru z advanced formula tab</i>	T1	
A THRU Z MEN'S ULTIMATE TABLET	T2	
A THRU Z SELECT MEN 50+ TABLET	T3	
<i>a thru z select multivit tab</i>	T1	
<i>a thru z select multivit tab (Centrum Silver)</i>	T1	
<i>a thru z select multivit tab (Certavite Senior)</i>	T1	
<i>a thru z select tablet (Centrum Silver)</i>	T1	
<i>a thru z select tablet (Certavite Senior)</i>	T1	
<i>a thru z select women's tablet</i>	T1	
<i>a/c/e/zinc/sod selenate/copper</i>	T1	
ABC COMPLETE SENIOR WOMEN'S	T3	
ACTIVNUTRIENTS	T3	
ADEK GUMMIES PLUS ZINC	T3	
ADULT MULTI GUMMIES	T3	

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

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.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>PREPARACIONES MULTIVITAMÍNICAS (cont.)</b>		
ADULT MULTIVITAMIN GUMMIES	T3	
ADULT ONE DAILY GUMMIES	T3	
ADULTS' DAILY FORMULA	T3	
ADULTS MULTIVITAMIN	T3	
ADVANCED MULTI EA	T3	
ALIVE DAILY SUPPORT PRENATAL	T3	
ALIVE MAX POTENCY	T3	
ALIVE MEN'S 50 PLUS GUMMY	T3	
ALIVE MEN'S ENERGY	T3	
ALIVE MEN'S GUMMY	T3	
ALIVE PREMIUM PRENATAL	T3	
ALIVE WOMEN'S 50 PLUS	T3	
ALIVE WOMEN'S 50 PLUS ULTRA	T3	
ALIVE WOMEN'S ENERGY	T3	
ALIVE WOMEN'S GUMMY VITAMIN	T3	
ALIVE WOMEN'S ULTRA POTENCY	T3	
<i>amino acids/mv,tx,iron,mineral</i>	T1	
AMLADEX	T3	
ANIMI-3	T3	
AQUADEKS	T2	
BACMIN	T3	
BARIATRIC MULTIVITAMINS	T3	
<i>b-complex plus vitamin c cplt</i>	T1	
<i>b-complex with vitamin c</i>	T1	
<i>b-complex with vitamin c (Support-500)</i>	T1	
<i>b-complex w-vitamin c caplet</i>	T1	
BEROCCA	T3	
<i>beta-carotene(a)-vits c,e/mins</i>	T1	
BIO-35	T3	
BLADDER 2.2	T2	
BODY, HAIR, SKIN AND NAILS	T3	
CENTRAL-VITE	T3	
CENTRAL-VITE WOMEN'S MATURE ( <i>multivit-min/iron/folic/lutein</i> )	T3	
CENTRAVITES ADULTS	T3	

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

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.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>PREPARACIONES MULTIVITAMÍNICAS (cont.)</b>		
CENTRUM	T2	
CENTRUM ADULT 50 PLUS	T3	
CENTRUM ADULT 50 FRESH-FRUITY	T3	
CENTRUM CHEWABLES ADULTS TAB	T2	
CENTRUM CHEWABLES ADULTS TAB	T3	
CENTRUM COMPLETE	T2	
CENTRUM FLAVOR BURST ADULT	T3	
CENTRUM MEN	T2	
CENTRUM MULTIGUMMIES	T3	
CENTRUM SILVER MEN	T3	
CENTRUM SILVER TABLET (multivit-min/fa/lycopen/lutein)	T3	
CENTRUM SILVER ULTRA MEN'S (multivit-min/fa/lycopen/lutein)	T2	
CENTRUM SILVER WOMEN (multivit-min/iron/folic/lutein)	T3	
CENTRUM SPECIALIST ENERGY	T3	
CENTRUM SPECIALIST HEART	T2	
CENTRUM ULTRA MEN'S	T2	
CENTURY MEN'S	T3	
certavite senior tablet (Centrum Silver)	T1	
certavite senior tablet (Certavite Senior)	T1	
CERTAVITE SENIOR TABLET (multivit-min/fa/lycopen/lutein)	T3	
certavite-antioxidant tablet (Certavite-Antioxidant)	T1	
CERTAVITE-ANTIOXIDANT TABLET (multivitamin/iron/folic acid)	T3	
certavite-antioxidant tablet (Tab-A-Vite Multivit With Iron)	T1	
COMPLETE MEN	T2	
COMPLETE MEN 50 PLUS	T3	
COMPLETE MULTIVITAMIN-MINERAL	T3	
CONCEPT DHA (mvn-min75/iron/iron ps/om3/dha)	T3	
CONCEPT OB (mvn-min 74/iron fum/iron/fa)	T3	
CORVITE	T3	
CULTURELLE PROBIOTIC-MULTIVIT	T3	
cvs b-complex-vit c caplet	T1	
CVS DAILY MULTIPLE TABLET	T2	
cvs daily multiple tablet (One-A-Day)	T1	
cvs hair, skin and nails cplt	T1	

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

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.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>PREPARACIONES MULTIVITAMÍNICAS (cont.)</b>		
<i>cvs one daily essential tablet (Daily-Vite)</i>	T1	
DAILY GUMMIES	T3	
DAILY MULTIVITAMIN	T3	
<i>daily-vite tablet (Daily-Vite)</i>	T1	
DAILY-VITE TABLET ( <i>multivitamin with folic acid</i> )	T3	
DAYAVITE	T3	
DECUBI VITE	T3	
DEKAS BARIATRIC	T3	
DEKAS ESSENTIAL	T3	
DEKAS PLUS	T3	
DERMACINRX FOLIFLEX	T3	
DERMACINRX FOLITIN-Z	T3	
DERMACINRX MULTITAM	T3	
DERMACINRX RIBOTIN-E	T3	
DERMACINRX VENEXA	T3	
DERMACINRX VENEXA FE	T3	
DERMACINRX VENTRIXYL	T3	
DERMACINRX VENTRIXYL FE	T3	
DERMACINRX VITRAMYN	T3	
DERMACINRX VITRANOL	T3	
DERMACINRX VITRANOL FE	T3	
DERMACINRX VITREXATE	T3	
DERMACINRX VITREXATE FE	T3	
DERMACINRX ZINTREXYL-C	T3	
DIABETES HEALTH FORMULA	T3	
DIABETIC VITAMIN	T3	
DIALYVITE 800 WITH IRON	T3	
ELON MATRIX 5000 COMPLETE	T3	
ENBRACE HR	T3	
ENDUR-VM IRON-FREE	T3	
ENDUR-VM WITH IRON	T3	
EQ ONE DAILY WOMEN'S HEALTH TB	T3	
EQ ONE DAILY WOMEN'S TABLET	T2	
<i>eq1 one daily men's tablet</i>	T1	

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

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.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>PREPARACIONES MULTIVITAMÍNICAS (cont.)</b>		
ESSENTIAL MAN	T3	
ESSENTIAL MAN 50+	T3	
ESSENTIAL WOMAN 50+	T3	
ESTROVEN MENOPAUSE	T3	
<i>fa/mv,ca,iron,min/lycopene/lut</i>	T1	
FATIGUE RELIEF COMPLEX ( <i>bcomp,c/st,jhn wrt/s.ginsg/pgn</i> )	T3	
FOLAGENT DHA	T3	
FOLAMAX	T3	
FOLAMED DHA	T3	
<i>folic acid/multivit,iron,miner</i>	T1	
<i>folic acid/mv,iron,min/lutein</i>	T1	
FOLIC ACID-VIT B-6-VIT B-12	T3	
<i>folic/mvi ther-min/lycop/lut</i>	T1	
FOLIKA-CI	T3	
FOLIKA-MG	T3	
FORTAVIT	T3	
FREEDAVITE	T3	
GENADEK STEP 1	T3	
GENADEK STEP 2	T3	
GERBER GS PRENATAL NOURISH PLS	T3	
GNP B-COMPLEX PLUS VIT C TAB	T3	
<i>gnp one daily tablet</i>	T1	
HAIR FORMULA	T3	
HAIR, SKIN AND NAILS CAPLET	T3	
HAIR, SKIN AND NAILS SOFTGEL	T3	
HAIR, SKIN AND NAILS TABLET ( <i>multivitamin/folic acid/biotin</i> )	T3	
HEARTBURN ACID REFLUX	T3	
<i>high potency multivitamin tab</i>	T1	
HIGH POTENCY MULTIVITAMIN TAB	T3	
<i>high potency multivitamin tab (Certavite-Antioxidant)</i>	T1	
<i>high potency multivitamin tab (Tab-A-Vite Multivit With Iron)</i>	T1	
HM HAIR, SKIN AND NAILS TABLET	T3	
HM MEN'S ONE DAILY TABLET	T2	
ICAPS MV	T2	

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

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.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>PREPARACIONES MULTIVITAMÍNICAS (cont.)</b>		
ICAPS TABLET	T2	
IMMUNERX	T3	
INFUVITE ADULT	T3	
K-PAX IMMUNE SUPPORT	T2	
<i>lecithin/pyridoxine/kelp</i>	T1	
<i>lmeolate/b3/copp/zn/sel/chrom</i>	T1	
MAXIMIN	T3	
MEBOLIC	T3	
MEN 50 PLUS ADVANCED ONE DAILY	T3	
MEN 50 PLUS MULTIVITAMIN	T3	
MEN'S 50 PLUS DAILY FORMULA	T3	
MEN'S 50 PLUS MULTIVITAMIN	T3	
MEN'S DAILY FORMULA	T3	
MEN'S DAILY GUMMIES	T3	
MEN'S DAILY PACK	T3	
MEN'S MULTIVITAMIN	T3	
MONOCAPS	T3	
MULTI FOR HER 50 PLUS	T3	
MULTI FOR HER SOFTGEL	T3	
<i>multi for her tablet</i>	T1	
MULTI PRO	T3	
MULTI-DAY PLUS MINERALS	T3	
MULTILEX TABLET	T3	
<i>multilex tablet</i>	T1	
MULTILEX T-M	T3	
<i>multivit 47/iron/folate 1/dha</i>	T1	
<i>multivit infusn,adult 1,vit k</i>	T1	
<i>multivit no.51/iron/folic acid</i>	T1	
<i>multivit with calcium,iron,min</i>	T1	
<i>multivit with iron,minerals</i>	T1	
<i>multivit,calc,mins/iron/folic</i>	T1	
<i>multivit,iron,minerals/lutein</i>	T1	
<i>multivit,stress formula/zinc (Stress Formula With Zinc)</i>	T1	
<i>multivit/iron/folic acid/hb 179</i>	T1	

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

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.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>PREPARACIONES MULTIVITAMÍNICAS (cont.)</b>		
<i>multivitamin</i>	T1	
MULTI-VITAMIN	T3	
<i>multivitamin combination no.55</i>	T1	
<i>multivitamin combination no.56</i>	T1	
MULTIVITAMIN GUMMIES	T3	
MULTIVITAMIN LIQUID	T3	
<i>multivitamin tablet</i>	T1	
<i>multivitamin with folic acid (Daily-Vite)</i>	T1	
<i>multivitamin with iron</i>	T1	
MULTIVITAMIN WITH MINERALS	T3	
<i>multivitamin with minerals</i>	T1	
<i>multivitamin, stress formula</i>	T1	
<i>multivitamin, ther and minerals</i>	T1	
<i>multivitamin, therapeutic</i>	T1	
<i>multivitamin, therapeutic (Oncovite)</i>	T1	
<i>multivitamin/ferrous gluconate</i>	T1	
<i>multivitamin/iron/folic acid (Certavite-Antioxidant)</i>	T1	
<i>multivitamin/iron/folic acid (Tab-A-Vite Multivit With Iron)</i>	T1	
MULTI-VITE	T3	
<i>multivit-min/fa/lycopen/lutein</i>	T1	
<i>multivit-min/fa/lycopen/lutein (Centrum Silver)</i>	T1	
<i>multivit-min/fa/lycopen/lutein (Certavite Senior)</i>	T1	
<i>multivit-min/ferrous gluconate</i>	T1	
<i>multivit-min/folic acid/biotin</i>	T1	
<i>multivit-min/iron fum/folic ac</i>	T1	
<i>multivit-min/iron/folic/lutein (Central-Vite Women'S Mature)</i>	T1	
<i>multivit-min/iron/folic/lutein (Centrum Silver Women)</i>	T1	
<i>multivit-min69/iron/folic acid</i>	T1	
<i>multivit-minerals/fa/lycopene</i>	T1	
<i>multivit-minerals/folic acid (One-A-Day)</i>	T1	
<i>multivit-minerals/folic/ginkgo</i>	T1	
<i>multivit-mins no.7/folic acid</i>	T1	
<i>multivit-mins/iron/folic/lycop</i>	T1	
<i>mv, min 59/iron/folic/docusate</i>	T1	

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

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.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>PREPARACIONES MULTIVITAMÍNICAS (cont.)</b>		
<i>mv,cal,min/iron/folic acid/lut</i>	T1	
<i>mv,iron,min/ginkgo/pan.ginseng</i>	T1	
<i>mv-min/iron/folic ac/vit k/lut</i>	T1	
<i>mv-mins 71/iron/folic no.1/dha</i>	T1	
<i>mv-mins/folic/lycopene/ginkgo</i>	T1	
<i>mv-mn/folic acid/lutein/hrb178</i>	T1	
<i>mvn no.53/iron/folic/dss/dha</i>	T1	
<i>mvn-min 74/iron fum/iron/fa (Concept Ob)</i>	T1	
<i>mvn-min75/iron/iron ps/om3/dha (Concept Dha)</i>	T1	
MVW MODULATR FORM MINI MULTIVT	T3	
NEEVODHA	T3	
NEOVITE	T3	
NESTABS ONE	T3	
NICOMIDE	T3	
NIVA-PLUS ( <i>multivit-mins60/iron fum/folic</i> )	T3	
NUTRIVIT	T2	
OB COMPLETE	T3	
OBSTETRIX ONE	T3	
O-CAL FA	T3	
OCUVITE EYE PLUS MULTI	T3	
<i>om-3/dha/epa/b12/fa/b6/phytost</i>	T1	
OMNIVEX	T3	
ONCOVITE ( <i>multivitamin,therapeutic</i> )	T2	
ONE DAILY ESSENTIAL TABLET	T3	
<i>one daily essential tablet</i>	T1	
<i>one daily essential tablet (Daily-Vite)</i>	T1	
ONE DAILY HEALTHY WEIGHT	T3	
ONE DAILY MEN'S	T2	
ONE DAILY MEN'S 50 PLUS	T3	
ONE DAILY MEN'S 50 PLUS D3	T3	
ONE DAILY MEN'S HEALTH	T3	
ONE DAILY MEN'S MULTIVITAMIN	T3	
<i>one daily multivitamin tab</i>	T1	

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

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.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>PREPARACIONES MULTIVITAMÍNICAS (cont.)</b>		
<i>one daily multivitamin tab</i>	T1	
ONE DAILY MULTIVITAMIN TABLET	T3	
<i>one daily multivitamin tablet (Daily-Vite)</i>	T1	
<i>one daily tablet</i>	T1	
ONE DAILY WOMEN 50 PLUS TAB	T3	
ONE DAILY WOMEN'S 50 PLUS ADV	T3	
ONE DAILY WOMEN'S 50+	T2	
ONE DAILY WOMEN'S FORMULA	T3	
<i>one daily women's health tab</i>	T1	
ONE DAILY WOMEN'S MULTIVITAMIN	T3	
ONE-A-DAY ( <i>multivit-minerals/folic acid</i> )	T3	
ONE-A-DAY ENERGY	T3	
ONE-A-DAY MEN VITACRAVES	T3	
ONE-A-DAY MENOPAUSE FORMULA	T3	
ONE-A-DAY MEN'S	T2	
ONE-A-DAY MEN'S 50 PLUS	T2	
ONE-A-DAY MEN'S 50 PLUS ( <i>mv-mins/folic/lycopene/ginkgo</i> )	T2	
ONE-A-DAY MEN'S COMPLETE	T3	
ONE-A-DAY PROACTIVE 65 PLUS	T3	
ONE-A-DAY VITACRAVES	T3	
ONE-A-DAY VITACRAVES IMMUNITY	T3	
ONE-A-DAY VITACRAVES OMEGA-3	T3	
ONE-A-DAY VITACRAVES SOUR	T3	
ONE-A-DAY WEIGHTSMART	T2	
ONE-A-DAY WOMEN VITACRAVES	T3	
ONE-A-DAY WOMEN'S 50 PLUS	T3	
ONE-A-DAY WOMEN'S COMPLETE	T2	
ONE-A-DAY WOMEN'S HEALTHY SKIN	T3	
ONE-A-DAY WOMEN'S PETITES	T3	
ONE-A-DAY WOMEN'S TABLET	T2	
ONE-A-DAY WOMEN'S TABLET	T3	
ONE-DAILY MULTI	T3	
ONE-DAILY MULTI-VIT POWDER PKT	T3	
<i>one daily multivit-mineral tab</i>	T1	

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

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.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>PREPARACIONES MULTIVITAMÍNICAS (cont.)</b>		
ONE DAILY MULTIVIT-MINERAL TAB	T3	
<i>one-daily multi-vitamin tab</i>	T1	
ONE-DAILY MULTI-VITAMIN-IRON	T3	
ONE-DAILY MULTIVITAMIN-MINERAL	T3	
ONEVITE	T3	
OPTIFAST	T3	
OPTISOURCE	T3	
OPURITY MULTIVITAMIN	T3	
POLY VITAMIN-IRON	T3	
PRENATE AM	T3	
PRENATE CHEWABLE	T3	
PRENATE ESSENTIAL	T3	
PROCERV HP	T3	
PROFOLA	T3	
PRORENAL QD	T2	
PROTECT CARDIO AF	T3	
PROTECT IRON	T3	
PROTECT PLUS SO	T3	
PUREFE OB PLUS	T3	
PUREFE PLUS	T3	
QUINTABS	T3	
QUINTABS-M	T3	
RA MEN'S ONE DAILY TABLET	T2	
<i>ra one daily essential tablet (One-A-Day)</i>	T1	
<i>ra one daily women's tablet</i>	T1	
REMEDIENT	T3	
<i>sm b complex with vit c tablet</i>	T1	
<i>sm super b complex-c caplet</i>	T1	
SOLO	T3	
SPECTRAVITE MEN 50 PLUS	T3	
SPECTRAVITE ULTRA MEN 50+	T3	
SPECTRAVITE ULTRA MEN'S	T3	
STRESS B-COMPLEX	T3	
<i>stress formula tablet</i>	T1	

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

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.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>PREPARACIONES MULTIVITAMÍNICAS (cont.)</b>		
STRESS FORMULA WITH ZINC TAB ( <i>multivit, stress formula/zinc</i> )	T3	
<i>stress formula with zinc tab</i> (Stress Formula With Zinc)	T1	
<i>stress-c with zinc tablet</i> (Stress Formula With Zinc)	T1	
STROVITE FORTE ( <i>multivit, iron, min 5/folic acid</i> )	T3	
STROVITE ONE	T3	
SUPER GINSENG MULTIVITAMIN	T3	
SUPER MULTIPLE-LOW IRON	T3	
SUPPORT-500 ( <i>b-complex with vitamin c</i> )	T3	
SV HAIR, SKIN AND NAILS CAPLET	T3	
TAB-A-VITE MULTIVIT WITH IRON	T3	
<i>tab-a-vite multivit with iron</i>	T1	
TAB-A-VITE MULTIVIT WITH IRON ( <i>multivitamin/iron/folic acid</i> )	T3	
THERAGRAN-M PREMIER 50 PLUS	T3	
<i>thera-m caplet</i>	T1	
<i>thera-m tablet</i>	T1	
THERA-M CAPLET	T3	
THERAMILL FORTE	T3	
THERANATAL LACTATION SUPPORT	T3	
THEREMS-H	T2	
TOBAKIENT	T3	
TRUE MULTIVITAMIN	T3	
TRUEPLUS MULTIVITAMIN ( <i>multivit-min/folic acid/vit k1</i> )	T3	
UDAMIN SP	T3	
ULTRA FREEDA	T3	
VITABEX PLUS	T3	
VITAJOY ADULT MULTI	T3	
<i>vitamin b complex-vit c cap</i> (Support-500)	T1	
<i>vitamin b complex-vit c caplet</i>	T1	
<i>vitamin b complex-vitamin c tb</i>	T1	
VITAMIN D3-ALOE	T3	
<i>vitamins a and d</i>	T1	
VITAMINS A-D-E	T3	
VITREXYL	T3	

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

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.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>PREPARACIONES MULTIVITAMÍNICAS (cont.)</b>		
VITREXYL PLUS IRON	T3	
VITRUM 50 PLUS SENIOR	T2	
WELLESSE MULTI VITAMIN PLUS	T3	
WOMEN 50 PLUS MULTIVIT ADVANCE	T3	
WOMEN'S 50 PLUS ADVANCED	T3	
WOMEN'S 50 PLUS DAILY FORMULA	T3	
<i>women's daily formula caplet</i>	T1	
WOMEN'S DAILY FORMULA CAPLET	T2	
WOMEN'S DAILY FORMULA TABLET	T3	
WOMENS DAILY GUMMIES	T3	
WOMEN'S DAILY PACK	T3	
WOMEN'S MULTIVITAMIN	T3	
WOMEN'S MULTIVITAMIN W-BIOTIN	T3	
XYZBAC	T3	
ZYVANA	T3	
ZYVIT	T3	
<b>PREPARACIONES DE NIACINA</b>		
<i>cvs niacin 400 mg capsule</i>	T1	
<i>cvs niacin flush free 500 mg</i>	T1	
ENDUR-AMIDE	T3	
ENDUR-THINE	T3	
<i>gnp niacin 250 mg tablet</i>	T1	
<i>gnp niacin 400 mg capsule</i>	T1	
<i>hm niacin tr 250 mg tablet (Slo-Niacin)</i>	T1	
<i>niacin</i>	T1	
<i>niacin (inositol niacinate)</i>	T1	
<i>niacin (Slo-Niacin)</i>	T1	
<i>niacin 100 mg tablet</i>	T1	
<i>niacin 250 mg tablet</i>	T1	
<i>niacin 50 mg tablet</i>	T1	
<i>niacin 500 mg capsule</i>	T1	
<i>niacin 500 mg capsule sa</i>	T1	
NIACIN 500 MG SOFTGEL	T2	

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

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.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>PREPARACIONES DE NIACINA (cont.)</b>		
<i>niacin 500 mg tablet</i>	T1	
<i>niacin 750 mg tablet sa (Slo-Niacin)</i>	T1	
NIACIN ER 1,000 MG TABLET	T2	
<i>niacin er 250 mg tablet (Slo-Niacin)</i>	T1	
<i>niacin er 500 mg caplet</i>	T1	
<i>niacin er 500 mg capsule</i>	T1	
<i>niacin er 500 mg tablet</i>	T1	
<i>niacin flush free 500 mg cap</i>	T1	
NIACIN FLUSH FREE 750 MG CAP	T2	
<i>niacin sa 250 mg capsule</i>	T1	
<i>niacin tr 250 mg capsule</i>	T1	
<i>niacin tr 250 mg tablet (Slo-Niacin)</i>	T1	
<i>niacin tr 500 mg caplet</i>	T1	
<i>niacin tr 500 mg tablet</i>	T1	
<i>niacinamide 500 mg tablet</i>	T1	
NIACINAMIDE ER 500 MG TABLET	T3	
NO FLUSH NIACIN	T3	
<i>ra niacin 100 mg tablet</i>	T1	
RA NIACIN 500 MG TABLET	T3	
<i>ra niacin 500 mg tablet</i>	T1	
SLO-NIACIN 250 MG TABLET ( <i>niacin</i> )	T2	
<i>slo-niacin 500 mg tablet</i>	T1	
SLO-NIACIN 750 MG TABLET ( <i>niacin</i> )	T2	
<i>sv niacin flush free 500 mg</i>	T1	
<b>PREPARACIONES DE PANTENOL</b>		
CALCIUM PANTOTHENATE	T3	
PANTETHINE	T3	
<b>PREPARACIONES DE VITAMINAS PEDIÁTRICAS</b>		
ABDEK MULTIVITAMIN	T3	
ANIMAL SHAPES COMPLETE	T3	
AQUADEKS	T2	
CENTRUM KIDS	T3	
CHILD CHEWABLE VITAMN COMPLETE	T3	
CHILD COMPLETE CHEWABLE VITAMN	T3	

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

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.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>PREPARACIONES DE VITAMINAS PEDIÁTRICAS (cont.)</b>		
CHILD COMPLETE MULTIVITAMIN	T3	
CHILD MULTIVITAMIN PLUS IRON	T3	
CHILDREN MULTIVITAMIN	T3	
<i>children multivitamin chew tab</i>	T1	
CHILDREN MULTIVITAMIN GUMMIES	T3	
CHILDREN MULTIVITAMIN GUMMIES ( <i>pediatric multivitamin no.120</i> )	T3	
CHILDREN'S CHEW MULTIVIT-IRON ( <i>pedi multivit no.91/iron fum</i> )	T3	
<i>childrens chew vitamin tab</i> (Flintstones With Extra C)	T1	
<i>childrens chew vitamin tab</i> (Flintstones)	T1	
CHILDREN'S CHEWABLE	T3	
CHILDREN'S MULTI-VIT GUMMIES	T3	
CHILDREN'S MULTIVITAMIN GUMMY	T3	
CHILD'S CHEWABLE VITAMIN TAB	T3	
CHILD'S OMEGA-3 DHA MULTIVITAM	T3	
CULTURELLE KIDS PROBIOTIC-MV	T3	
CULTURELLE KIDS PRO-MV-LUTEIN	T3	
CVS CHILD GUMMY DINOS GUMMIES	T3	
<i>cvs gummy dinos vitamin</i>	T1	
DEKAS PLUS	T3	
EMERGEN-C KIDZ	T3	
EQ CHILD MULTIVITAMIN GUMMIES	T3	
FLINTSTONES COMPLETE GUMMIES	T3	
FLINTSTONES COMPLETE TABLET ( <i>multivit with iron,minerals</i> )	T2	
FLINTSTONES EXTRA C GUMMIES	T3	
FLINTSTONES EXTRA C TAB CHEW ( <i>multivitamin</i> )	T2	
FLINTSTONES GUMMIES	T2	
FLINTSTONES GUMMIES CHEW TAB	T3	
FLINTSTONES IMMUNITY SUPPORT	T3	
FLINTSTONES MULTIVIT CHEW TAB ( <i>pedi multivit no.25/folic acid</i> )	T3	
FLINTSTONES MULTI-VIT GUMMIES	T2	
FLINTSTONES PLUS CALCIUM	T2	
FLINTSTONES SOUR-GUM CHEW TAB	T3	
FLINTSTONES TAB CHEW	T2	
FLINTSTONES TABLET CHEWABLE (multivitamin)	T2	

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

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.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>PREPARACIONES DE VITAMINAS PEDIÁTRICAS (cont.)</b>		
FLINTSTONES WITH IRON	T3	
FLORIVA	T3	
FLORIVA PLUS	T3	
GENADEK	T3	
GERBER GROW MIGHTY	T3	
GERBER LIL BRAINIES	T3	
GUMMIES CHILDREN MULTIVITAMIN	T3	
GUMMY	T3	
INFANT-TODDLER MULTIVITAMIN	T3	
INFANT-TODDLER MULTIVIT-IRON	T3	
infant-toddler multivit-iron	T1	
INFANT-TODDLER TRI-VITAMIN	T3	
INFUVITE PEDIATRIC	T2	
JUST 4 KIDZ MULTIVIT-PROBIOTIC	T3	
KIDS COD LIVER OIL +D	T3	
KIDS MULTIVITAMIN-MINERALS	T2	
LITTLE ANIMALS PLUS IRON	T3	
LIVITA FOR CHILDREN	T3	
M.V.I. PEDIATRIC	T2	
<i>multivit with iron,minerals</i>	T1	
<i>multivit with iron,minerals (Flintstones Complete)</i>	T1	
<i>multivit with iron,minerals (Scooby-Doo)</i>	T1	
<i>multivitamin (Flintstones With Extra C)</i>	T1	
<i>multivitamin (Flintstones)</i>	T1	
<i>multivitamin with iron</i>	T1	
MULTI-VIT-FLOR	T3	
MULTIVIT-FLUOR 0.25 MG TAB CHW	T3	
<i>multivit-fluor 0.25 mg tab chw</i>	T1	PPACA
<i>multivit-fluor 0.25 mg/ml drop</i>	T1	PPACA
<i>multivit-fluor 0.5 mg tab chew</i>	T1	PPACA
MULTIVIT-FLUOR 0.5 MG TAB CHEW	T3	
<i>multivit-fluor 0.5 mg/ml drop</i>	T1	PPACA
<i>multivit-fluoride 1 mg tab chw</i>	T1	PPACA
MULTIVIT-FLUORIDE 1 MG TAB CHW	T3	

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

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.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>PREPARACIONES DE VITAMINAS PEDIÁTRICAS (cont.)</b>		
MVW COMPLETE FORMLTN PEDIATRIC	T3	
MVW COMPLETE FORMULATION D3000	T3	
MVW COMPLETE FORMULATION D5000	T3	
MVW COMPLETE FORMULTN MULTIVIT	T3	
MVW MODULATR FORMLTN PEDIATRIC	T3	
NANO VM 1-3	T2	
NANO VM 4-8	T2	
NANOVM 9-18	T3	
NANOVM T-F	T3	
NOVAFERRUM PEDIATRIC MV-IRON	T3	
NOVAMV	T3	
ONE-A-DAY KID'S	T3	
ONE-A-DAY TEEN HER VITACRAVES	T3	
ONE-A-DAY TEEN HIM VITACRAVES	T3	
<i>ped mvit a,c,d3 no.21/fluoride</i>	T1	PPACA
<i>pedi multivit 158/iron/vit k1</i>	T1	
<i>pedi multivit 45/fluoride/iron</i>	T1	
<i>pedi multivit no.12 w-fluoride</i>	T1	PPACA
<i>pedi multivit no.159/iron sulf</i>	T1	
<i>pedi multivit no.23/folic acid</i>	T1	
<i>pedi multivit no.25/folic acid (Flintstones)</i>	T1	
PEDIA POLY-VITE	T3	
<i>pedia poly-vite iron 5mg/0.5ml</i>	T1	
PEDIA POLY-VITE WITH IRON DROP	T3	
PEDIA TRI-VITE	T3	
<i>pediatric multivit no.36/iron</i>	T1	
<i>pediatric multivitamin no.17</i>	T1	
PEDIATRIC POLY-VITAMIN	T3	
PEDIATRIC POLY-VITAMIN-IRON	T3	
PEDIATRIC POLY-VITE	T3	
PEDIATRIC POLY-VITE WITH IRON	T3	
PEDIATRIC TRI-VITAMIN	T3	
PEDIATRIC TRI-VITE	T3	
POLY-VI-FLOR	T3	

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

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.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>PREPARACIONES DE VITAMINAS PEDIÁTRICAS (cont.)</b>		
POLY-VI-FLOR WITH IRON	T3	
poly-vi-sol 0.5 ml oral syring	T1	
POLY-VI-SOL 1 ML ENFIT SYRINGE	T3	
POLY-VI-SOL 250MCG-50MG/ML DRP	T3	
POLY-VI-SOL WITH IRON	T3	
POLY-VITA	T3	
POLY-VITA WITH IRON	T3	
QUFLORA	T3	
QUFLORA FE	T3	
SCOOBY-DOO ONE A DAY GUMMIES	T3	
SCOOBY-DOO ONE A DAY TABLET ( <i>multivit with iron, minerals</i> )	T2	
TRI-VI-FLOR	T3	
TRI-VI-SOL	T3	
TROPICAL LIQUID NUTRITION ( <i>pediatric multivitamin no.118</i> )	T3	
<i>vit a palmitate/vit c/vit d3</i>	T1	
ZOO FRIENDS	T3	
ZOO FRIENDS COMPLETE	T3	
<b>PREPARACIONES DE VITAMINAS A Y D</b>		
cod liver oil softgel	T1	
gnp norwegian cod liver oil	T1	
SV COD LIVER OIL SOFTGEL	T3	
<b>PREPARACIONES DE VITAMINA A</b>		
A-25	T3	
AQUASOL A	T2	
<i>beta-carotene</i>	T1	
<i>cvs vitamin a 2,400 mcg sftgl</i>	T1	
<i>gnp vitamin a 10,000 unit sftgl</i>	T1	
NORWEGIAN COD LIVER OIL SFGL	T3	
PREVENT	T2	
<i>ra vitamin a 10,000 unit sftgl</i>	T1	
VITAMIN A BETA CAROTENE	T3	
<i>vitamin a 10,000 unit capsule</i>	T1	
<i>vitamin a 10,000 unit softgel</i>	T1	
VITAMIN A 10,000 UNIT SOFTGEL	T3	

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

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.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>PREPARACIONES DE VITAMINA A (cont.)</b>		
<i>vitamin a 3,000 mcg softgel</i>	T1	
<i>vitamin a 8,000 unit capsule</i>	T1	
<i>vitamin a 8,000 unit softgel</i>	T1	
VITAMIN A PALMITATE	T3	
<i>vitamin a/vit c/zinc/propolis</i>	T1	
VITAMINS A D	T3	
<b>PREPARACIONES DE VITAMINA B</b>		
5-MTHF PLUS B12	T3	HD
<i>acetylcyst/methylb12/levomefol</i>	T1	HD
ALBA-LYBE	T2	HD
APETEX ( <i>vitamin b complex/lysine</i> )	T2	HD
APETIGEN ( <i>vitamin b complex/lysine</i> )	T2	HD
ARKALIOX	T3	HD
B ACTIV	T3	HD
<i>b comp no3/folic/c/biotin/zinc</i>	T1	HD
<i>b comp/ferrous gluc/lysin/znox</i>	T1	HD
<i>b complex 11/folic/c/biot/zinc</i>	T1	HD
<i>b complex c no.10/folic acid</i>	T1	HD
<i>b complex capsule</i>	T1	HD
<i>b complex tablet</i>	T1	HD
<i>b complex w-c no.20/folic acid (Virt-Caps)</i>	T1	HD
B COMPLEX WITH B-12	T3	HD
B COMPLEX WITH VITAMIN C	T3	HD
B COMPLEX-FOLIC ACID ( <i>cyanocobalamin/folic ac/vit b6</i> )	T3	HD
<i>b12/levomefolate calcium/b-6</i>	T1	HD
B-50 COMPLEX	T3	HD
<i>balanced b-100 complex tab sa</i>	T1	HD
<i>b-complex 100 injection</i>	T1	HD
B COMPLEX FAST DISSOLVE TABLET	T3	HD
<i>b-complex injection vial</i>	T1	HD
<i>b-complex plus vitamin c cplt (Vita-Bee With C)</i>	T1	HD PPACA
<i>b-complex tablet</i>	T1	HD PPACA
B-COMPLEX WITH B-12	T3	HD
<i>b-complex with b12 tablet</i>	T1	HD

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

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.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>PREPARACIONES DE VITAMINA B (cont.)</b>		
<i>b-complex with vit c caplet (Vita-Bee With C)</i>	T1	HD PPACA
<i>b-complex with vit c tablet (Vita-Bee With C)</i>	T1	HD PPACA
B-COMPLEX-VITAMIN C TR TABLET	T2	HD
BIOTIN 1,000 MCG GUMMIES	T3	HD
<i>biotin 1,000 mcg tablet</i>	T1	HD
BIOTIN 10 MG TABLET	T2	HD
BIOTIN 10,000 MCG SOFTGEL	T3	HD
BIOTIN 10,000 MCG TABLET	T2	HD
<i>biotin 2,500 mcg softgel (Hard Nails)</i>	T1	HD
<i>biotin 300 mcg tablet</i>	T1	HD
BIOTIN 5 MG TABLET	T3	HD
<i>biotin 5,000 mcg capsule (Meribin)</i>	T1	HD
BIOTIN 5,000 MCG FAST DISSOLVE	T3	HD
BIOTIN 5,000 MCG QUICK DISSOLV	T3	HD
<i>biotin 5,000 mcg softgel (Meribin)</i>	T1	HD
BIOTIN 5,000 MCG TABLET	T3	HD
<i>biotin 800 mcg tablet</i>	T1	HD
BIOTIN FORTE 3 MG TABLET	T3	HD
BIOTIN FORTE 5 MG TABLET	T2	HD
BREWER'S YEAST	T3	HD
B-STRESS	T3	HD
CARDIOTEK-RX	T3	HD
CEREFOLIN ( <i>vit b12/levomefolate/vit b6/b2</i> )	T3	HD
CEREFOLIN NAC	T3	HD
COMPLEX B-100 ER CAPLET	T3	HD
<i>complex b-100 tablet sa</i>	T1	HD
COMPLEX B-50	T3	HD
CVS BALANCED B-100 TR CAPLET	T3	HD
<i>cvs biotin 1,000 mcg tablet</i>	T1	HD
CVS BIOTIN 10,000 MCG SOFTGEL	T3	HD
<i>cvs super b-complex-vit c cplt (Vita-Bee With C)</i>	T1	HD PPACA
<i>cyanocobalamin/folic ac/vit b6</i>	T1	HD
<i>cyanocobalamin/folic ac/vit b6</i>	T1	HD PPACA
<i>cyanocobalamin/folic ac/vit b6 (Niva-Fol)</i>	T1	HD

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

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.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>PREPARACIONES DE VITAMINA B (cont.)</b>		
CYTO B7	T3	HD
DIALYVITE 3000	T3	HD
DIALYVITE 5000	T3	HD
DIALYVITE 800 CHEWABLE WAFER	T3	HD
DIALYVITE 800 PLUS D	T3	HD
<i>dialyvite 800 tablet</i>	T1	HD PPACA
DIALYVITE 800 WITH ZINC	T3	HD
DIALYVITE 800-ULTRA D	T2	HD
DIALYVITE SUPREME D	T3	HD
ELFOLATE PLUS	T3	HD
ENDUR-B COMPLEX	T3	HD
<i>eq1 b complex 50 tablet</i>	T1	HD
<i>folic acid/b complex c no.17</i>	T1	HD
<i>folic acid/vit b complex and c</i>	T1	HD PPACA
<i>folic acid/vit b complex and c</i>	T1	HD
<i>folic acid/vit b complex and c (Hylavite)</i>	T1	HD
<i>folic acid/vit b complex and c (Vita-Bee With C)</i>	T1	HD PPACA
<i>folic acid/vit b comp,c/cu/zinc</i>	T1	HD
FOLIKA-BC	T3	HD
FOLIKA-NC	T3	HD
FOLIKA-T	T3	HD
FOLINIC-PLUS	T3	HD
FOLTIX	T3	HD
GENICIN VITA-S	T3	HD
<i>gnp biotin 5,000 mcg capsule (Meribin)</i>	T1	HD
HAIR-SKIN-NAILS	T3	HD
HARD NAILS ( <i>biotin</i> )	T3	HD
HM BIOTIN 10,000 MCG TABLET	T3	HD
<i>hm biotin 5,000 mcg capsule (Meribin)</i>	T1	HD
HOMOCYSTEINE FORMULA	T3	HD
HYLAVITE ( <i>folic acid/vit b complex and c</i> )	T3	HD
<i>levomefolate/b6/b12/algae oil</i>	T1	HD
LEVOMEFOLATE-NAC-MECOBAL-ALGAL	T3	HD
LEVOMEFOL-PYRIDOXAL-MEC-ALGAL	T3	HD

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

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.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>PREPARACIONES DE VITAMINA B (cont.)</b>		
<i>l-mefol/a-cyst/meb12/algal oil</i>	T1	HD
L-METHYLFOL-ALGAL-NAC-ME-CBL	T3	HD
L-METHYLFOL-ALGAL-P5P-ME-CBL	T3	HD
LORID	T3	HD
LORMATE	T3	HD
<i>mecobal/levomefolat ca/b6 phos</i>	T1	HD
MEDTYCHOLL-B COMPLEX W-LIVER	T3	HD
MEGA BIOTIN	T3	HD
MERIBIN ( <i>biotin</i> )	T2	HD
METANX	T3	HD
METHAVER	T3	HD
METHYL PROTECT	T3	HD
MULTIVITAMIN-ZINC-STRESS	T3	HD
NEPHRON FA	T3	HD
NEPHRO-VITE	T2	HD
NIVA-FOL ( <i>cyanocobalamin/folic ac/vit b6</i> )	T3	HD
NUFOLA	T3	HD
PODIAPN	T3	HD
POTABA	T3	HD
PRORENAL	T2	HD
QUIN B STRONG	T3	HD
<i>ra balanced b-100 tablet</i>	T1	HD PPACA
<i>ra b-complex-vitamin b-12 tab</i>	T1	HD
<i>ra biotin 2,500 mcg capsule (Hard Nails)</i>	T1	HD
RENAL VITAMIN	T3	HD
RENAL-VITE	T3	HD
RENAPLEX	T3	HD
RENAPLEX-D	T3	HD
RIBOZEL	T3	HD
<i>sm biotin 5,000 mcg capsule (Meribin)</i>	T1	HD
SM BIOTIN 5,000 MCG TABLET	T3	HD
<i>sm stress formula+zinc tablet</i>	T1	HD
<i>super b-50 complex capsule</i>	T1	HD
<i>super b-50 complex capsule</i>	T1	HD PPACA

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

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.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>PREPARACIONES DE VITAMINA B (cont.)</b>		
<i>super b complex-vit c caplet</i> (Vita-Bee With C)	T1	HD PPACA
<i>super quintis b-50 tablet</i>	T1	HD PPACA
<i>super quintis b-50 tablets</i>	T1	HD
SV BIOTIN 1,000 MCG SOFTGEL	T3	HD
<i>sv biotin 5,000 mcg softgel</i> (Meribin)	T1	HD
TRONVITE	T3	HD
ULTRA B-100 COMPLEX TABLET	T3	HD
<i>ultra b-100 complex tablet</i>	T1	HD
VB7 MAX	T3	HD
VIRT-CAPS ( <i>b complex w-c no.20/folic acid</i> )	T3	HD
<i>vit b comp c 19/folic acid/d3</i>	T1	HD PPACA
<i>vit b comp no.3/folic/c/biotin</i>	T1	HD
<i>vit b comp/c/fa/iron sulf/vite</i>	T1	HD PPACA
<i>vit b comp/c/folic/iron/vit e</i>	T1	HD PPACA
<i>vit b complex 100 combo no.2</i>	T1	HD
<i>vit b12/levomefolate/vit b6/b2</i> (Cerefolin)	T1	HD
VITA-BEE WITH C ( <i>folic acid/vit b complex and c</i> )	T3	HD
VITAL-D RX	T3	HD
VITAJOY BIOTIN	T3	HD
<i>vitamin b complex</i>	T1	HD
<i>vitamin b complex capsule</i>	T1	HD
<i>vitamin b complex softgel</i>	T1	HD
<i>vitamin b complex tablet</i>	T1	HD PPACA
<i>vitamin b complex tablet</i>	T1	HD
<i>vitamin b complex/folic acid</i>	T1	HD PPACA
<i>vitamin b complex/lysine</i> (Apetex)	T1	HD
<i>vitamin b complex/lysine</i> (Apetigen)	T1	HD
<i>vitamin b complex-vitamin c tb</i> (Vita-Bee With C)	T1	HD PPACA
<i>vitamin b-complex c caplet</i>	T1	HD PPACA
VITA-RESPA	T3	HD
VITASURE	T3	HD
WEST-VITE WITH FOLIC ACID	T3	HD
XVITE	T3	HD
ZELDANA	T3	HD

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

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.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>PREPARACIONES DE VITAMINA B1</b>		
CYTO B-1	T3	
<i>thiamine 100 mg tablet</i>	T1	
<i>thiamine 200 mg/2 ml vial</i>	T1	
<i>thiamine 250 mg tablet</i>	T1	
THIAMINE 500 MG TABLET	T3	
<i>thiamine hcl</i>	T1	
<i>thiamine mononitrate (vit b1)</i>	T1	
VITAMIN B1	T3	
<b>PREPARACIONES DE VITAMINA B12</b>		
ABANEU-SL	T3	
APATATE	T2	
B-12 1,000 MCG FAST DISSOLVE	T3	
B-12 1,000 MCG LOZENGE	T3	
B-12 1,000 MCG QUICK DISSOLVE	T3	
<i>b-12 1,000 mcg tablet</i>	T1	
B-12 1,000 MCG/15 ML LIQUID	T2	
<i>b-12 1,000 mcg/15 ml liquid</i>	T1	
<i>b-12 2,500 mcg microlozenge</i>	T1	
<i>b12 2,500 mcg tablet sl</i>	T1	
<i>b-12 2,500 mcg tablet sl</i>	T1	
B-12 3,000 MCG TABLET SL	T3	
<i>b-12 3,000 mcg/ml subling liq</i>	T1	
B-12 5,000 MCG FAST DISSOLVE	T3	
B12 5,000 MCG MICROLOZENGE	T3	
B-12 5,000 MCG MICROLOZENGE	T2	
B-12 5,000 MCG ODT	T3	
B-12 5,000 MCG QUICK DISSOLVE	T3	
B-12 5,000 MCG SUBLINGUAL TAB	T3	
B-12 5,000 MCG/ML SUBLING LIQ	T3	
B-12 500 MCG QUICK DISSOLVE TB	T3	
<i>b-12 500 mcg tablet</i>	T1	
B12 ACTIVE	T3	
B-12 DUAL SPECTRUM	T3	
<i>b-12 er 1,000 mcg tab</i>	T1	

T1 – Genéricos  
T2 – Marcas preferidas  
T3 – Marcas no preferidas  
T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos  
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.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>PREPARACIONES DE VITAMINA B12 (cont.)</b>		
B-12 WITH FOLIC ACID	T3	
<i>cvs b-12 1,000 mcg tablet</i>	T1	
CVS B-12 5,000 MCG MICROLOZENG	T3	
CVS B-12 5,000 MCG MICROLOZENG	T2	
CVS VIT B-12 500 MCG LOZENGE	T2	
<i>cvs vit b-12 500 mcg lozenge</i>	T1	
<i>cvs vit b-12 tr 1,000 mcg tab</i>	T1	
<i>cvs vit b-12 tr 2,000 mcg tab</i>	T1	
CVS VIT B12 2,500 MCG SOFT CHW	T3	
CVS VITAMIN B12 5,000 MCG TAB	T3	
CVS VITAMIN B-12 500 MCG GUMMY	T3	
<i>cvs vitamin b-12 500 mcg tab</i>	T1	
<i>cyanocobalamin (vitamin b-12) (Nascobal)</i>	T1	ST QL(4 units/30 days)
<i>eql vitamin b-12 500 mcg tab</i>	T1	
<i>fn vitamin b-12 1,000 mcg tab</i>	T1	
FOLTRATE	T3	
<i>gnp b12 2,500 mcg tablet sl</i>	T1	
<i>gnp vit b-12 er 1,000 mcg tab</i>	T1	
<i>gnp vitamin b-12 500 mcg tab</i>	T1	
<i>hm vit b-12 tr 1,000 mcg tab</i>	T1	
<i>hm vitamin b-12 500 mcg tablet</i>	T1	
<i>hydroxocobalamin</i>	T1	
INTRINSI B12-FOLATE	T3	
METHYL B-12	T3	
METHYLCOBALAMIN	T3	
METHYLCOBALAMIN 5,000 MCG TAB	T3	
MTX SUPPORT	T3	
NASCOBAL ( <i>cyanocobalamin (vitamin b-12)</i> )	T2	ST QL(4 units/30 days)
NEURIN-SL	T3	
OPURITY	T3	
<i>ra vit b12 1,000 mcg tab sa</i>	T1	
RA VIT B-12 1,000 MCG/ML LIQ	T3	
<i>ra vitamin b-12 100 mcg tablet</i>	T1	
<i>ra vitamin b12 er 2,000 mcg tb</i>	T1	

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

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.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>PREPARACIONES DE VITAMINA B12 (cont.)</b>		
RAPID B-12 ENERGY	T3	
<i>sm vitamin b12 1,000 mcg tab</i>	T1	
<i>sm vitamin b-12 100 mcg tablet</i>	T1	
<i>sm vitamin b-12 500 mcg tablet</i>	T1	
<i>sv b-12 2,500 mcg microlozenge</i>	T1	
SV B-12 5,000 MCG MICROLOZENGE	T2	
SV VIT B-12 500 MCG LOZENGE	T2	
<i>sv vitamin b-12 500 mcg tablet</i>	T1	
<i>sv vitamin b12 tr 1,000 mcg tb</i>	T1	
<i>true vitamin b-12 1000 mcg tab</i>	T1	
<i>true vitamin b-12 500 mcg tab</i>	T1	
VIT B-12 500 MCG SUBLING TAB	T3	
VITAMIN B12 2,500 MCG TABLET	T3	
VITAMIN B-12 1,000 MCG SOFTGEL	T3	
<i>vitamin b-12 1,000 mcg tab sl</i>	T1	
<i>vitamin b-12 1,000 mcg tablet</i>	T1	
<i>vitamin b-12 100 mcg tablet</i>	T1	
<i>vitamin b-12 2,000 mcg tab sa</i>	T1	
VITAMIN B-12 2,000 MCG TABLET	T3	
<i>vitamin b-12 2,500 mcg tab sl</i>	T1	
VITAMIN B-12 250 MCG LOZENGE	T3	
<i>vitamin b-12 250 mcg tablet</i>	T1	
VITAMIN B-12 3,000 MCG SL LOZ	T3	
VITAMIN B-12 3,000 MCG SOFTGEL	T3	
VITAMIN B-12 3,000 MCG TAB SL	T3	
VITAMIN B-12 5,000 MCG ODT	T3	
VITAMIN B-12 5,000 MCG SOFTGEL	T3	
VITAMIN B-12 5,000 MCG TAB SL	T2	
<i>vitamin b-12 5,000 mcg tab sl</i>	T1	
VITAMIN B-12 5,000 MCG TAB SL	T3	
VITAMIN B-12 5,000 MCG TABLET	T3	
VITAMIN B-12 50 MCG LOZENGE	T3	
<i>vitamin b12 50 mcg tablet</i>	T1	
<i>vitamin b-12 50 mcg tablet</i>	T1	

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

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.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>PREPARACIONES DE VITAMINA B12 (cont.)</b>		
VITAMIN B-12 500 MCG LOZENGE	T2	
<i>vitamin b12 500 mcg tablet</i>	T1	
<i>vitamin b-12 500 mcg tablet</i>	T1	
<i>vitamin b-12 tr 1,000 mcg tab</i>	T1	
<i>vitamin b-12 tr 2,000 mcg tab</i>	T1	
VITAMIN B12-FOLIC ACID	T3	
<b>PREPARACIONES DE VITAMINA B2</b>		
CYTO B-2	T3	
<i>riboflavin (vitamin b2)</i>	T1	
<i>riboflavin 100 mg tablet</i>	T1	
RIBOFLAVIN 400 MG TABLET	T3	
<i>riboflavin 50 mg tablet</i>	T1	
<b>PREPARACIONES DE VITAMINA B6</b>		
CHROMIUM PICOLINATE KLB6	T3	
<i>cvs vitamin b-6 100 mg tablet</i>	T1	
<i>eql vitamin b-6 100 mg tablet</i>	T1	
<i>gnp vitamin b-6 100 mg tablet</i>	T1	
<i>pyridoxine 100 mg/ml vial</i>	T1	
<i>pyridoxine 25 mg tablet</i>	T1	
<i>pyridoxine 250 mg tablet</i>	T1	
PYRIDOXINE 50 MG TABLET ( <i>pyridoxine hcl (vitamin b6)</i> )	T2	
<i>pyridoxine 50 mg tablet (Pyridoxine Hcl)</i>	T1	
PYRIDOXINE 500 MG TABLET ( <i>pyridoxine hcl (vitamin b6)</i> )	T3	
<i>pyridoxine hcl (vitamin b6)</i>	T1	
<i>pyridoxine hcl (vitamin b6) (Pyridoxine Hcl)</i>	T1	
<i>ra vitamin b-6 100 mg tablet</i>	T1	
<i>ra vitamin b-6 50 mg tablet</i>	T1	
<i>sm vitamin b-6 100 mg tablet</i>	T1	
<i>sv vitamin b-6 100 mg tablet</i>	T1	
<i>true vitamin b-6 100 mg tablet</i>	T1	
<i>true vitamin b-6 25 mg tablet</i>	T1	
<i>true vitamin b-6 50 mg tablet</i>	T1	
<i>vitamin b-6 100 mg tablet</i>	T1	
<i>vitamin b-6 25 mg tablet</i>	T1	

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

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.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>PREPARACIONES DE VITAMINA B6 (cont.)</b>		
<i>vitamin b-6 250 mg tablet</i>	T1	
<i>vitamin b-6 50 mg tablet</i>	T1	
TRUE VITAMIN B-6 10 MG TABLET	T3	
VB6 P5P	T3	
<b>PREPARACIONES DE VITAMINA C</b>		
ASCOR	T3	
<i>ascorbate calcium</i>	T1	
<i>ascorbic acid</i>	T1	
<i>ascorbic acid 500 mg tablet</i>	T1	
<i>ascorbic acid 500 mg/ml vial</i>	T1	
ASCORBIC ACID GRANULES	T2	
<i>ascorbic acid/ascorbate sodium</i>	T1	
BIO C 1:1	T3	
<i>c-1,000 mg tablet sa</i>	T1	
<i>cod liver oil tab chewable</i>	T1	
<i>cvs vit c-rose hip 1,000 mg tb</i>	T1	
<i>cvs vit c-rose hip 500 mg chew</i>	T1	
<i>cvs vit c-rose hips 500 mg tab</i>	T1	
<i>cvs vitamin c 1,000 mg caplet</i>	T1	
CVS VITAMIN C 1,000 MG POWDER	T3	
<i>cvs vitamin c 250 mg tablet</i>	T1	
<i>cvs vitamin c 500 mg caplet</i>	T1	
<i>cvs vitamin c 500 mg tablet</i>	T1	
CYTO C	T3	
EMERGEN-C	T3	
EMERGEN-C IMMUNE PLUS	T3	
EMERGEN-C MSM LITE	T3	
<i>eql vitamin c 1,000 mg tablet</i>	T1	
ESSENCE C	T3	
ESTER-C 1,000 MG TABLET	T3	
ESTER-C 500 MG TABLET	T2	
FLEVOXIN	T3	
FRUIT C-100 TABLET CHEWABLE	T3	
<i>fruit c-100 tablet chewable</i>	T1	

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

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.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>PREPARACIONES DE VITAMINA C (cont.)</b>		
FRUIT C-200	T3	
<i>gnp vit c-rose hips 500 mg tab</i>	T1	
<i>gnp vitamin c 1,000 mg tablet</i>	T1	
<i>gnp vitamin c 250 mg tablet</i>	T1	
<i>gnp vitamin c 500 mg tab chew</i>	T1	
<i>gnp vitamin c 500 mg tablet</i>	T1	
<i>gnp vitamin c er 500 mg tablet</i>	T1	
<i>hm vit c-rose hip 1,000 mg tab</i>	T1	
<i>hm vit c-rose hips 500 mg cplt</i>	T1	
<i>hm vitamin c 500 mg tab chew</i>	T1	
LIQUID C	T3	
PAN-C 500	T3	
PERIDIN-C	T2	
<i>ra vit c-rose hips 500 mg tab</i>	T1	
<i>ra vitamin c 1,000 mg tab sa</i>	T1	
<i>ra vitamin c 1,000 mg tablet</i>	T1	
<i>ra vitamin c 250 mg tablet</i>	T1	
<i>ra vitamin c 500 mg chew tab</i>	T1	
<i>ra vitamin c 500 mg tab chew</i>	T1	
<i>ra vitamin c 500 mg tablet</i>	T1	
RA VITAMIN C 53 MG DROP	T3	
<i>ra vitamin c tr 500 mg caplet</i>	T1	
<i>sm vit c-rose hips 500 mg tab</i>	T1	
<i>sm vitamin c 1,000 mg tablet</i>	T1	
<i>sm vitamin c 250 mg tablet</i>	T1	
<i>sm vitamin c 500 mg chew tab</i>	T1	
<i>sm vitamin c 500 mg tab chew</i>	T1	
<i>sm vitamin c 500 mg tablet</i>	T1	
<i>sm vitamin c with rose hips</i>	T1	
SPAN C	T3	
<i>sv vit c-rose hip 1,000 mg tab</i>	T1	
<i>sv vit c-rose hips 1,000 mg tb</i>	T1	
<i>sv vit c-rose hips 500 mg tab</i>	T1	
<i>sv vitamin c 500 mg tab chew</i>	T1	

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

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.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>PREPARACIONES DE VITAMINA C (cont.)</b>		
<i>sv vitamin c tr 1,000 mg tab</i>	T1	
<i>true vitamin c 250 mg tablet</i>	T1	
<i>true vitamin c 500 mg tablet</i>	T1	
<i>true vitamin c 1,000 mg tablet</i>	T1	
<i>vit c-rose hip 1,000 mg caplet</i>	T1	
<i>vit c-rose hips 1,000 mg cplt</i>	T1	
<i>vit c-rose hips 1,000 mg tab</i>	T1	
VIT C-ROSE HIPS 500 MG CHEW TB	T3	
<i>vit c-rose hips 500 mg tablet</i>	T1	
<i>vit c-rose hips tr 1,000 mg</i>	T1	
<i>vit c-rose hips tr 500 mg cplt</i>	T1	
<i>vit c-rose hips tr 500 mg tab</i>	T1	
VITAJoy DAILY C	T3	
<i>vitamin c 1,000 mg caplet</i>	T1	
<i>vitamin c 1,000 mg tablet</i>	T1	
<i>vitamin c 1,500 mg tablet sa</i>	T1	
<i>vitamin c 100 mg tablet</i>	T1	
VITAMIN C 125 MG GUMMIES	T3	
<i>vitamin c 250 mg tablet</i>	T1	
VITAMIN C 250 MG TABLET CHEW	T3	
<i>vitamin c 250 mg tablet chew</i>	T1	
<i>vitamin c 500 mg capsule sa</i>	T1	
<i>vitamin c 500 mg chew tablet</i>	T1	
VITAMIN C 500 MG POWDER PACKET	T3	
VITAMIN C 500 MG SOFTGEL	T3	
<i>vitamin c 500 mg tablet</i>	T1	
<i>vitamin c 500 mg tablet chew</i>	T1	
VITAMIN C 500 MG WAFER	T3	
VITAMIN C 500 MG/15 ML LIQUID	T3	
<i>vitamin c 500 mg/5 ml liquid</i>	T1	
<i>vitamin c drops</i>	T1	
<i>vitamin c er 500 mg capsule</i>	T1	
VITAMIN C FIZZY DRINK	T3	
VITAMIN C POWDER	T3	

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

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.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>PREPARACIONES DE VITAMINA C (cont.)</b>		
<i>vitamin c powder</i>	T1	
<i>vitamin c tr 1,000 mg tablet</i>	T1	
<i>vitamin c tr 500 mg caplet</i>	T1	
<i>vitamin c tr 500 mg tablet</i>	T1	
<i>vitamin c-500 mg tablet</i>	T1	
<i>vitamin c-500 mg tr capsule</i>	T1	
VITAMIN C-BIOFLAVINOIDS-RH	T3	
<i>vitamin c-rose hip 1,000 mg tb</i>	T1	
<i>v-r vitamin c 1,000 mg tablet</i>	T1	
<i>v-r vitamin c 250 mg tab chew</i>	T1	
<i>v-r vitamin c 500 mg tab chew</i>	T1	
XCELLENT C	T3	
ZINC PLUS	T3	
ZINC-VITAMIN C	T3	
<b>PREPARACIONES DE VITAMINA D</b>		
AQUA-D CONCENTRATE	T3	HD
BABY DDROPS	T3	HD
BABY VITAMIN D3	T3	HD
BABY'S SUPER DAILY D3	T3	HD
BIO-D-MULSION	T3	HD
BIO-D-MULSION FORTE	T3	HD
<i>calcitriol 0.25 mcg capsule (Rocaltrol)</i>	T1	HD
<i>calcitriol 0.5 mcg capsule (Rocaltrol)</i>	T1	HD
<i>calcitriol 1 mcg/ml ampul</i>	T1	HD
<i>calcitriol 1 mcg/ml solution (Rocaltrol)</i>	T1	HD
CHOLECAL DF	T3	HD
<i>cholecalciferol (vitamin d3)</i>	T1	HD
<i>cod liver oil</i>	T1	HD
<i>cod liver oil capsule</i>	T1	HD
<i>cod liver oil softgel</i>	T1	HD
<i>cvs vit d3 1,000 unit gummies</i>	T1	HD
<i>cvs vit d3 250 mcg softgel</i>	T1	HD
<i>cvs vitamin d3 1,000 unit sfgl</i>	T1	HD
<i>cvs vitamin d3 10 mcg softgel</i>	T1	HD

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

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.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>PREPARACIONES DE VITAMINA D (cont.)</b>		
<i>cvs vitamin d3 125 mcg softgel</i>	T1	HD
CVS VITAMIN D3 250 MCG SOFTGEL	T3	HD
<i>cvs vitamin d3 2,000 unit sfgl</i>	T1	HD
<i>cvs vitamin d3 25 mcg gummies</i>	T1	HD
<i>cvs vitamin d3 25 mcg softgel</i>	T1	HD
<i>cvs vitamin d3 400 unit sftgl</i>	T1	HD
<i>cvs vitamin d3 5,000 unit sfgl</i>	T1	HD
<i>cvs vitamin d3 50 mcg softgel</i>	T1	HD
CYFOLEX	T3	HD
D3 LIQUID	T3	HD
D3 PLUS K2 DOTS	T3	HD
D3-50	T2	HD
DDROPS	T3	HD
<i>decara 10,000 unit softgel</i>	T1	HD
DECARA 25,000 UNIT VEGICAP	T2	HD
<i>decara 50,000 unit softgel</i>	T1	HD
DECARA K	T3	HD
DERMACINRX DOTREMIN	T3	HD
DERMACINRX FOLDITAM	T3	HD
DERMACINRX FOLIXAPURE	T3	HD
DERMACINRX FOLTAMIN	T3	HD
DERMACINRX FOLTREXYL	T3	HD
DERMACINRX PUREFOLIX	T3	HD
DIALYVITE VITAMIN D3 MAX	T3	HD
DOSOKAP	T3	HD
DOSOQUIN	T3	HD
DRISDOL ( <i>ergocalciferol (vitamin d2)</i> )	T3	HD
<i>eql vitamin d3 2,000 unit sfgl</i>	T1	HD
<i>eql vitamin d3 400 unit sftgl</i>	T1	HD
ERGOCAL	T3	HD
<i>ergocalciferol (vitamin d2)</i>	T1	HD
FOLIC D3	T3	HD
FOLIKA-D	T3	HD
FOLIXAPURE	T3	HD

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

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.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>PREPARACIONES DE VITAMINA D (cont.)</b>		
FOLVITE-D	T3	HD
<i>ft vitamin d3 25 mcg softgel</i>	T1	HD
<i>ft vitamin d3 50 mcg softgel</i>	T1	HD
GENICIN VITA-D	T3	HD
<i>gnp vit d3 10mcg(400 unit) chw</i>	T1	HD
<i>gnp vitamin d3 1,000 unit tab</i>	T1	HD
<i>gnp vitamin d3 10 mcg tablet</i>	T1	HD
<i>gnp vitamin d3 2,000 unit tab</i>	T1	HD
<i>gnp vitamin d3 25 mcg tablet</i>	T1	HD
<i>gnp vitamin d3 25mcg(1000 unt)</i>	T1	HD
<i>gnp vitamin d3 5,000 unit tab</i>	T1	HD
<i>hm vitamin d3 1,000 unit tab</i>	T1	HD
<i>hm vitamin d3 2,000 unit sftgl</i>	T1	HD
HM VITAMIN D3 4,000 UNIT SFTGL	T3	HD
IS-D-10,000	T3	HD
K2 PLUS D3	T3	HD
K2-D3 10,000	T3	HD
K2-D3 5000	T3	HD
MAXIMUM D3	T2	HD
NOXIFOL-D3	T3	HD
OPTIMAL D3 M	T3	HD
ORTHO DF	T3	HD
OSTACHOL	T3	HD
<i>qc cod liver oil</i>	T1	HD
<i>ra cod liver oil</i>	T1	HD
<i>ra cod liver oil softgel</i>	T1	HD
<i>ra vitamin d3 1,000 unit tab</i>	T1	HD
<i>ra vitamin d3 2,000 unit sftgl</i>	T1	HD
<i>ra vitamin d3 2,000 unit sftgl</i>	T1	HD
<i>ra vitamin d3 5,000 unit sftgl</i>	T1	HD
REPLESTA NX	T2	HD
REVESTA	T3	HD
ROCALTROL ( <i>calcitriol</i> )	T3	ST HD
ROXIFOL-D	T3	HD

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

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.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>PREPARACIONES DE VITAMINA D (cont.)</b>		
<i>sm vitamin d3 1,000 unit tab</i>	T1	HD
<i>sm vitamin d3 2,000 unit sftgl</i>	T1	HD
<i>sm vitamin d3 25 mcg tablet</i>	T1	HD
<i>sm vitamin d3 50 mcg softgel</i>	T1	HD
SUPER DAILY D3	T3	HD
<i>sv vitamin d3 1,000 unit gummy</i>	T1	HD
<i>sv vitamin d3 1,000 unit sftgl</i>	T1	HD
<i>sv vitamin d3 2,000 unit sftgl</i>	T1	HD
<i>sv vitamin d3 25mcg(1000 unit)</i>	T1	HD
<i>sv vitamin d3 400 unit softgel</i>	T1	HD
<i>sv vitamin d3 5,000 unit sftgl</i>	T1	HD
<i>thera-d 2000 tablet</i>	T1	HD
THERA-D 4000 TABLET	T3	HD
<i>thera-d rapid repletion tablet</i>	T1	HD
<i>thera-d sport 2,000 unit tab</i>	T1	HD
<i>true vitamin d3 1,250 mcg tab</i>	T1	HD
<i>true vitamin d3 10 mcg capsule</i>	T1	HD
<i>true vitamin d3 10 mcg tablet</i>	T1	HD
<i>true vitamin d3 125 mcg cap</i>	T1	HD
<i>true vitamin d3 125 mcg tablet</i>	T1	HD
<i>true vitamin d3 25 mcg capsule</i>	T1	HD
<i>true vitamin d3 25 mcg tablet</i>	T1	HD
TRUE VITAMIN D3 1,250 MCG CAP	T1	HD
TRUE VITAMIN D3 250 MCG CAP	T1	HD
TRUE VITAMIN D3 250 MCG TABLET	T1	HD
<i>vit d3 125 mcg (5000 unit) tab</i>	T1	HD
VIT D3 5,000 UNIT FAST DISSOLV	T3	HD
<i>vitamin d2 1.25mg(50,000 unit) (Drisdol)</i>	T1	HD
VITAMIN D2 2,000 UNIT TABLET	T2	HD
<i>vitamin d2 400 unit tablet</i>	T1	HD
VITAMIN D2 50 MCG (2,000 UNIT)	T3	HD
<i>vitamin d3 1,000 unit gummies</i>	T1	HD
<i>vitamin d3 1,000 unit gummy</i>	T1	HD
<i>vitamin d3 1,000 unit softgel</i>	T1	HD

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

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.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>PREPARACIONES DE VITAMINA D (cont.)</b>		
VITAMIN D3 1,000 UNIT SPRAY	T3	HD
<i>vitamin d3 1,000 unit tab chew</i>	T1	HD
<i>vitamin d3 1,000 unit tablet</i>	T1	HD
VITAMIN D3 1,000 UNIT/10 ML LQ	T3	HD
<i>vitamin d3 1,250 mcg capsule</i>	T1	HD
<i>vitamin d3 1.25 mg softgel</i>	T1	HD
<i>vitamin d3 10 mcg tablet</i>	T1	HD
<i>vitamin d3 10 mcg(400 unit)/ml</i>	T1	HD
<i>vitamin d3 10 mcg/ml drop</i>	T1	HD
<i>vitamin d3 10 mcg/ml liquid</i>	T1	HD
VITAMIN D3 10,000 UNIT CAPSULE	T3	HD
<i>vitamin d3 10,000 unit softgel</i>	T1	HD
VITAMIN D3 10,000 UNIT TABLET	T3	HD
<i>vitamin d3 125 mcg (5000 unit)</i>	T1	HD
<i>vitamin d3 125 mcg capsule</i>	T1	HD
<i>vitamin d3 125 mcg softgel</i>	T1	HD
<i>vitamin d3 125 mcg tablet</i>	T1	HD
VITAMIN D3 125 MCG/0.5 ML DROP	T3	HD
<i>vitamin d3 2,000 unit softgel</i>	T1	HD
VITAMIN D3 2,000 UNIT TAB CHEW	T3	HD
<i>vitamin d3 2,000 unit tablet</i>	T1	HD
<i>vitamin d3 25 mcg (1,000 unit)</i>	T1	HD
<i>vitamin d3 25 mcg gummy</i>	T1	HD
<i>vitamin d3 25 mcg softgel</i>	T1	HD
<i>vitamin d3 25 mcg tablet</i>	T1	HD
VITAMIN D3 62.5 MCG SOFTGEL	T3	HD
VITAMIN D3 250 MCG TABLET	T3	HD
VITAMIN D3 3,000 UNIT TABLET	T3	HD
<i>vitamin d3 400 unit softgel</i>	T1	HD
<i>vitamin d3 400 unit tab chew</i>	T1	HD
<i>vitamin d3 400 unit tablet</i>	T1	HD
VITAMIN D3 400 UNIT/5 ML LIQ	T3	HD
<i>vitamin d3 400 unit/ml liquid</i>	T1	HD
<i>vitamin d3 5,000 unit capsule</i>	T1	HD

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

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.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>PREPARACIONES DE VITAMINA D (cont.)</b>		
<i>vitamin d3 5,000 unit softgel</i>	T1	HD
<i>vitamin d3 5,000 unit tablet</i>	T1	HD
<i>vitamin d3 5,000 unit/ml drops</i>	T1	HD
<i>vitamin d3 50 mcg (2,000 unit)</i>	T1	HD
<i>vitamin d3 50 mcg capsule</i>	T1	HD
<i>vitamin d3 50 mcg softgel</i>	T1	HD
<i>vitamin d3 50 mcg tablet</i>	T1	HD
VITAMIN D3 50 MCG DISSOLVE TAB	T3	HD
<i>vitamin d3 50,000 unit capsule</i>	T1	HD
<i>vitamin d3/folic acid</i>	T1	HD
<i>v-r cod liver oil capsule</i>	T1	HD
<b>PREPARACIONES DE VITAMINA E</b>		
AQUA-E	T2	
AQUA-E CONCENTRATE	T3	
<i>cvs vitamin e 180 mg softgel</i>	T1	
<i>cvs vitamin e 200 unit softgel</i>	T1	
<i>cvs vitamin e 268 mg softgel</i>	T1	
CVS VITAMIN E 450 MG SOFTGEL	T3	
<i>cvs vitamin e 90 mg softgel</i>	T1	
<i>eql vitamin e 1,000 unit sftgl</i>	T1	
<i>eql vitamin e 180 mg softgel</i>	T1	
<i>gnp vitamin e 180 mg softgel</i>	T1	
<i>gnp vitamin e 400 unit softgel</i>	T1	
GNP VITAMIN E 450 MG SOFTGEL	T3	
<i>gnp vitamin e 90 mg softgel</i>	T1	
<i>hm vitamin e 180 mg softgel</i>	T1	
<i>hm vitamin e 200 unit softgel</i>	T1	
<i>hm vitamin e 400 unit softgel</i>	T1	
MIXED TOCOTRIENOLS	T3	
<i>ra vitamin e 268 mg softgel</i>	T1	
SOLUVITA-E	T3	
<i>sv vitamin e 180 mg softgel</i>	T1	
<i>sv vitamin e 400 unit softgel</i>	T1	
<i>sv vitamin e 450 mg softgel</i>	T1	

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

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.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>PREPARACIONES DE VITAMINA E (cont.)</b>		
<i>sv vitamin e 670 mg softgel</i>	T1	
<i>true vitamin e 180 mg capsule</i>	T1	
<i>true vitamin e 90 mg capsule</i>	T1	
TRUE VITAMIN E 450 MG CAPSULE	T1	
<i>vitamin e (dl,tocopheryl acet)</i>	T1	
<i>vitamin e 1,000 unit capsule</i>	T1	
<i>vitamin e 1,000 unit softgel</i>	T1	
VITAMIN E 1,000 UNIT SOFTGEL	T3	
<i>vitamin e 100 unit softgel</i>	T1	
VITAMIN E 100 UNIT TABLET	T3	
VITAMIN E 15 UNIT/0.3 ML DROP	T3	
<i>vitamin e 15 unit/0.3 ml drop</i>	T1	
<i>vitamin e 180 mg softgel</i>	T1	
<i>vitamin e 180mg(400 unit) sfgl</i>	T1	
<i>vitamin e 200 unit capsule</i>	T1	
<i>vitamin e 200 unit softgel</i>	T1	
<i>vitamin e 268 mg softgel</i>	T1	
<i>vitamin e 400 unit capsule</i>	T1	
<i>vitamin e 400 unit softgel</i>	T1	
<i>vitamin e 45 mg softgel</i>	T1	
VITAMIN E 450 MG SOFTGEL	T3	
<i>vitamin e 450 mg softgel</i>	T1	
<i>vitamin e 600 unit capsule</i>	T1	
<i>vitamin e 90 mg capsule</i>	T1	
<i>vitamin e 90 mg softgel</i>	T1	
VITAMIN E NATURAL OIL DROPS	T2	
VITAMIN E OIL	T3	
VITAMIN E OIL DROPS	T2	
VITAMIN E OIL DROPS	T3	
VITAMIN E-OIL	T2	
WHEAT GERM OIL	T2	
XCELLENT E	T3	
<b>PREPARACIONES DE VITAMINA K</b>		
AQUA-K CONCENTRATE	T3	

T1 – Genéricos

T2 – Marcas preferidas

T3 – Marcas no preferidas

T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos

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.)		
Nombre del medicamento con receta	Nivel del medicamento	Requisitos y límites de cobertura
<b>PREPARACIONES DE VITAMINA K (cont.)</b>		
K1-1000	T3	
K2 LIQUID	T3	
K2-45	T3	
MEPHYTON ( <i>phytonadione (vit k1)</i> )	T3	QL (10 tabs/fill)
phytonadione ( <i>vit k1</i> )	T1	
PHYTONADIONE 1 MG/0.5 ML SYR	T2	
PHYTONADIONE 1 MG/0.5 ML VIAL	T2	
<i>phytonadione 10 mg/ml ampul</i>	T1	
<i>phytonadione 10 mg/ml vial</i>	T1	
VITAMIN K	T2	
VITAMIN K-1	T2	
VITAMIN K2	T3	
VITAMIN K2 (MENAQUINONE-4)	T3	
<b>VITAMINAS (Vitaminas)</b>		
<b>PREPARACIONES MULTIVITAMÍNICAS</b>		
CENTRUM ADULTS 50 PLUS MINIS	T3	
CENTRUM MEN 50 PLUS MINIS	T3	
DAVIMET-M	T3	
<b>PREPARACIONES DE VITAMINAS PEDIÁTRICAS</b>		
CHILDREN'S MULTI	T3	

T1 – Genéricos  
 T2 – Marcas preferidas  
 T3 – Marcas no preferidas  
 T4 – Medicamentos de especialidad preferidos

T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos  
 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 .....	155	acti-lance .....	135, 150
IST TIER .....	135, 150	ACTI-LANCE .....	135, 150
IST TIER UNILET COMFORTOUCH.....	150	acti-lance lite.....	150
2-IN-1 .....	135, 150	acti-lance univers.....	150
2-IN-1 LANCET DEVICE .....	150	ACTI-LANCE UNIVERS .....	150
2TEK.....	128	ACTIMMUNE.....	61
5-MTHF.....	215	ACTIQ .....	22
50 PLUS ADULT EYE.....	195	ACTIVE FE .....	108
<b>A</b>		ACTIVELLA.....	121
A-25 .....	214	ACTIVNUTRIENTS.....	198
abacavir .....	65, 66	ACTONEL .....	193
abacavir/lamivudine/zidovudine .....	65	ACTOPLUS MET .....	49
abacavir sulfate/lamivudine .....	65	ACTOS .....	50
ABANEU-SL.....	220	ACULAR.....	100
ABATRON.....	108	acyclovir .....	68, 69
ABC COMPLETE .....	198	ACZONE.....	174
ABDEK.....	210	ADACEL TDAP .....	73
ABILIFY.....	170	ADALIMUMAB .....	53
abiraterone.....	55	ADALIMUMAB-ADB.....	53
ABSORICA .....	174	adapalene.....	174, 183, 184
ABSTRAL .....	22	ADAPALENE .....	183
acamprosate.....	189	adapalene/benzoyl peroxide.....	174
acarbose .....	48	ADBRY.....	194
ACCOLATE .....	32	ADDYI .....	169
ACCRUFER.....	108	adefovir.....	69
ACCU-CHEK.....	128, 135, 150, 155, 156	ADEK GUMMIES.....	198
ACCUPRIL.....	80	ADEMPAS .....	78
ACCURETIC.....	79	ADIPEX-P .....	62
ACCUTREND.....	128	ADJUSTABLE LANCING DEVICE .....	128
ACD-A .....	42	ADLARITY.....	70
ACD SOLUTION A .....	42	ADLYXIN.....	47
ACE.....	79, 80, 81	ADRENALIN CHLORIDE .....	99
ACE AEROSOL.....	156	adthyza .....	184, 185
acebutolol.....	82	ADULT 50 PLUS EYE HEALTH.....	195
acetaminophen/caff/dihydrocod.....	22	ADULT MULTI.....	198
acetaminophen with codeine.....	21	ADULT ONE DAILY.....	199
acetazolamide.....	97	ADULTS' DAILY FORMULA.....	199
acetic acid .....	51, 100, 173	ADULTS MULTIVITAMIN .....	199
acetic acid/oxyquinoline .....	51	ADVAIR DISKUS.....	30
acetylcysteine.....	32	ADVAIR HFA.....	30
acetylcyst/methylb12/levomefol.....	215	ADVANCED .....	128, 135, 150, 196, 199, 203, 209
a/c/e/zinc ox/cupric ox/lutein.....	195	ADVANCED LANCING DEVICE.....	128
a/c/e/zinc/sod selenate/copper .....	198	ADVANCED MULTI EA.....	199
acitretin.....	173	ADVANCED TRAVEL LANCETS.....	150
ACTEMRA.....	126	ADVOCATE.....	128, 135, 150, 175
ACTHIB.....	73, 74	ADVOCATE CONTROL SOLUTION.....	128
ACTICLATE .....	39		

## Índice de medicamentos

ADVOCATE LANCET .....	150	ALLZITAL .....	19
ADVOCATE LANCETS .....	150	almotriptan.....	19
ADVOCATE LANCING DEVICE.....	128	almotriptan malate.....	15
ADVOCATE RAPID-SAFE LANCING DV.....	128	alose tron.....	118
ADVOCATE REDI-CODE+ CTRL SOLN.....	128	ALPHAGAN P.....	102
ADZENYS .....	70	alprazolam.....	163
AEMCOLO.....	38	ALTABAX.....	179
AEROCHAMBER.....	156	ALTACE.....	80
AEROTRACH .....	156	ALTAFLUOR BENOX.....	101
AEROVENT .....	156	ALTERNATE.....	128, 135, 150
AFLURIA QUAD .....	73	ALTERNATE SITE LANCETS .....	150
AGAMATRIX CONTROL .....	128	ALTERNATE SITE LANCING DEVICE.....	128
AGRYLIN .....	65	ALTRENO.....	183
AIMOVIG .....	15	ALUNBRIG.....	57
AIMOVIG AUTOINJECTOR.....	19	ALVESCO.....	31
AIRDUO DIGIHALER .....	30	alvimopan .....	119
AIRSUPRA .....	30	amantadine.....	63
AJOVY .....	15, 19, 237	AMARYL .....	49
AKLIEF .....	178	ambrisentan.....	78
AKTEN.....	101	amcinonide.....	179
AKTIPAK .....	40	AMERGE.....	19
ALA-SCALP.....	179	AMICAR .....	74
ALBA-LYBE.....	215	amiloride.....	98
albendazole.....	52	amino acids/mv,tx,iron,mineral.....	199
ALBENZA .....	52	aminocaproic .....	74
albuterol .....	29, 30	amiodarone .....	76
ALCAINE.....	101	amitriptyline.....	166
alclometasone .....	179	amitriptyline/chlordiazepoxide.....	166
ALCOH-GLOVE .....	155	AMLADEX.....	199
alcohol .....	175, 176, 191, 192	amlodipine .....	76, 79, 80, 83
ALCOHOL.....	53, 175, 176, 191, 192	amoxapine .....	166
ALCOH-WIPE.....	155	amoxicillin .....	38, 51
ALDACTAZIDE.....	98	amphetamine .....	70, 71
ALDACTONE.....	98	ampicillin .....	38
ALECENSA.....	57	AMZEEQ.....	41
alendronate.....	193	ANAFRANIL.....	166
alfuzosin .....	194	anagrelide .....	65
ALINIA .....	62, 63	ANA-LEX.....	120
aliskiren hemifumarate.....	83	ANALPRAM.....	120, 182
ALIVE .....	199, 237	ANAPROX DS.....	27
ALIVE DAILY.....	199	anastrozole .....	56
ALIVE PREMIUM .....	199	ANCOBON .....	44
ALIVE WOMEN'S .....	199	ANDRODERM .....	120
ALKALINE BATTERIES.....	128	ANDROID.....	120
ALKERAN.....	55	ANGELIQ.....	122
ALLERGIST TRAY.....	142	ANIMAL SHAPES COMPLETE.....	210
ALLERGY SYRINGE .....	142, 147, 148	ANIMI-3.....	199
allopurinol.....	26	ANNOVERA.....	92
		ANORO ELLIPTA.....	30

## Índice de medicamentos

ANTICOAGULANT SODIUM CITRATE .....	42	ASMANEX .....	31
ANTIOXIDANT FORMULA .....	195	aspirin/dipyridamole.....	64
APATATE .....	220	ASSURE.....	128, 135, 150, 151, 159
APETEX.....	215	ASSURE 4 CONTROL SOLUTION.....	128
APETIGEN.....	108, 215	ASSURE DOSE .....	128
APETIGEN-PLUS.....	108	ASSURE HAEMOLANCE PLUS.....	150
apomorphine .....	63	ASSURE LANCE .....	151
APO-VARENICLINE.....	184	ASSURE PRISM.....	128
apraclonidine.....	102	ASTAGRAF .....	127
aprepitant.....	114, 115	ASTRINGYN .....	75
APRETUDE.....	67	atazanavir .....	67
APRISO .....	117	ATELVIA.....	193
APTENSIO .....	168	atenolol .....	82, 83
APTIOM.....	89	AT HOME AIC .....	128
APTIVUS.....	65	a thru z.....	198
AQUA-D.....	227	A THRU Z MEN'S ULTIMATE .....	198
AQUADEKS .....	199, 210	A THRU Z SELECT.....	198
AQUA-E.....	232	ATIVAN.....	163
AQUA-K.....	233	atomoxetine .....	168
AQUA LANCE LANCING DEVICE.....	128	atorvastatin.....	83, 84
AQUASOL A.....	214	atovaquone .....	52, 53
AQUORAL .....	188	atovaquone-proguanil.....	52
ARAKODA.....	52	atropine .....	103, 114, 116
ARAVA.....	26	ATROPINE.....	103
ARAZLO.....	178	ATROVENT HFA.....	29
ARCALYST.....	193	AUGMENTIN .....	38
AREXVY.....	74	AURYXIA.....	107
arformoterol.....	30	AUSTEDO.....	86
ARGLAES FILM.....	149	AUTOJECT .....	128
ARICEPT .....	70	AUTO-LANCET .....	128
ARIDOL .....	95	AUTOLET .....	128, 129
ARIKAYCE .....	35	AUTOPEN .....	129
aripiprazole.....	170, 171	AUTOSHIELD DUO .....	140
ARIXTRA.....	43	AUTOSOFT .....	129
ARKALIOX.....	215	AUVI-Q.....	70
armodafinil.....	171	AVAR-E.....	41
ARMOUR THYROID.....	185	AVAR LS.....	41
ARNUIITY ELLIPTA.....	31	AVC .....	51
AROMASIN .....	56	AVIDOXY.....	39
ARTHROTEC 50.....	27	avita .....	183
ARTHROTEC 75.....	27	AVITA.....	183
ARTISS.....	178	AVITENE .....	75
ASACOL.....	117	AVONEX.....	86, 87
ASCOR.....	224	AYGESTIN .....	124
ascorbate.....	224	AYVAKIT .....	57
ascorbic.....	110, 111, 224	AZASAN.....	127
ASCORBIC ACID.....	224	AZASITE.....	34
asenapine .....	169	azathioprine.....	127

## Índice de medicamentos

azelaic acid .....	177	BELVIQ.....	62
azelastine.....	47, 99	benazepril.....	79, 80, 81
AZELEX .....	174	benazepril/hydrochlorothiazide.....	79
AZILECT.....	63	BENLYSTA.....	193
azithromycin.....	37	BENTIVITE BX.....	108
AZSTARYS.....	168	BENZAMYCIN.....	41
AZULFIDINE.....	117	benzepro.....	177
<b>B</b>		BENZEPRO.....	177
BI.....	220	BENZNIDAZOLE.....	53
b-6.....	215, 223, 224	benzonatate.....	93
b-12.....	218, 220, 221, 222, 223	benzoyl peroxide.....	41, 174, 177
bi2.....	109, 110, 111, 205, 215, 216, 217, 219, 220, 221, 222, 223	benzphetamine.....	62
B-12.....	110, 202, 215, 220, 221, 222, 223	benztropine.....	63
BI2.....	215, 220, 221, 222, 223	BEPREVE.....	47
BI2 ACTIVE.....	220	BEROCCA.....	199
b-12 er.....	220, 221	beta-carotene.....	199, 214
bi2/levomefolate calcium/b-6.....	215	BETADINE.....	100
B-50 COMPLEX.....	215	betaine.....	192
BABY DDROPS.....	227	betamethasone.....	45, 179, 180, 183
BABY'S SUPER DAILY D3.....	227	BETAPACE.....	82
BABY VITAMIN D3.....	227	BETASERON.....	87
bacitracin.....	34	betaxolol.....	82, 102
baclofen.....	158	bethanechol.....	71
BACLOFEN.....	158	BETHKIS.....	35
BACMIN.....	199	BETOPTIC S.....	102
B ACTIV.....	215	bexarotene.....	54, 61
BACTRIM.....	34	BEXSERO.....	72
BAFIERTAM.....	87	BEYAZ.....	92
BALANCED B-100.....	216	bicalutamide.....	55
balanced b-100 complex tab sa.....	215	BIKTARVY.....	68
BAL-CARE DHA.....	159	BILTRICIDE.....	52
balsalazide.....	117	bimatoprost.....	102
BALVERSA.....	57	BINOSTO.....	193
BAQSIMI.....	105	BIO-35.....	199
BARACLUDE.....	69	BIO C.....	224
BARIATRIC MULTIVITAMINS.....	199	BIO-D-MULSION.....	227
BASAGLAR KWIKPEN.....	50	bioflav,lemon/vit bcomp,c.....	196
BAXDELA.....	38	biotin.....	202, 204, 215, 216, 217, 218, 219
b comp.....	215, 219	BIOTIN.....	209, 216, 217, 218, 219
b complex.....	207, 208, 215, 217, 219	bisac/nacl/nahco3/kcl/peg 3350.....	118
b-complex.....	199, 200, 208, 215, 216, 218, 219	bisoprolol.....	82, 83
B COMPLEX.....	215, 217, 218	BLADDER 2.2.....	199
B-COMPLEX-VITAMIN C.....	216	BLEPH-IO.....	33
B-COMPLEX WITH B-12.....	215	BLEPHAMIDE S.O.P.....	33
BD.....	135, 140, 142, 143, 151	BLOOD.....	74, 75, 95, 129, 135, 141, 151
BD ECLIPSE.....	140, 142	BLOOD GLUCOSE CONTROL.....	129
BELBUCA.....	22	BLOOD-GLUCOSE CONTROL.....	129
BELSOMRA.....	172	BLOOD LANCETS.....	151

## Índice de medicamentos

BLUNT.....	140, 141, 145	BYDUREON BCISE.....	48
BOCASAL.....	188	BYDUREON PEN.....	48
BODY, HAIR, SKIN AND NAILS.....	199	BYETTA.....	48
BOOSTRIX TDAP.....	73	BYLVAY.....	118
bosentan.....	78	<b>C</b>	
BOSULIF.....	57	c-1,000.....	224
BRAINSTRONG.....	159	cabergoline.....	124
BREATHERITE.....	156, 157	CABOMETRYX.....	57
BREATHRITE.....	157	CADEAU DHA.....	159
BREEZE 2.....	129	CADUET.....	83
BREO ELLIPTA.....	31	CAFERGOT.....	15, 19
BREWER'S YEAST.....	216	caffeine.....	19, 86, 158, 159
BREXAFEMME.....	45	CALAN.....	76
breynd.....	31	calcipotriene.....	174, 175, 183
BREZTRI AEROSPHERE.....	31	calcitonin,salmon,synthetic.....	126
BRILINTA.....	64	calcitriol.....	175, 227, 229
brimonidine.....	102	calcium acetate.....	107
BRIMONIDINE-DORZOLAMIDE.....	102	CALCIUM PANTOTHENATE.....	210
brinzolamide.....	102	CALQUENCE.....	57
BRIVIACT.....	89	CAMBIA.....	19
BROMFED DM.....	93	CAMZYOS.....	77
bromfenac.....	100, 240	candesartan cilexetil.....	81
bromocriptine.....	63, 64	candesartan/hydrochlorothiazid.....	80
brompheniramine/pseudoephed/dm.....	93	CANNULA.....	141, 143, 145, 146, 148
BRONCHITOL.....	185	CANTHARIDIN-ACETONE.....	177
BROVANA.....	30	CAPCOF.....	93
BRUKINSA.....	57	capecitabine.....	55, 56
BRYHALI.....	179	CAPEX.....	179
B-STRESS.....	216	CAPHOSOL.....	188
budesonide.....	31, 122, 123	CAPLYTA.....	169
BULK SYRINGE.....	143	CAPRELSA.....	57
BULLSEYE.....	135, 151	captopril.....	79, 81
BULLSEYE MINI SAFETY LANCETS.....	151	captopril/hydrochlorothiazide.....	79
bumetanide.....	98	CARBAGLU.....	189
BUPHENYL.....	114	carbamazepine.....	89, 90
buprenorphine.....	22, 194	CARBATROL.....	89
bupropion.....	164, 184	carbidopa.....	63, 64
bupirone.....	164	carbidopa/levodopa.....	63, 64
butalb-acetamin-caff 50-300-40.....	15	carbinoxamine.....	47
butalb-acetamin-caff 50-325-40.....	15	CARDIOTEK-RX.....	216
butalb/acetaminophen/caffeine.....	15, 19	CARDIZEM.....	76
butalb-aspirin-caff 50-325-40.....	15	CARDURA.....	79, 80
butalbit/acetamin/caff/codeine.....	24	CAREONE.....	129, 135, 151
butalbital/acetaminophen.....	15, 19	CAREPOINT.....	141, 143
butalbital-asa-caffeine cap (Fiorinal).....	15	CARESENS.....	129, 135, 151
butalbital/aspirin/caffeine.....	19	CARETOUCH.....	129, 135, 141, 143, 151, 176
butorphanol.....	22, 240	carglumic.....	189
BUTTERFLY.....	135, 151	carisoprodol.....	24, 158, 159
BUTTERFLY TOUCH LANCET.....	151	carisoprodol/aspirin/codeine.....	24



## Índice de medicamentos

CARNITOR.....	192	children multivitamin.....	211
carteolol.....	102	CHILDREN MULTIVITAMIN .....	211, 212
carvedilol.....	79	CHILDREN'S.....	211, 234, 241
CASODEX.....	55	CHILDREN'S CHEWABLE .....	211
CATAPRES.....	81, 82	CHILDREN'S CHEW MULTIVIT-IRON .....	211
CAVERJECT .....	187	childrens chew vitamin .....	211
CAYSTON.....	36	CHILDREN'S MULTI-VIT .....	211
cefaclor.....	36	CHILDREN'S MULTIVITAMIN GUMMY .....	211
cefadroxil.....	36	CHILD'S CHEWABLE.....	211
cefdinir.....	36	CHILD'S OMEGA-3.....	211
cefditoren pivoxil .....	36, 37	chlordiazepoxide.....	114, 163, 166
cefixime.....	36, 37	chlordiazepoxide/clidinium br .....	114
cefpodoxime proxetil.....	37	chlorhexidine .....	186
cefprozil.....	36	chloroquine .....	52
ceftriaxone .....	37	chlorpromazine.....	171
cefuroxime axetil.....	36	chlorthalidone .....	83, 99
CEFUROXIME SODIUM-0.9% NACL.....	34	chlorzoxazone.....	158
celecoxib.....	29	CHOLBAM.....	116
CELLCEPT .....	127	cholecalciferol.....	227
CELONTIN.....	89	CHOLECAL DF .....	227
CENTANY.....	41	cholestyramine .....	84, 85
CENTRAL-VITE.....	199	choline salicyl/mag salicylate.....	15, 19
CENTRAVITES.....	199	CHORIONIC .....	125
CENTRUM.....	198, 200, 210, 234	CHORIONIC GONAD.....	125
CENTRUM KIDS .....	210	CHROMAGEN.....	108
CENTRUM SILVER .....	198, 200	CHROMIUM PICOLINATE.....	223
CENTURY .....	200	CIALIS .....	187
cephalexin.....	36	CIBINQO.....	177
CEQUA .....	104	ciclodan.....	45
CEQUR SIMPLICITY .....	129	CICLODAN.....	45, 53
CERDELGA.....	189	ciclopirox.....	45, 46
CEREFOLIN .....	216	cilostazol .....	64
certavite .....	200	CILOXAN .....	34
CERTAVITE.....	200	CIMDUO.....	65
CERVIDIL.....	124	cimetidine .....	117
CETACAINE ANESTHETIC.....	25	cinacalcet.....	189
cetorelix.....	124	CIPRO.....	38
CETROTIDE .....	124	CIPRODEX .....	33
cevimeline.....	71	ciprofloxacin.....	32, 33, 34, 38
CHANTIX.....	184	citalopram.....	164
CHEK-STIX .....	97	CITRANATAL .....	108, 159
CHEMET .....	190	CITRANATAL BLOOM .....	108
CHEMO TRANSFER PIN .....	141	CITRATE PHOSPHATE DEXTROSE.....	42
CHEMSTRIP .....	97, 129	citric.....	113
CHENODAL .....	116	CITRUS BIOFLAVONOIDS.....	196
CHILD CHEWABLE VITAMN .....	210	CLARINEX .....	46, 47
CHILD COMPLETE .....	210, 211	CLARINEX-D.....	46
CHILD MULTIVITAMIN PLUS IRON.....	211	clarithromycin.....	37



## Índice de medicamentos

clemastine.....	47	COMBIVENT RESPIMAT.....	30
CLEOCIN.....	37, 40, 41	COMBIVIR.....	65
CLEVER.....	129, 135, 151, 157	COMETRIQ.....	57, 58
CLEVER CHEK LANCETS.....	151	COMFORT ....	27, 129, 134, 135, 136, 138, 139, 140, 151, 153, 154, 155, 157, 158, 176
CLEVER CHOICE.....	157	COMFORT PAC-IBUPROFEN.....	27
CLEVER CHOICE CONTROL SOLUTION .....	129	COMFORT PAC-MELOXICAM.....	27
CLIMARA.....	121	COMFORT PAC-NAPROXEN.....	27
clindacin.....	41	COMFORTSEAL .....	157
CLINDACIN .....	41	COMIRNATY.....	72
clindamycin.....	37, 40, 41, 174, 175	COMPACT SPACE CHAMBER.....	157
clindamycin/tretinoin.....	174, 175	COMPAZINE.....	115
CLINDESSE.....	40	COMPLEX B-50 .....	216
CLINPRO 5000 .....	104, 107	complex b-100 .....	216
clobazam.....	88	COMPLEX B-100.....	216
clobetasol.....	179, 182	COMTAN.....	63
CLOBEX .....	179	CONCEPT .....	200
clocortolone.....	179, 180	CONFORMANT 2.....	149
clodan .....	179	CONSENSI.....	76
CLODAN .....	179	CONTACT DETACH INFUSION SET .....	129
CLODERM.....	180	CONTOUR.....	129
clomiphene .....	125	CONTRAVE.....	62
clomipramine.....	166	CONTROL SOLUTION .....	128, 129, 130, 131, 132, 133, 134, 135
clonazepam.....	88	COOL CONTROL SOLUTION .....	129
clonidine.....	81, 82, 167	COPAXONE .....	87
clopidogrel .....	64	COPIKTRA.....	58
clorazepate.....	163	CORDRAN.....	180
clotrimazole.....	44, 45	COREG .....	79
clozapine.....	169	CORGARD.....	82
CLOZARIL.....	169	CORNWALL SYRINGE TIP CONNECTOR.....	144
COAGUCHEK.....	135, 151	CORTANE-B.....	100
COARTEM.....	52	CORTEF.....	122
COCAINE.....	99	CORTENEMA.....	120
codeine.....	21, 22, 24, 93, 94	cortisone.....	122
CODITUSSIN AC .....	94	CORTISPORIN.....	32, 40
CODITUSSIN DAC.....	94	CORVITE.....	108, 200
cod liver oil.....	214, 224, 227, 229, 232	CORVITE 150.....	108
COLAZAL .....	117	CORVITE FE.....	108
colchicine .....	26, 29	COTELLIC .....	56
COLCHICINE.....	26	COTEMPLA .....	168
colesevelam.....	84	CREON.....	119
COLESTID.....	84	CRESEMBA .....	44
colestipol .....	84, 85	CRINONE.....	124, 126
COLOR.....	135, 151	cromolyn .....	26, 32, 101
COLOR LANCETS.....	151	crotamiton.....	63
COMBIGAN.....	102	CRRT TRISODIUM CITRATE.....	42
COMBIPATCH.....	122	CULTURELLE.....	200, 211
COMBISTIX REAGENT .....	97	CULTURELLE KIDS .....	211
COMBIVENT .....	30	CURITY ALCOHOL PREPS .....	176

## Índice de medicamentos

CUROSURF .....	185	CYTO B7 .....	217
CUTIVATE.....	180	CYTO C.....	224
cvsI05, I08, I59, I76, I91, I97, 200, 201, 209, 211, 214, 216, 221, 223, 224, 227, 228, 232		CYTOTEC.....	115
CVS .....53, I05, I08, I59, I63, I76, I91, 200, 211, 216, 221, 224, 228, 232		<b>D</b>	
CVS ALCOHOL 70% PREP PADS .....	176	D3.....	170, 205, 208, 227, 228, 229, 230, 231
CVS CHILD GUMMY .....	211	dabigatran.....	43
cvs glucose.....	105	daily-vite.....	201
CVS GLUCOSE LIQUID .....	105	dalfampridine .....	88
cvs iron.....	108	danazol.....	124
cvs isopropyl alcohol 70% wipe.....	176	DANTRIUM.....	158
cvs prenatal .....	159	dantrolene.....	158
CVS PRENATAL .....	159, 163	dapsone.....	35, 174
cvs slow release iron.....	108	DAPTACEL DTAP .....	73
CVS SLOW RELEASE IRON.....	108	DARAPRIM.....	52
CVS VITAMIN.....	221, 224, 232	darifenacin .....	195
cvs vitamin a .....	214	darunavir.....	65
cvs vitamin b-12.....	221	DAURISMO .....	56
cvs vitamin c.....	224	DAVIMET-M .....	234
cvs vitamin d3.....	227, 228	DAVOL IRRIGATION SYRINGE .....	144
cvs vitamin e.....	232	DAYAVITE .....	201
cvs vit c .....	224	DAYPRO.....	27
cvs vit d3.....	227	DAYTRANA.....	168
cyanocobalamin .....	215, 216, 218, 221	DAYVIGO .....	172
cyclobenzaprine .....	158	DDAVP .....	121
CYCLOGYL.....	103	DDROPS.....	227, 228
CYCLOMYDRIL.....	103	decara.....	228
cyclopentolate.....	103	DECARA .....	228
CYCLOPENTOLATE-TROPICAMIDE-PE.....	103	DECUBI .....	201
cyclopentolat/tropic/phenyleph .....	103	deferasirox.....	190
cyclophosphamide .....	55	deferiprone .....	190
CYCLOPHOSPHAMIDE .....	55	deflazacort.....	122
CYCLOSERINE.....	36	DEKAS .....	201, 211
CYCLOSET .....	48	DEKAS PLUS .....	201, 211
cyclosporine.....	104, 127	DELESTROGEN .....	122
CYCLOSPORINE.....	104	DELTEC COZMO CLEO .....	156
CYFOLEX .....	228	demeclocycline .....	39
CYLTEZO .....	53	DEMSE.....	81
cyproheptadine .....	47	DENAVIR.....	69
CYPROHEPTADINE .....	47	DENG VAXIA.....	73
CYSTAGON.....	194	DENOVO.....	197
CYSTARAN .....	104	DEPAKOTE .....	89
CYSTO-CONRAY II .....	96	DEPEN .....	26
CYSTOGRAFIN.....	96	DEPLIN-ALGAL OIL.....	197
CYSTOGRAFIN-DILUTE.....	96	DEPO-ESTRADIOL.....	122
CYTO B-1.....	220	DEPO-PROVERA .....	92
CYTO B-2.....	223	DEPO-SUBQ PROVERA.....	92
		DEPO-TESTOSTERONE.....	120
		DERMACINRX .....	201, 228

## Índice de medicamentos

DERMA-SMOOTH-FS.....	180	diethylpropion.....	62
DERMASORB.....	180	DIFFERIN.....	183, 184
DERMATOP.....	180	DIFICID.....	37
DERMAVIEW.....	149	diflorasone.....	180
DERMOTIC.....	100	DIFLUCAN.....	44
DESCOVY.....	65	diflunisal.....	15, 19
desflurane.....	25	difluprednate.....	100
desipramine.....	166, 167	digoxin.....	77
desloratadine.....	47	dihydroergotamine.....	15, 19
desmopressin.....	121	DILANTIN.....	89
DESMOPRESSIN.....	121	DILAUDID.....	22
desog-e.estradiol/e.estradiol.....	92	diltiazem.....	76
desogestrel-ethinyl estradiol.....	92	dimethyl.....	87, 189
DESONATE.....	180	dimethyl fumarate.....	87
desonide.....	180, 182	diphenoxylate hcl/atropine.....	114
desoximetasone.....	180, 182	DIPHTHERIA-TETANUS TOXOIDS-PED.....	73
DESOXYN.....	70	DIPROLENE.....	180
DESVENLAFAXINE.....	165	dipyridamole.....	64
dex4 glucose.....	105	DISALCID.....	26
DEX4 GLUCOSE.....	105	disopyramide.....	76
dex4 quick dissolve tab chew.....	105	disulfiram.....	189
dexamethasone.....	33, 100, 122, 123	DIURIL.....	99
dexchlorpheniramine.....	47	divalproex.....	89
DEXCOM G6.....	129	dofetilide.....	76
DEXEDRINE.....	71	DOJOLVI.....	104
dexlansoprazole.....	119	donepezil.....	70
dexmethylphenidate.....	168	DONNATAL.....	116
DEXONTO.....	123	DOPTELET.....	91
DEXTENZA.....	100	dorzolamide.....	102, 103
dextroamphetamine.....	71	DORZOLAMIDE.....	102, 103
dextrose.....	105, 106, 107	DOSOKAP.....	228
DIABETES HEALTH.....	201	DOSOQUIN.....	228
DIABETIC VITAMIN.....	201	DOVATO.....	65
DIACOMIT.....	89	DOVER BULB SYRINGE.....	144
dialyvite.....	217	DOVONEX.....	175
DIALYVITE.....	201, 217, 228	doxazosin.....	79, 80
DIASTAT.....	88	doxepin.....	166, 167, 172, 174
DIASTIX REAGENT.....	95, 97	doxercalciferol.....	188
diatrizoate meglumine.....	96	doxycycline.....	39, 40, 187
DIATRUE.....	129	doxylamine succinate/vit b6.....	115
diazepam.....	88, 163, 164	DRISDOL.....	228
diazoxide.....	105, 106	dronabinol.....	114
DIBENZYLINE.....	71	DROPLET.....	129, 136, 151
DICLEGIS.....	115	DROPLET GENTEEL LANCING DEVICE.....	129
diclofenac.....	20, 27, 61, 100, 174	DROPLET LANCETS.....	151
dicloxacillin.....	38	DROPLET LANCING DEVICE.....	129
dicyclomine.....	114	DROPSAFE PREP PADS.....	176
didanosine.....	66	drospir/eth estra/levomefol.....	92

## Índice de medicamentos

DROXIA.....	75	EFFIENT.....	64
droxidopa.....	71	EFUDEX.....	61
drug mart glucose.....	105	EGRIFTA.....	123
DUAVEE.....	122	eldertonic.....	198
DUETACT.....	49	ELDERTONIC LIQUID.....	198
DUET DHA.....	159	ELEMENT COMPACT.....	130
DUEXIS.....	27	ELEMENT CONTROL.....	130
DULERA.....	31	ELEPSIA.....	89
duloxetine.....	165, 166	eletriptan hydrobromide.....	15, 19
DUOBRII.....	175	ELFOLATE.....	217
DUOPA.....	63	ELIMITE.....	63
DUPIXENT.....	126	ELIQUIS.....	43
dutasteride.....	194	ELIXOPHYLLIN.....	32
DXEVO.....	123	ELLA.....	92
DYAZIDE.....	98	ELMIRON.....	25
DYMISTA.....	99	ELON.....	201
DYRENIUM.....	98	EMBRACE.....	130, 136, 152
<b>E</b>		EMBRACE EVO LEVEL I.....	130
EAR HEALTH PLUS.....	196	EMBRACE GLUC CONTROL SOLN.....	130
ear health plus caplet.....	196	EMBRACE LANCING DEVICE.....	130
EASIVENT.....	157	EMBRACE PRO.....	130
EASY.....	129, 130, 136, 141, 144, 145, 151, 152, 176	EMBRACE TALK CONTROL.....	130
EASY COMFORT ALCOHOL PAD.....	176	EMCYT.....	61
EASY COMFORT LANCETS.....	151	EMEND.....	115
EASY GLIDE CATHETER.....	144	EMERGEN-C.....	211, 224
EASY GLIDE LUER.....	144	EMERGEN-C KIDZ.....	211
EASYGLUCO PLUS.....	130	EMGALITY.....	15, 19, 88
EASYMAX I5.....	130	EMGALITY PEN.....	19
EASYMAX NORMAL.....	130	EMPAVELI.....	74
EASY MINI EJECT.....	129	EMSAM.....	164
EASY PLUS II.....	129, 130	emtricitabine.....	65, 66
EASYPOINT.....	141	emtricitabine-tenofv.....	65
EASY STEP.....	130	EMTRIVA.....	66
EASY TALK.....	130	EMVERM.....	52
EASY TOUCH.....	130, 141, 144, 145, 151, 152, 176	enalapril.....	79, 81
EASY TOUCH FLIPLock.....	141, 144	enalapril/hydrochlorothiazide.....	79
EASY TRAK.....	130	ENBRACE.....	201
EASY TWIST CAP LANCETS.....	152	ENBREL.....	53, 54
ECLIPSE SYRINGE.....	145	ENDARI.....	75
EC-NAPROSYN.....	27	ENDO-AVITENE.....	75
econazole.....	46	ENDOMETRIN.....	126
EDECRIIN.....	98	ENDUR-AMIDE.....	209
EDEX.....	187	ENDUR-THINE.....	209
EDLUAR.....	172	ENDUR-VM.....	201
EDURANT.....	66	ENFAMIL.....	107
E.E.S. 200.....	37	ENGERIX-B.....	74
efavirenz.....	66, 67	ENLITE SERTER.....	130
effer-k.....	113	ENLYTE.....	197
EFFER-K.....	113	enoxaparin.....	43

## Índice de medicamentos

ENSPRYNG.....	126	ESTER-C.....	224
ENSTILAR.....	183	ESTRACE.....	122
entacapone.....	63, 64	estradiol.....	92, 93, 121, 122, 125
entecavir.....	69	estrogen,ester/me-testosterone.....	121
ENTEREG.....	119	ESTROVEN.....	202
ENTERO VU.....	96	eszopiclone.....	172
ENTRESTO.....	80	ethacrynic.....	98
ENZOCLEAR.....	177	ethambutol.....	36
EPCLUSA.....	69	ethinyl estradiol/drospirenone.....	92
EPIDIOLEX.....	89	ethosuximide.....	89, 91
EPIDUO FORTE.....	174	ethynodiol d-ethinyl estradiol.....	92
EPIFOAM.....	182	etodolac.....	27, 28
epinastine.....	47	etonogestrel/ethinyl estradiol.....	92
epinephrine.....	70, 99	etoposide.....	61
EPIPEN.....	70	etravirine.....	66
EPISIL.....	188	EUCRISA.....	178
EPIVIR.....	66, 69	EULEXIN.....	55
eplerenone.....	98	EURAX.....	63
eprosartan.....	81	EVEKEO.....	71
EPSOLAY.....	177	EVENCARE.....	130
EPZICOM.....	65	everolimus.....	57, 127, 128
EQ.....	195, 201, 211	EVICEL.....	75
EQ CHILD.....	211	EVISTA.....	193
eql.....	108, 191, 195, 201, 217, 221, 223, 224, 228, 232	EVOCLIN.....	41
eql slow release iron.....	108	EVOLUTION.....	130
eql vitamin.....	221, 224, 228, 232	EVOTAZ.....	67
EQUETRO.....	164	EVOXAC.....	71
EQ VISION.....	195	EXEL.....	141, 145
ERGOCAL.....	228	EXELDERM.....	46
ergocalciferol.....	228	EXEL HUBER.....	141
ergoloid.....	83	EXELON.....	70
ERGOMAR.....	19	exemestane.....	56
ergotamine tartrate/caffeine.....	15, 19	EXKIVITY.....	58
ERIVEDGE.....	56	EXPECTA PRENATAL.....	159
ERLEADA.....	55	EXSERVAN.....	86
erlotinib.....	58, 60	EXTENDED RESERVOIR.....	145
ERMEZA.....	185	EXTINA.....	46
ERYPED.....	37	EYE HEALTH AND LUTEIN.....	195
ERY-TAB.....	37	EYE HEALTH PLUS LUTEIN TABLET.....	195
ery-tab dr.....	37	EYE MULTIVITAMIN.....	195
erythromycin.....	34, 37, 41	EYEPROTECT.....	195
escitalopram.....	165	EYSUVIS.....	100
ESGIC.....	15, 19	EZ.....	135, 136, 151, 152
ESKATA.....	175	E-Z DISK.....	96
esomeprazole.....	27, 119	ezetimibe.....	83, 85
ESOMEPRAZOLE.....	119	ezetimibe/simvastatin.....	83
ESSENCE C.....	224	E-Z-HD.....	96
ESSENTIAL.....	159, 201, 202, 205, 207	EZ-LETS.....	152
estazolam.....	172	E-Z-PAQUE.....	96

## Índice de medicamentos

E-Z-PASTE.....	96	FETZIMA.....	166
EZ SMART LANCETS.....	152	FEXMID.....	158
<b>F</b>		FIBRICOR.....	85
FA-8.....	197	FIFTY50.....	136, 152
FABHALTA.....	74	fifty50 alcohol prep pads.....	176
FACTIVE.....	38	FIFTY50 SAFETY SEAL LANCETS.....	152
famciclovir.....	68	FILSUVEZ.....	194
famotidine.....	27, 117	FILTER.....	141, 145, 147
fa/mv,ca,iron,min/lycopene/lut.....	202	FILTER ASPIRATOR.....	141
FANAPT.....	169	FINACEA.....	177
FARESTON.....	61	finasteride.....	194
FARXIGA.....	50	FINE.....	136, 142, 151, 152
FARYDAK.....	54	FINE 30 UNIVERSAL LANCETS.....	152
FASENRA.....	32	FINGER GRIP.....	145
FATIGUE RELIEF COMPLEX.....	202	FINGERSTIX.....	136, 152
febuxostat.....	26	ingolimod.....	87
felbamate.....	89	FIORICET.....	15, 19, 24
FELBATOL.....	89	FIORINAL.....	15
FELDENE.....	27	FIRDAPSE.....	88
felodipine.....	76	FIRST-MOUTHWASH BLM.....	188, 189
FEMARA.....	56	FLAGYL.....	35
fenofibrate.....	85	flavoxate.....	195
fenofibric.....	85	flecainide.....	76
FENOGLIDE.....	85	FLECTOR.....	174
fenoprofen.....	27, 28	FLEVOXIN.....	224
FENORTHO.....	21	FLEXICHAMBER.....	157
fentanyl.....	22	FLINTSTONES.....	211, 212
feosol.....	109	FLOGEN.....	196
FEOSOL.....	108, 109	FLOLIPID.....	84
FERAHEME.....	109	FLOMAX.....	194
FERGON.....	109	FLORIVA.....	104, 212
FER-IN-SOL.....	109	FLOVENT.....	31, 32
FERIVA 2I-7.....	109	FLOW-EZE.....	141
FERIVA FA.....	109	FLUAD.....	73
FERRACTIV IRON.....	109	FLUAD QUAD.....	73
FERRALET.....	109	FLUARIX QUAD.....	73
FERRETTI IPS.....	109	FLUBLOK QUAD.....	73
FERRIMIN.....	109	FLUCELVAX QUAD.....	73
FERRIPROX.....	190	fluconazole.....	44
FERRLECIT.....	109	flucytosine.....	44, 45
FERRO-SEQUELS.....	109	fludrocortisone.....	124
ferrous fumarate.....	109, 110	FLULAVAL QUAD.....	73
FERROUS FUMARATE.....	109	FLUMADINE.....	68
ferrous fum/vit c/b12-if/folic.....	109	FLUMIST QUAD.....	73
ferrous gluconate.....	109, 204	flunisolide.....	99
ferrous sulfate.....	109	fluocinolone.....	100, 180, 182
ferumoxytol.....	109	fluocinonide.....	180
fesoterodine.....	195	fluorescein.....	95, 101
		FLUORESCHEIN-BENOXINATE.....	101

## Índice de medicamentos

fluoride .....	104, 105, 107, 108, 112, 113, 212, 213
FLUORIDEX.....	104, 107
fluorometholone.....	100
FLUOROPLEX.....	61
fluorouracil.....	61
fluoxetine.....	165, 171
fluphenazine.....	171
FLURA-DROPS.....	105, 113
flurandrenolide.....	180, 181
flurazepam.....	172
flurbiprofen.....	28, 100
flutamide.....	55
fluticasone.....	30, 31, 99, 180, 181
fluticasone propion/salmeterol.....	30, 31
fluticasone-salmeterol.....	31
fluticasone-salmeterol 100-50.....	31
fluvastatin.....	84
fluvoxamine.....	165
FLUZONE HIGH-DOSE.....	73
FLUZONE QUAD.....	73
FML.....	100
fn vitamin.....	221
FOLAGENT.....	202
FOLAMAX.....	202
FOLAMED.....	202
FOLIC.....	160, 197, 198, 202, 215, 219, 221, 223, 228
folic acid.....	109, 110, 111, 160, 161, 162, 163, 197, 198, 200, 201, 202, 203, 204, 205, 206, 208, 211, 213, 215, 217, 219, 232
folic/mvi ther-min/lycop/lut.....	202
FOLIKA.....	197, 202, 217, 228
FOLIKA-BC.....	217
FOLIKA-D.....	228
FOLIKA-NC.....	217
FOLIKA-T.....	217
FOLIKA-V.....	197
FOLINIC-PLUS.....	217
FOLITE.....	197
FOLIXAPURE.....	228
FOLLISTIM AQ.....	125
FOLTRATE.....	221
FOLTX.....	217
FOLVITE-D.....	229
fondaparinux.....	43
FORA.....	95, 130, 136, 152
FORACARE.....	130, 136, 152
FORACARE LANCETS.....	152
FORA GTEL.....	95, 130
FORA LANCETS.....	152
formaldehyde.....	173
formoterol.....	30
FORTAMET.....	48
FORTAVIT.....	202
FORTEO.....	192
FORTESTA.....	120
FORTISCARE.....	131
FOSAMAX.....	193
FOSAMAX PLUS D.....	193
fosamprenavir.....	67
fosaprepitant.....	115
fosfomycin tromethamine.....	35
fosinopril.....	79, 81
fosinopril/hydrochlorothiazide.....	79
FRAGMIN.....	43
FREEDAVITE.....	202
FREESTYLE.....	95, 131, 136, 152
FREESTYLE INSULINX.....	95
FREESTYLE LITE.....	95
FROVA.....	19
frovatriptan succinate.....	19
FRUIT C.....	224, 225
fruit c-100.....	224
FRUIT C-100.....	224
ft.....	229
FT.....	191
ful-glo.....	95
FUL-GLO.....	95
FULPHILA.....	91
FURADANTIN.....	37
furosemide.....	98
FUSION.....	66, 109
FUZEON.....	66
FYCOMPA.....	89
<b>G</b>	
gabapentin.....	88, 89
GABITRIL.....	89
GALAFOLD.....	191
galantamine.....	70
GALZIN.....	190
ganirelix.....	124
GANIRELIX.....	124
GARDASIL 9.....	74
GASTROCROM.....	26
GASTROGRAFIN.....	96
GASTROMARK.....	96
gatifloxacin.....	34
GATIFLOXACIN-DEXAMETHASONE.....	33
GATTEX.....	119

## Índice de medicamentos

GAVRETO .....	58	GLYCATE.....	114
GEIOO.....	131	glycopyrrolate .....	114
GELCLAIR.....	188	GLYNASE.....	49
GELFILM.....	101, 192	GLYXAMBI.....	49
GEL-FLOW .....	75	gnp..106, 109, 159, 191, 195, 197, 202, 209, 214, 217, 221, 223, 225, 229, 232	
GELFOAM.....	75	GNP B-COMPLEX PLUS VIT C TAB.....	202
GELNIQUE .....	195	gnp glucose.....	106
GELX.....	188	GNP VITAMIN E .....	232
gemfibrozil .....	85	GOJJI .....	95, 131, 137, 152
GEMTESA .....	195	GOLYTELY .....	118
GENADEK .....	202, 212	GONAL-F .....	125
GENICIN .....	197, 217, 229	GONITRO .....	77
GENICIN VITA-Q .....	197	GOPRELTO .....	99
GENICIN VITA-S.....	217	GRALISE.....	88
GENOTROPIN.....	124	granisetron.....	115
gentamicin .....	34, 35, 41	GRASTEK .....	72
GENTEEL .....	129, 131	griseofulvin .....	45
GENTLE IRON.....	109	gs .....	106
GENVOYA.....	68	GS .....	53, 147, 159, 202
GEODON.....	169	GS PRENATAL .....	159, 202
GERBER .....	202, 212	GUAIACOL.....	176
GERBER GROW MIGHTY .....	212	guaifen-codeine .....	94
GERBER LIL BRAINIES.....	212	GUAIFEN-CODEINE.....	94
GERITOL .....	198	guaifenesin/phenylephrine .....	93
GIALAX .....	118	guanfacine.....	82, 167
GILOTRIF .....	58	GUARDIAN.....	131
glatiramer .....	87	GUMMIES CHILDREN MULTIVITAMIN .....	212
glatopa.....	87	GUMMY.....	159, 199, 211, 212, 221
GLEOLAN.....	96	GVOKE.....	106
GLEOSTINE.....	55	GYNAZOLE .....	44
glimepiride.....	49	<b>H</b>	
glipizide .....	49	HAEGARDA.....	189
GLOPERBA .....	26	HAIR FORMULA.....	202
GLUCAGEN .....	95	HAIR, SKIN AND NAILS.....	199, 202, 208
glucagon.....	105	HAIR-SKIN-NAILS.....	217
GLUCAGON.....	62, 119	halcinonide.....	181
GLUCO.....	106	HALCION.....	172
GLUCOCARD.....	131	halobetasol.....	181
GLUCOCOM.....	131, 136, 152	HALOG.....	181
glucose.....	105, 106, 107	haloperidol.....	171
GLUCOSE.....	95, 97, 105, 106, 107, 128, 129, 130, 131, 132, 133	HARD NAILS.....	217
GLUCOSE CONTROL .....	128, 129, 130, 131, 133	HARVONI.....	69
GLUCOSE LIQUID.....	105, 106	HEALON GV.....	104
GLUCOTROL .....	49	HEALTHPRO GLUCOSE CONTROL SOLN.....	131
GLUTOL .....	107	HEALTHY.....	131, 137, 152, 196, 205, 206
GLUTOSE-I5.....	106	HEALTHY ACCENTS AUTOLET .....	131
GLUTOSE-45.....	106	HEALTHY ACCENTS UNILET LANCET .....	152
glyburide .....	49		



## Índice de medicamentos

healthy eyes tablet.....	195, 196	hydrocodone/ibuprofen.....	22
HEALTHY EYES TABLET.....	196	hydrocort.....	33, 100, 120, 181, 183
HEARTBURN ACID REFLUX.....	202	hydrocortisone.....	100, 119, 120, 122, 123, 179, 181, 182, 183
HEMA-COMBISTIX.....	97	hydrocortisone/acetic acid.....	100
HEMATEX.....	110	hydrocort-pramoxine.....	120, 183
HEMATOGEN.....	110	hydrogen peroxide.....	173
HEMATRON-AF.....	110	hydromorphone.....	22, 23
HEMAX.....	110	hydroxocobalamin.....	221
HEMLIBRA.....	74	hydroxychloroquine.....	52
HEMOCYTE.....	110	HYDROXYCHLOROQUINE.....	52
heparin.....	43	HYDROXYPROPYLCELLULOSE.....	192
HEPARIN.....	43	hydroxyurea.....	55
HEPLISAV-B.....	74	hydroxyzine.....	47
HETLIOZ.....	172	HYFTOR.....	126
HIBERIX.....	73	HYLAVITE.....	217
high potency multivitamin tab.....	202	HYLAZINC.....	197
HIGH POTENCY MULTIVITAMIN TAB.....	202	hyoscyamine.....	116
HIPREX.....	35	HYPER-SAL.....	190
HISTEX-AC.....	93	HYPODERMIC NEEDLE.....	141, 148
hm.....	110, 159, 191, 197, 209, 217, 221, 225, 229, 232	HYPOLANCE.....	131
HM ALCOHOL 70% PREP PADS.....	176	HYPROMELLOSE.....	192
HM BIOTIN.....	217	HYRIMOZ.....	54
HM HAIR, SKIN AND NAILS TABLET.....	202	HYSINGLA.....	23
hm iron.....	110	<b>I</b>	
HM MEN'S ONE DAILY TABLET.....	202	ibandronate.....	193
HM ONE DAILY PRENATAL.....	159	ibuprofen.....	22, 27, 28
hm prenatal.....	159	ibuprofen/famotidine.....	27
hm slow release iron.....	110	I-CAPS.....	196
hm vit.....	221, 225	ICAPS.....	196, 202, 203
hm vitamin.....	221, 225, 229, 232	ICAPS AREDS2.....	196
HM VITAMIN.....	229	ICAR.....	110
homatropine.....	103	icatibant.....	186
HOMOCYSTEINE.....	217	ICLUSIG.....	58
HORIZANT.....	86	icosapent.....	113
HORMONES.....	120, 121, 122, 123, 124, 125, 126, 128, 184, 185	IDHIFA.....	61
HUMALOG.....	50	IFE-BIMIX.....	187
HUMATIN.....	52	IGALMI.....	172
HUMIRA.....	54, 250	ILET.....	132
HUMULIN.....	50, 51	ILEVRO.....	100
HURRICAIN LUER-LOCK.....	141	I.L.X. B-12.....	110
HYCAMTIN.....	57	IMBRUVICA.....	58
HYCODAN.....	94	IMCIVREE.....	62
hydralazine.....	82, 83	imipramine.....	167
HYDREA.....	55	imiquimod.....	177
hydrochlorothiazide.....	79, 80, 82, 83, 98, 99	IMMUNERX.....	203
hydrocodone.....	21, 22, 23, 94	IMPAVIDO.....	53
hydrocodone-acetamin.....	21	IMURAN.....	127
HYDROCODONE-ACETAMIN.....	21	INBRIJA.....	63

## Índice de medicamentos

INCONTROL.....	132, 137, 152, 176	IODOSORB.....	183
INCONTROL LANCING DEVICE.....	132	IOPIDINE.....	102
INCRELEX.....	124	IPOL.....	72
indapamide.....	99	ipratropium.....	29, 30, 99
INDICLOR.....	96	irbesartan.....	80, 81
indomethacin.....	28	irbesartan/hydrochlorothiazide.....	80
INFANRIX DTAP.....	73	IRESSA.....	58
INFANT-TODDLER MULTIVITAMIN.....	212	IRON.....	108, 109, 110, III, 112, 159, 163, 201, 207, 208, 209, 211, 212, 213, 214
infant-toddler multivit-iron.....	212	iron bg.....	110, 160
INFANT-TODDLER MULTIVIT-IRON.....	212	IRON BISGLYCINATE.....	110
INFANT-TODDLER TRI-VITAMIN.....	212	iron/c.....	111
INFASURF.....	185	iron,carbonyl.....	108, 110, 111
INFED.....	110	iron fm.....	110, 112
INFINITY.....	132	iron/folic.....	111, 160, 161, 162, 199, 200, 203, 204, 205, 208
INFUVITE.....	203, 212	iron fum.....	110, 111, 160, 161, 200, 204, 205, 211
INGREZZA.....	86	iron fumarate.....	111, 160
INJECT.....	137, 145, 152	iron polysac.....	111
INJECTAFER.....	110	iron polysaccharide.....	110, 111
INJECT EASE.....	152	IRONUP.....	111
INJECT-EASE.....	145	IRO-PLEX.....	111
INLYTA.....	58	IROSPAN.....	111
INNER EAR PLUS.....	196	IS-D.....	229
INOVA.....	177	ISENTRESS.....	67
INPEN.....	132	isoflurane.....	25
INSET.....	156	isoniazid.....	36
INSET 30.....	156	ISOPROPANOL.....	191
INSET 30 TUBING.....	156	isopropyl.....	176, 191, 192
INSPIRACHAMBER.....	157	isopropyl alcohol.....	176, 191, 192
INSPIRA.....	98	ISOPROPYL ALCOHOL.....	176, 191, 192
INSTACLEAN.....	191	isopropyl rubbing alcohol.....	191, 192
INSTA-GLUCOSE.....	106	ISOPROPYL RUBBING ALCOHOL.....	192
insta-glucose gel.....	106	ISOPTO CARPINE.....	102
INSUL-CAP.....	132	ISORDIL.....	77
INSUL-EZE.....	132	isosorbide.....	77, 83
INSULIN.....	48, 49, 51, 124, 142, 143, 144, 145, 147, 149	isotretinoin.....	174
INSULIN CARTRIDGE.....	145	isoxsuprine.....	83
INSULIN SYRINGE U-500.....	145	isradipine.....	76
INTEGRA.....	110, 141, 145	itraconazole.....	45
INTELENCE.....	66	IV 3000.....	149
INTERLINK.....	145	IV3000.....	149
INTRINSI.....	221	IV ADMINISTRATION SET.....	156
INVACARE.....	137, 152	ivermectin.....	52, 63, 177, 178
INVEGA.....	169	IWILFIN.....	58
INVELTYS.....	100	<b>J</b>	
INVIRASE.....	67	JAKAFI.....	56
iodine/potassium iodide.....	183	JALYN.....	194
iodine/sodium iodide.....	183	JANSSEN COVID-19 VACCINE.....	72
IODOFLEX.....	183		

## Índice de medicamentos

JANUMET.....	49	KRINTAFEL.....	52
JANUVIA.....	49	KRISTALOSE.....	118
JARDIANCE.....	50	kroger glucose.....	106
JATENZO.....	120	kro glucose.....	106
JOENJA.....	186	kro isopropyl alcohol 91%.....	192
JORNAY.....	168	k-tab.....	113
JUBLIA.....	46	K-TAB.....	113
JULUCA.....	65	KYLEENA.....	93
JUST 4 KIDZ MULTIVIT-PROBIOTIC.....	212	KYNMOBI.....	63
JUSTRIGHT 5000.....	104, 108	<b>L</b>	
JUXTAPID.....	83	labetalol.....	79
JYNARQUE.....	98	LABSTIX REAGENT.....	97
<b>K</b>		lacosamide.....	89
KI-1000.....	234	LACRISERT.....	100
K2.....	228, 229, 234	lactulose.....	114, 118
KADIAN.....	23	LAMICTAL.....	89, 90
KALETRA.....	67	lamivudine.....	65, 66, 69
KALYDECO.....	185	lamivudine/zidovudine.....	65
KAPVAY.....	167	lamotrigine.....	90
KARBINAL.....	47	lancets.....	137, 150, 152, 153
KENALOG.....	181	LANCETS.....	135, 136, 137, 138, 139, 150, 151, 152, 153, 154, 155
KENDALL.....	145, 149	LANCETS THIN.....	152
KENDALL DISINFECTANT CAP.....	145	LANCETS ULTRA THIN.....	152
KERENDIA.....	98	LANCING DEVICE.....	128, 129, 130, 131, 132, 133, 134, 135
KESIMPTA.....	87	LANCING SYSTEM.....	132
KETAMINE.....	172	LANOXIN.....	77
ketoconazole.....	45, 46	lansoprazole.....	115, 119
ketodan.....	46	lansoprazole/amoxicilin/clarith.....	115
KETO-DIASTIX REAGENT.....	97	lanthanum carbonate.....	107
KETONE CARE TEST STRIP.....	97	LANZO.....	132
KETONE TEST STRIP.....	95, 97	lapatinib ditosylate.....	58, 60
ketoprofen.....	28	LASIX.....	98
ketorolac.....	21, 100	LASTACFT.....	47
KETOSTIX REAGENT.....	97	latanoprost.....	102
KIDS COD LIVER OIL.....	212	LATANOPROST.....	102, 103
KIDS MULTIVITAMIN.....	212	leader glucose.....	106
KINRIX.....	73	leader quick dissolve gluc.....	106
KISQALI.....	58	lecithin/pyridoxine/kelp.....	203
KITABIS PAK.....	35	leflunomide.....	26
KLARITY.....	34, 100, 101, 104	lenalidomide.....	57
KLARITY-A(AZITHROMYCIN-CHONDR).....	34	LENVIMA.....	58
KLARON.....	174	LESCOL.....	84
KLOXXADO.....	44	L.E.T.....	25
KOSELUGO.....	56	letrozole.....	56
KOSHER PRENATAL.....	159	leucovorin.....	186
K-PAX.....	203	LEUKERAN.....	55
K-PHOS.....	113	levabuterol.....	30
KPN PRENATAL.....	159	LEVBIID.....	116

## Índice de medicamentos

LEVER LOCK CANNULA .....	145	L-METHYLFOL .....	218
levetiracetam .....	90	l-norgest/e.estradiol-e.estrad .....	92
LEVITRA .....	187	LODINE .....	28
levobunolol .....	102	LODOSYN .....	64
levocarnitine .....	192	LOKELMA .....	107
levofloxacin .....	34, 38	LOMAIRA .....	62
LEVOMEFOL .....	217	LOMOTIL .....	114
levomefolate .....	197, 215, 216, 217, 219	longs glucose .....	106
LEVOMEFOLATE .....	217	LONHALA MAGNAIR .....	29
levonorgestrel/ethin.estradiol .....	92	LONSURF .....	55
levorphanol .....	23	LOPID .....	85
levothyroxine .....	185	lopinavir/ritonavir .....	67
LEVSIN .....	116	LOPRESSOR .....	82
LEVULAN .....	61	LOPROX .....	46
LEXIVA .....	67	lorazepam .....	163, 164
LICART .....	174	LORBRENA .....	58
lidocaine .....	25, 120, 183	LORID .....	218
LIDOCAINE-EPINEPHRIN-TETRACAIN .....	25	LORMATE .....	218
LIDOCAINE-HYDROCORT .....	120	LORTAB .....	21
LIDOCAN .....	25	LORZONE .....	158
LIFESHIELD BLUNT CANNULA .....	141, 145	losartan/hydrochlorothiazide .....	80
LILETTA .....	93	losartan potassium .....	81
lindane .....	183	LOTEMAX .....	101
linezolid .....	38	LOTENSIN .....	79, 81
LINZESS .....	118	LOTENSIN HCT .....	79
liothyronine .....	185	loteprednol etabonate .....	101
LIPO .....	196, 253	lovastatin .....	84
LIPO-FLAVONOID PLUS .....	196	loxapine .....	171
LIPOTRIAD .....	196	lubiprostone .....	118
LIQUID C .....	225	LUCENTIS .....	103
LIQUID E-Z PAQUE .....	96	LUER LOCK .....	143, 144, 145, 146
LIQUID POLIBAR PLUS .....	96	LUER-LOK .....	142, 146, 147
lisdexamfetamine .....	167	LUERSLIP .....	146
lisinopril .....	79, 81	LUER SLIP TIP .....	145
lisinopril/hydrochlorothiazide .....	79	LUER TIP CAP .....	146, 148
LITEAIRE .....	157	LUMAKRAS .....	56
LITE TOUCH .....	132, 137, 152	LUMIGAN .....	102
LITETOUCH .....	157	LUMRYZ .....	171
LITFULO .....	194	LUPKYNIS .....	127
lithium .....	164	LYDIA PINKHAM HERBAL .....	111
LITHOBID .....	164	LYMEPAK .....	39
LITHOSTAT .....	114	LYNPARZA .....	58
LITTLE ANIMALS .....	212	LYSODREN .....	61
LIVALO .....	84	LYSTEDA .....	74
LIVITA .....	212	LYTGObI .....	59
LIVMARLI .....	118	LYUMJEV .....	51
LIVTENCITY .....	68	<b>M</b>	
l-mefol/a-cyst/mebl2/algal oil .....	218	MACROBID .....	37
lmefolate/b3/copp/znsel/chrom .....	203	MACRODANTIN .....	37

## Índice de medicamentos

MACULAR BENEFITS .....	196	MENOSTAR.....	122
MACUVEX.....	196	MENQUADFI .....	72
MACUZIN .....	196	MEN'S 50 PLUS.....	203, 205, 206
mafenide.....	41, 42	MEN'S DAILY.....	203
MAGELLAN.....	146	MEN'S MULTIVITAMIN.....	203, 205
MALARONE .....	52	MENVEO .....	73
malathion.....	183	meperidine.....	23
maprotiline.....	167	MEPHYTON.....	234
maraviroc.....	65, 66	meprobamate.....	164
MAR-COF CG.....	95	MEPRON .....	53
MARINOL.....	114	mercaptapurine.....	55
MARNATAL-F .....	159	MERIBIN .....	218
MARPLAN.....	164	mesalamine .....	116, 117
MATULANE.....	61	MESNEX.....	186
MAVENCLAD.....	87	METANX.....	218
MAXFE.....	III	metaproterenol.....	29
MAXIMIN.....	203	metaxalone.....	158
MAXIMUM D3 .....	229	metformin .....	48, 49
MAXITROL.....	33	METHACHOLINE .....	95
MAXI-TUSS CD.....	93	methadone.....	23
MAXZIDE .....	98	methamphetamine.....	70, 71
MAYZENT .....	87	METHAVER .....	218
MEBOLIC.....	203	methazolamide.....	97
meclofenamate.....	28	methenamine hippurate .....	35
mecobal/levomefolat ca/b6 phos .....	218	methenamine mandelate .....	35
MEDIHONEY .....	178	methenam/m.blue/salicyl/hyoscy.....	35
MEDISENSE.....	132, 137, 152	methenam/sod phos/mblue/hyoscy .....	35
medlance .....	137, 152, 153	methen/mblue/sal/sod phos/hyos.....	35
MEDLANCE .....	137, 152, 153	methimazole.....	184
medlance plus.....	152, 153	METHITEST .....	120
MEDLANCE PLUS.....	152, 153	meth/meblue/sod phos/psal/hyos .....	35
MEDROL .....	123	methocarbamol .....	158
medroxyprogesterone.....	92, 125	methotrexate.....	55, 56
MEDTRONIC.....	132	methoxsalen.....	173
MEDTYCHOLL-B.....	218	methscopolamine.....	116
mefenamic.....	21	METHYL B-12 .....	221
mefloquine.....	52	METHYLCOBALAMIN.....	221
MEGA BIOTIN.....	218	methyldopa.....	82
megestrol.....	61, 195	methylergonovine.....	124
meijer glucose .....	106	METHYLFOLATE.....	197
MEKINIST .....	56	METHYLIN.....	168
meloxicam.....	28	methylphenidate.....	168
melphalan.....	55	METHYLPHENIDATE .....	168
memantine .....	85, 86	methylprednisolone.....	123
MEMANTINE.....	85	METHYL PROTECT.....	218
MEN 50.....	198, 200, 203, 207	methyl salicylate .....	177
MENACTRA .....	72	methyltestosterone .....	120, 121
MENOPUR.....	125	metoclopramide .....	118


## Índice de medicamentos

metolazone.....	99	M-M-R II VACCINE.....	73
METOPIRONE.....	96	MOBIC.....	28
metoprolol.....	82, 83	MOBILE.....	137
METOPROLOL SUCCINATE ER-HCTZ.....	83	modafinil.....	171
METROCREAM.....	177	MODERNA COVID.....	72
METROGEL.....	40, 178	MODERNA COVID-19 BOOSTER.....	72
METROGEL-VAGINAL.....	40	moexipril.....	81
metronidazole.....	35, 40, 177, 178	molindone.....	171
metyrosine.....	81	mometasone.....	99, 181
mexiletine.....	76	MONOCAPS.....	203
MIACALCIN.....	126	MONODOX.....	39
miconazole.....	44	MONOFERRIC.....	III
MICRO.....	134, 137, 142, 153, 184	MONOJECT.....	141, 146
MICROCHAMBER.....	157	MONOLET.....	137, 153
MICRODOT.....	132	MONSEL'S.....	75
MICROLET.....	132, 137, 153	montelukast.....	32
MICROSPACER.....	157	morgidox.....	39, 40
MICROTAINER.....	151, 153	MORGIDOX.....	39, 40
MICRO THIN LANCET.....	153	morphine.....	23, 24
MICRO THIN LANCETS.....	153	MOTOFEN.....	114
midazolam.....	172	MOUNJARO.....	48
MIDAZOLAM.....	172	MOUTHPIECE.....	157
midodrine.....	71	MOVANTIK.....	43
MIEBO.....	100	MOXATAG.....	38
MIFEPREX.....	189	moxifloxacin.....	34, 38
mifepristone.....	50, 189	MOXIFLOXACIN.....	33
miglitol.....	48	MS CONTIN.....	24
miglustat.....	189, 190	ms glucose.....	106
MIGRANAL.....	19	ms quick dissolve glucose.....	106
MINI LANCING DEVICE.....	132, 133	MTERYTI.....	159, 160
MINIMED.....	132, 146	MTX.....	221
MINIMED RESERVOIR.....	146	MUCOSITISRX.....	188
MINI PRENATAL.....	159	MULTAQ.....	76
MINIPRESS.....	80	MULTI-BETIC.....	196
MINITRAN.....	77	MULTI-DAY PLUS MINERALS.....	203
minocycline.....	39, 40	multi for her.....	203
MINOLIRA.....	39	MULTI FOR HER.....	203
minoxidil.....	82	MULTI-LANCET.....	132
MIRAPEX.....	64	multilex.....	203
MIRENA.....	93	MULTILEX.....	203
mirtazapine.....	163	MULTI PRO.....	203
MIRVASO.....	178	MULTISTIX.....	97
misoprostol.....	27, 115	multivit....	198, 199, 200, 202, 203, 204, 205, 206, 208, 211, 212, 213, 214
MITIGARE.....	26	multivitamin....	161, 200, 201, 202, 204, 205, 206, 208, 211, 212, 213, 214
MITOMYCIN.....	103	MULTIVITAMIN.....	161, 195, 196, 198, 199, 200, 201, 202, 203, 204, 205, 206, 207, 208, 209, 210, 211, 212, 218
MITOSOL.....	103		
MIXED TOCOTRIENOLS.....	232		
MKO.....	172		

## Índice de medicamentos

MULTI-VITE.....	204	NARDIL.....	164
MULTI-VIT-FLOR.....	212	NASCOBAL.....	221
MULTIVIT-FLUOR.....	212	NATACHEW.....	160
MULTIVIT-FLUORIDE.....	212	NATACYN.....	44
multivit-min/fa/lycopen/lutein.....	200, 204	nateglinide.....	49
mupirocin.....	41	NATPARA.....	124
MURI-LUBE.....	192	NAYZILAM.....	88
MUSE.....	187	nebivolol.....	82
mv.....	II, III, II2, 199, 202, 204, 205, 206	NEBUPENT.....	53
M.V.I. PEDIATRIC.....	212	nebusal.....	190
mvn.....	200, 205	NEBUSAL.....	190
MVW.....	205, 213	NEEDLE.....	140, 141, 142, 145, 146, 147, 148
MVW COMPLETE.....	213	needles,safety huber,disposabl.....	141
MYALEPT.....	126	NEEVODHA.....	205
MYAMBUTOL.....	36	nefazodone.....	165
MYCAPSSA.....	125	neomycin.....	33, 34, 35, 173
MYCOBUTIN.....	36	neomycin/bacit/p-myx/hydrocort.....	33
mycophenolate.....	127	neomycin/bacitracin/polymyxinb.....	34
MYDAYIS.....	71	neomycin/polymyxin b/dexametha.....	33
MYDRIACYL.....	103	neomycin/polymyxin b/hydrocort.....	33
MYDRIATIC4.....	101	neomycin/polymyxn b/gramicidin.....	34
MYFEMBREE.....	124	neomycin sulfate.....	35
MYFORTIC.....	127	NEONATAL.....	III, 160
MYGLUCOHEALTH.....	132, 137, 153	NEONATAL FE.....	III
MYLERAN.....	55	NEORAL.....	127
MYRBETRIQ.....	195	NEO-SYNALAR.....	40
MYSOLINE.....	90	NEOVITE.....	205
MYXREDLIN.....	51	NEPHRON FA.....	218
<b>N</b>		NEPHRO-VITE.....	218
nabumetone.....	28, 29	NERIA.....	156
nadolol.....	82	NERLYNX.....	59
naftifine.....	46	NESTABS.....	160, 205
NAFTIN.....	46	NEUAC.....	174
NALFON.....	28	neuac gel.....	174
NALOCET.....	21	NEULUMEX.....	96
naloxone.....	24, 44, 194	NEUPRO.....	64
naltrexone.....	44	NEURIN-SL.....	221
NAMENDA.....	86	NEUTRASAL.....	188
NAMZARIC.....	86	nevirapine.....	66
NANO.....	141, 142, 163, 213	NEXAVAR.....	59
NANO 2ND GEN.....	141	NEXCARE TEGADERM.....	149
NANOVM.....	213	NEXLETOL.....	83
NAPRELAN.....	28	NEXLIZET.....	84
NAPROSYN.....	27, 28	niacin.....	85, 209, 210
naproxen.....	20, 27, 28	NIACIN.....	209, 210
naproxen/esomeprazole mag.....	27	niacinamide.....	210
naratriptan.....	19, 20	NIACINAMIDE.....	210
NARCAN.....	44	NIACOR.....	85

## Índice de medicamentos

nicardipine.....	76	NOVOPEN 3.....	133
NICOMIDE.....	205	NOVOPEN ECHO.....	133
NICOTROL.....	184	NOXAFIL.....	45
nifedipine.....	76, 77	NOXIFOL-D3.....	229
NIFEREX.....	III	NUBEQA.....	55
NILANDRON.....	55	NUCALA.....	32
nilutamide.....	55	NUCORT.....	181
nimodipine.....	76	NUEDEXTA.....	86
NINJACOF-XG.....	95	NUFERA.....	III
NINLARO.....	59	NUFOLA.....	218
nisoldipine.....	77	NU-IRON.....	III
nitazoxanide.....	63	NULEV.....	116
nitisinone.....	189	NULYTELY.....	118
NITRO-DUR.....	77	NUMBRINO.....	99
nitrofurantoin.....	37, 38	NUMOISYN.....	188
nitroglycerin.....	77, 78, 257	NUPLAZID.....	164
NITROLINGUAL.....	78	NURTEC ODT.....	20
NITROMIST.....	78	NUTRIVIT.....	205
NITROSTAT.....	78	NUVESSA.....	40
NITYR.....	189	NUZYRA.....	40
NIVA-FOL.....	218	NYMALIZE.....	77
NIVA-PLUS.....	205	nystatin.....	45, 46
nizatidine.....	117		
NOCDURNA.....	121	OB COMPLETE.....	160, 205
NO FLUSH NIACIN.....	210	OBREDON.....	95
NOKOR.....	141	OBSTETRIX EC.....	160
nolix.....	181	OBSTETRIX ONE.....	205
norelgestromin/ethin.estradiol.....	93	OBTREX DHA.....	160
noreth-ethinyl estradiol/iron.....	92	O-CAL FA.....	205
norethind-eth estrad.....	92, 122	OCALIVA.....	117
norethindrone.....	92, 121, 122, 124, 125	OCUFLOX.....	34
norethin-ee.....	92	OCULAR VITAMINS.....	196
norethin-eth estrad.....	122	OCUVEL.....	196
NORGESIC.....	158	OCUVITE.....	196, 205
norgestimate-ethinyl estradiol.....	92	ODACTRA.....	72
norgestrel-ethinyl estradiol.....	92	ODEFSEY.....	67
NORM-JECT.....	146	ODOMZO.....	56
NORPRAMIN.....	167	OFEV.....	186
nortriptyline.....	167	ofloxacin.....	33, 34, 38
NORVIR.....	67	OGSIVEO.....	59
NORWEGIAN COD LIVER OIL.....	214	olanzapine.....	169, 170, 171
NOURIANZ.....	64	olmesartan/amlodipin/hcthiamid.....	80
NOVA.....	132, 137, 153	olmesartan/hydrochlorothiazide.....	80
NOVAFERRUM.....	III, 213	olmesartan medoxomil.....	81
NOVAMAX PLUS.....	95, 133	olopatadine.....	99
NOVAMV.....	213	OLPRUVA.....	114
NOVAREL.....	125	OLUX.....	182
NOVAVAX COVID-19 VACC,ADJ.....	72	om-3.....	205



## Índice de medicamentos

OMECLAMOX-PAK.....	115	ORLISSA .....	124
omega-3 acid.....	113	ORKAMBI .....	185
omeprazole .....	119	ORLADEYO .....	72, 186
OMNIPAQUE .....	95	ORLISTAT .....	62
OMNIPOD .....	133	orphenadrine.....	158, 159
OMNITROPE .....	124	ORTHO DF .....	229
OMNIVEX .....	205	oseltamivir.....	68
OMVOH.....	126	OSENI.....	47
ON CALL.....	133, 137, 153	OSTACHOL.....	229
ONCOVITE.....	205	OTEZLA.....	26
ondansetron.....	115	OTIPRIO.....	33
one.....	5, 6, 7, 8, 11, 14, 162, 201, 202, 205, 206, 207, 235, 258, 261	OTOVEL.....	33
ONE.....	157, 159, 160, 162, 163, 199, 201, 202, 203, 205, 206, 207, 208, 213, 214, 236, 250, 257, 258, 263, 264	OVACE .....	175
ONE A DAY.....	160, 214	OVAL TAPE .....	133
ONE-A-DAY.....	160, 206, 213	OVIDE.....	183
one daily .....	162, 201, 202, 205, 206, 207	OVIDREL .....	125
one-daily.....	207	oxandrolone.....	120
ONE DAILY .....	159, 199, 201, 202, 203, 205, 206, 207	oxaprozin.....	27, 28, 29
ONE-DAILY .....	206, 207	oxazepam.....	164
ONETOUCH.....	95, 133, 137, 138, 153	oxcarbazepine.....	90
ONETOUCH DELICA .....	133, 153	OXERVATE .....	104
ONETOUCH ULTRA .....	95, 133	oxiconazole.....	46
ONETOUCH VERIO.....	95, 133	OXTELLAR.....	90
ONEVITE.....	207	oxybutynin .....	195
ONE WAY MOUTHPIECE .....	157	oxycodone .....	21, 22, 24
ONEXTON.....	174	oxycodone hcl/acetaminophen.....	21, 22
ON-THE-GO.....	138, 153	OXYCONTIN.....	24
OPFOLDA .....	190	oxymorphone .....	24
opium/belladonna.....	24	OXYTROL.....	195
opium tincture.....	114	OZEMPIC.....	48
OPSITE .....	149	<b>P</b>	
OPSUMIT .....	78	PACNEX .....	177
OPTICHAMBER.....	157	paliperidone.....	169
OPTIFAST.....	207	PALYNZIQ.....	72
OPTIMAL D3 M .....	229	PAMELOR.....	167
OPTISOURCE.....	207	PAN-C .....	225
OPTUMRX .....	133	PANCREAZE .....	119
OPURITY .....	207, 221	PANDA.....	157
OPZELURA.....	183	PANDEL .....	182
ORACIT.....	113	PANRETIN .....	61
ORALAIR .....	72	PANTETHINE.....	210
ORAMAGICRX .....	188	pantoprazole .....	119
ORAPRED ODT .....	123	PAPAVERINE-PHENTOLAMINE.....	187
ORAVIG.....	45	PAPAVERINE-PHENTOLMN-ALPROSTDLDL .....	187
ORENITRAM.....	78	PARADIGM.....	133, 146, 156
ORFADIN.....	189	paregoric.....	114
ORGOVYX .....	57	PAREMYD.....	103
ORIAHNN .....	124	paricalcitol.....	188

## Índice de medicamentos

PARLODEL .....	64	pharm choice alcohol prep pads .....	176
PARNATE.....	164	PHARM CHOICE ALCOHOL PREP PADS.....	176
paromomycin.....	52	PHASEAL .....	141
paroxetine.....	165, 190	PHEBURANE .....	114
PARVLEX.....	III	phenazopyridine .....	25
PASER .....	36	phendimetrazine.....	62
PATANASE .....	99	phenelzine.....	164
PAXIL .....	165	phenobarb/hyoscy/atropine/scop .....	116
pazopanib .....	59	phenobarbital .....	116, 172
PEDIA POLY-VITE .....	213	phenobarbital-belladonna elixr .....	116
pedia poly-vite iron .....	213	PHENOBARBITAL-BELLADONNA ELIXR .....	116
PEDIARIX .....	74	phenoxybenzamine.....	71
PEDIATRIC MASK .....	157	phentermine .....	62
PEDIATRIC MONITOR.....	133	phenylephrine.....	46, 93, 102
pediatric multivit .....	213	PHENYTEK.....	90
pediatric multivitamin.....	211, 213, 214	phenytoin .....	89, 90
PEDIATRIC PANDA MASK .....	157	PHOSLYRA .....	107
PEDIATRIC POLY-VITAMIN.....	213	PHOSPHOLINE IODIDE .....	102
PEDIATRIC POLY-VITE.....	213	PHOTREXA.....	100
PEDIATRIC TRI-VITAMIN .....	213	PHYSIOLYTE.....	173
PEDIATRIC TRI-VITE.....	213	PHYSIOSOL .....	173
PEDIA TRI-VITE.....	213	phytonadione .....	234
pedi multivit.....	211, 213	PHYTONADIONE.....	234
ped mvit .....	213	pilocarpine.....	71, 102
PEDVAXHIB .....	73	pimecrolimus.....	127
peg3350/sod sulf,bicarb,cl/kcl .....	118	pimozide.....	169
peg3350/sod sul/nacl/kcl/asb/c.....	118	pindolol.....	82
PEGASYS.....	69	pioglitazone .....	49, 50
PEMAZYRE .....	59	PIP .....	133, 138, 153
PENBRAYA.....	73	PIP GLUCOSE CONTROL SOLUTION .....	133
penciclovir.....	69	PIP LANCET .....	153
penicillamine.....	26	PIQRAY .....	59
penicillin.....	38	pirfenidone.....	189
PENTACEL .....	73, 74	piroxicam .....	27, 29
pentamidine.....	53	PISTON ENFIT .....	146
PENTASA.....	117	pitavastatin.....	84
pentazocine .....	24	PLEGRIDY .....	87
pentoxifylline.....	75	PLEXION .....	41, 175
PEPCID .....	117	PNEUMOVAX 23 .....	73
PERFECT IRON .....	III	pnv .....	160, 162
PERIDEX.....	186	pnv81 .....	160
PERIDIN-C.....	225	POCKET CHAMBER.....	157
perindopril erbumine.....	81	PODIAPN .....	218
permethrin.....	63	podofilox.....	177
perphenazine.....	166, 171	POLIBAR ACB.....	96
perphenazine/amitriptyline .....	166	polyethylene .....	192
PFIZER COVID .....	72	POLY HUB .....	141
PHARMABASE BARRIER.....	177	polymyxin b sulf/trimethoprim .....	34

## Índice de medicamentos

POLYSKIN II.....	149	PREGNYL.....	125
POLYTRIM.....	34	PREHEVBRIO.....	74
POLY-TUSSIN AC.....	93	PREMARIN.....	125
POLY-VI-FLOR.....	213, 214	PRENATA.....	160
poly-vi-sol.....	214	prenatal.....	159, 160, 161, 162, 163
POLY-VI-SOL.....	214	PRENATAL.....	159, 160, 161, 162, 163, 199, 202
POLY-VITA.....	214	prenatal71.....	162
POLY VITAMIN-IRON.....	207	PRENATE.....	162, 207
POLY-VITE.....	213	PREPIDIL.....	124
POMALYST.....	57	PRESERVISION.....	196
PONVORY.....	87	PRESSURE.....	102, 103, 138, 153
POSACONAZOLE.....	45	PRESSURE ACTIVATED LANCETS.....	153
posaconazole dr.....	45	PRESTALIA.....	79
POTABA.....	218	PRETOMANID.....	36
potassium bicarbonate/cit ac.....	113	PREVENT.....	214
potassium chloride.....	113	PREVIDENT.....	104, 105, 108
potassium citrate.....	113	PREVNAR 13.....	73
potassium iodide.....	108, 183	PREVNAR 20.....	73
potassium iodide/iodine.....	108	PREVYMIS.....	68
pramipexole.....	64	PREZISTA.....	65
PRAMOSONE.....	183	PRIFTIN.....	36
PRANDIN.....	49	PRIMACARE.....	162
prasugrel.....	64	primaquine.....	52
pravastatin.....	84	PRIMAQUINE.....	52
praziquantel.....	52	PRIMEAIRE.....	157
prazosin.....	80	primidone.....	90
PR BENZOYL PEROXIDE.....	177	PRIMSOL.....	35
PRECISIONGLIDE.....	141, 147, 148	PRIORIX.....	74
PRECISION XTRA.....	95, 133	PRISMASOL.....	113
PRECOSE.....	48	probenecid.....	29
PRED FORTE.....	101	PROCARDIA.....	77
PRED-G.....	33	PROCARE SPACER.....	157
prednicarbate.....	180, 182	PROCERV HP.....	207
prednisolone.....	33, 101, 123	PROCHAMBER.....	157
PREDNISOLONE.....	33, 101	prochlorperazine.....	115
PREDNISOLONE ACET-GATIFLO-BROM.....	33	PRO COMFORT.....	138, 153, 157, 176
PREDNISOLONE ACET-GATIFLOXACIN.....	33	PROCORT.....	120
PREDNISOLONE ACET-MOXIFLOXACIN.....	33	PROCTOCORT.....	119
PREDNISOLONE AC-MOXIFLOX-BROMF.....	33	PRODIGY.....	133, 138, 147, 153
PREDNISOLONE AC-MOXIFLOX-NEPAF.....	33	PRODIGY COUNT-A-DOSE.....	147
PREDNISOLONE PHOS-GATIFLO-BROM.....	33	PRO FE.....	111
PREDNISOLONE PHOS-GATIFLOXACIN.....	33	PROFERRIN.....	111
PREDNISOLONE PHOS-MOXIFLO-BROM.....	33	PROFOLA.....	207
PREDNISOLONE PHOS-MOXIFLOXACIN.....	33	progesterone.....	125
prednisone.....	123	PROGLYCEM.....	106
preferred plus glucose.....	106	PROGRAF.....	127
PREFEST.....	122	prolate.....	22
pregabalin.....	90, 193	PROLENSA.....	101

## Índice de medicamentos

PROMACTA .....	91	quetiapine.....	169, 170
promethazine.....	47, 93, 94, 115	QUFLORA .....	214
PROMETRIUM.....	125	QUICK RELEASE SOFT TEFLON .....	133
propafenone .....	76	quinapril.....	79, 80, 81
propracaine .....	101	quinapril/hydrochlorothiazide .....	79
propranolol .....	82, 83	QUIN B STRONG .....	218
propylthiouracil.....	184	QUINCE SPINAL .....	141
PROQUAD .....	74	quinidine .....	76
PRORENAL.....	207, 218	quinine.....	52
PROSCAR.....	194	QUINTABS.....	207
PROSTIN E2.....	124	QULIPTA.....	20
PROTECT .....	104, 112, 207, 218	QUVIVIQ .....	172
PROTECT IRON .....	112, 207	QVAR REDHALER.....	32
PROTHELIAL .....	188	<b>R</b>	
PROTOPIC .....	127	ra.....	106, 112, 162, 176, 192, 197, 207, 210, 214, 218, 221, 223, 225, 229, 232
protriptyline .....	167	ra alcohol swabs.....	176
PROVERA.....	92, 125	ra balanced.....	218
PROVIDA OB.....	162	rabeprazole .....	119
PROVOCHOLINE .....	95	RADICAVA ORS.....	86
pseudoephed/codeine/guaifen .....	94	RADIOGARDASE .....	190
PSV SET .....	156	ra glucose.....	106
pub glucose.....	106	RAGWITEK .....	72
PULMOZYME.....	186	ra high potency iron .....	112
PURE .....	138, 153, 157, 176	RA HIGH POTENCY IRON.....	112
PURE COMFORT .....	153, 157, 176	ra iron.....	112
PUREFE .....	207	ra isopropyl alcohol 70%.....	192
PURIXAN .....	56	RA ISOPROPYL ALCOHOL 70% WIPES .....	176
PUSH.....	138, 153	ra isopropyl alcohol 91%.....	192
PUSH BUTTON .....	153	raloxifene.....	193
pyrazinamide.....	36	ramelteon.....	172
pyridostigmine.....	70	RA MEN'S.....	207
PYRIDOSTIGMINE.....	70	ramipril.....	80, 81
pyridoxine.....	203, 223	RA NIACIN .....	210
PYRIDOXINE.....	223	ranitidine.....	117
pyrimethamine.....	52	ranolazine.....	76
PYRUKYND .....	74, 75	ra one daily prenatal dha pack .....	162
<b>Q</b>		RAPAMUNE.....	127
qc.....	162, 176, 192, 229	RAPID B-12 ENERGY .....	222
qc alcohol 70% swabs.....	176	ra prenatal tablet .....	162
qc prenatal tablet .....	162	rasagiline .....	63, 64
QSYMIA.....	62	RASUVO.....	26
Q-SYTE.....	156	RAVICTI .....	114
QUADRACEL DTAP-IPV .....	74	ra vit.....	221, 225
QUALAQUIN.....	52	RA VIT .....	221
QUDEXY .....	90	ra vitamin.....	214, 221, 225, 229, 232
QUELBREE .....	168	ra vitamin a.....	214
QUERCETIN .....	197	RA VITAMIN C .....	225
QUESTRAN .....	85		

## Índice de medicamentos

RAYALDEE .....	188	REYVOW .....	20
RAYA SURE .....	141	REZUROCK .....	194
RAYOS .....	123	RHOFADE .....	178
RAZADYNE .....	70	ribasphere .....	69
READI-CAT 2 .....	96	ribavirin .....	69
READYLANCE .....	138, 153	riboflavin .....	223
REBIF .....	87, 88	RIBOFLAVIN .....	223
RECOMBIVAX HB .....	74	RIBOZEL .....	218
RECOTHROM .....	75	RIDAURA .....	26
RECTIV .....	118	rifabutin .....	36
REFUAH .....	133	rifampin .....	36
REGLAN .....	118	RIGHTEST .....	133, 138, 153
REGRANEX .....	176	RILUTEK .....	86
REGULAR BEVEL .....	142	riluzole .....	86
RELAFEN .....	29	rimantadine .....	68
RELAGARD .....	51	RIMSO-50 .....	25
RELENZA .....	68	ringer's solution .....	173
RELEXII .....	168	RINVOQ .....	26
RELIAMED .....	133, 138, 153	RIOMET .....	48
RELION .....	106, 138, 153, 176	risedronate .....	193
reli-on glucose .....	106	RISPERDAL .....	170
relion glucose .....	106	risperidone .....	170
RELION GLUCOSE .....	106	RITEFLO .....	157
RELISTOR .....	43	ritonavir .....	67
REMEDIENT .....	207	rivastigmine .....	70
REMERON .....	163	rizatriptan .....	20
RENACIDIN .....	113	R-NATAL .....	162
RENAL VITAMIN .....	218	ROBINUL .....	114
RENAL-VITE .....	218	ROCALTROL .....	229
RENAPLEX .....	218	roflumilast .....	32
REVELA .....	107	ropinirole .....	64
repaglinide .....	49	rosadan .....	178
REPATHA .....	83, 84	ROSADAN .....	178
REPLACEMENT .....	74, 108, 109, 110, 111, 112	rosula .....	41
REPLACEMENT PEDIATRIC MONITOR .....	133	ROSULA .....	41
REPLESTA .....	229	ROSZET .....	83
REQ49+ .....	198	ROTARIX .....	72
RESPA A.R. .....	93	ROTATEQ .....	72
RESTASIS .....	104	ROWASA .....	117
RESTORIL .....	172	ROXICODONE .....	24
RETEVMO .....	59	ROXIFOL .....	229
RETIN-A .....	184	ROZLYTREK .....	59
RETROVIR .....	66	RUBRACA .....	59
REVATIO .....	78	rufinamide .....	90
REVESTA .....	229	rutin .....	197
REVLIMID .....	57	RUZURGI .....	88
REXULTI .....	171	RYALTRIS .....	99
REYATAZ .....	67	RYBELSUS .....	48

## Índice de medicamentos

RYCLORA.....	47	sevoflurane.....	25
RYDAPT.....	59	SEYSARA.....	40
RYTARY.....	64	SFROWASA.....	117
RYTHMOL.....	76	SHINGRIX.....	74
RYVENT.....	47	SHORT BEVEL.....	142
<b>S</b>		SIDEROL.....	112
SAFE-CLIP.....	133	SIDESTREAM.....	157
SAFESNAP.....	147	SIGNIFOR.....	125
SAFETY.. I35, I36, I37, I38, I39, I40, I43, I46, I47, I48, I51, I52, I53, I54, I55		SILATRIX.....	188
SAFETYGLIDE.....	142, 143, 147	sildenafil.....	78, 187
SAFETY LANCETS.....	151, 153, 154	SILENOR.....	172
SAFETY-LET.....	154	SILHOUETTE.....	132, 134, 156
SAFETY-LOK.....	147	SILICONE MASK.....	157
SAFETY SEAL LANCETS.....	152, 153, 154	silodosin.....	194
SAFETY SYRINGE.....	146, 147, 148	SIL-SERTER.....	134
SALAGEN.....	71	SILVADENE.....	42
SALIVAMAX.....	188	silver sulfadiazine.....	42
salsalate.....	26	SIMBRINZA.....	102
SANCUSO.....	115	SIMILAC PRENATAL.....	162
SANDIMMUNE.....	127	SIMPONI.....	54
SANTYL.....	183	simvastatin.....	83, 84
sapropterin.....	191	SIMVASTATIN.....	84
SAPS ALCOHOL 70% PREP PADS.....	176	SINEMET.....	64
SAVELLA.....	193	SINGLE-LET.....	138, 154
saxagliptin.....	49	SINGLE USE SWAB.....	176
saxagliptin-metformin.....	49	sirolimus.....	127, 128
saxagliptin-metformn.....	49	SIRTURO.....	36
saxagliptn-metform.....	49	SITZMARKS.....	96
SAXENDA.....	62	SKLICE.....	63
SCALACORT.....	182	SKYLA.....	93
SCEMBLIX.....	59	SKYRIZI.....	126, 173
SCOOBY-DOO ONE A DAY.....	214	SLIP-TIP.....	147
scopolamine.....	115	slo-niacin.....	210
secobarbital.....	172	SLO-NIACIN.....	210
SECUADO.....	170	SLOW FE.....	112
SEEBRI.....	30	slow release iron.....	108, 110, 112
SEGLUROMET.....	50	SLOW RELEASE IRON.....	108, 112
SELECT-OB.....	162	sm.....	106, 112, 162, 176, 192, 198, 207, 218, 222, 223, 225, 230
selegiline.....	64	SM ALCOHOL 70% PREP PADS.....	176
selenium.....	175	sm alcohol prep pads.....	176
SELRX.....	175	SMART.....	136, 138, 152, 154
SELZENTRY.....	65, 66	SMARTDIABETES VANTAGE.....	134
SEMGLEE.....	51	SMARTEST.....	134, 138, 154
SEN-SERTER.....	133	smart sense.....	106
SEROSTIM.....	124	SMART SENSE.....	154
sertraline.....	165	SM BIOTIN.....	218
sevelamer.....	107	sm iron.....	112
		sm isopropyl alcohol 70%.....	192

## Índice de medicamentos

sm isopropyl alcohol 91%.....	192	SOVUNA.....	52
SM ISOPROPYL ALCOHOL 91%.....	192	SPACE CHAMBER.....	157, 158
sm prenatal vitamins tablet.....	162	SPAN C.....	225
SM SLOW RELEASE IRON 45 MG TAB.....	112	SPECIALTY USE NEEDLES.....	142
sm vitamin.....	222, 225, 230	SPECTRACEF.....	37
sodium chloride.....	118, 173, 190	SPECTRAVITE.....	198, 207
sodium chloride/nahco3/kcl/peg.....	118	SPIKEVAX COVID.....	72
SODIUM CITRATE.....	42, 43	spinosad.....	63
sodium ferric gluconat/sucrose.....	109, 112	SPIRIVA HANDIHALER.....	29
sodium fluoride.....	105, 108, 113	SPIRIVA RESPIMAT.....	29
SODIUM IODIDE I-123.....	186	spironolact/hydrochlorothiazid.....	98
SODIUM OXYBATE.....	171	spironolactone.....	98
sodium phenylbutyrate.....	114	SPORANOX.....	45
sodium polystyrene sulfonate.....	107	SPRITAM.....	90
sodium polystyrene sulfon/sorb.....	107	SPRIX.....	20
sodium, potassium, mag sulfates.....	118	SPRYCEL.....	59
sodium sulfacetamide.....	175	SSKI.....	108
SODIUM SULFACETAMIDE 10% WASH.....	175	STALEVO.....	64
sod,pot chlor/mag/sod,pot phos.....	173	stavudine.....	66
sod sulfac-sulf.....	42	STEGLATRO.....	50
sod sulfac-sulfur.....	42	STELARA.....	126
sod sulfacetam 10% clnsng gel.....	175	STENDRA.....	187
sod sulfacetamide 9.8% shampoo.....	175	STERILANCE.....	138, 154
sod sulfacetamide 10% shampoo.....	175	STERILANCE TL.....	154
sod sulfacet-sulfr.....	42	STERILE.....	138, 147, 154
sod sulfacet-sulfur.....	42	STERILE LANCETS.....	154
sod sulfac-sulfur.....	42	STIOLTO RESPIMAT.....	30
SOF-SERTER.....	134	STIVARGA.....	59
SOF-SET.....	134	STRENSIQ.....	190
SOFT.....	133, 138, 154	STRESS B-COMPLEX.....	207
SOFT TOUCH.....	154	stress-c.....	208
SOHONOS.....	191, 264	stress formula.....	203, 204, 207, 208, 218
solifenacin.....	195	STRESS FORMULA.....	208
SOLQUA.....	48	STRIVERDI.....	30
SOLO.....	207	STROMECTOL.....	52
SOLODYN.....	40	STROVITE.....	208
SOLOSEC.....	34	STUART ONE.....	162
SOLTAMOX.....	61	SUCRAID.....	117
SOLUS.....	134, 138, 154	sucralfate.....	115
SOLUS V2.....	134, 154	SULAR.....	77
SOLUVITA-E.....	232	sulfacetamide.....	33, 42, 174, 175
SOMA.....	159	sulfadiazine.....	34, 42
SOMAVERT.....	188	sulfamethoxazole/trimethoprim.....	34
SOOLANTRA.....	178	SULFAMILYLON.....	42
sorafenib tosylate.....	59	sulfasalazine.....	117
SORBITOL.....	173	sulindac.....	29
sotalol.....	82	SUMADAN.....	42
SOTYLIZE.....	82	sumatriptan.....	20



## Índice de medicamentos

SUMAXIN.....	42	SV VIT B .....	222
sunitinib malate.....	59	sv vit c.....	225
SUNLENCA .....	65	SYMAX DUOTAB.....	116
SUNOSI.....	171	SYMBICORT .....	31
super .....	207, 216, 218, 219, 264	SYMBYAX.....	171
SUPER.....	137, 138, 152, 154, 208, 227, 230	SYMDEKO .....	185
super b complex-vit c.....	219	SYMFI.....	67
SUPER DAILY D3.....	227, 230	SYMJEPI.....	70
SUPER GINSENG.....	208	SYMLINPEN.....	48
super quints .....	219	SYMPAZAN .....	88
SUPER THIN LANCETS.....	152, 154	SYMPROIC.....	43
SUPOR .....	147	SYMTUZA.....	65
SUPPORT-500.....	208	SYNALAR.....	40, 182
SUPRANE.....	25	SYNAREL.....	124
SUPRAX .....	37	SYNDROS.....	114
SURE.....	132, 134, 138, 139, 141, 154, 156, 176	SYNERA .....	25
SURE COMFORT .....	134, 154, 176	SYNJARDY.....	50
SUREFLEX.....	134, 153	SYPRINE.....	190
SURE-LANCE .....	154	SYRINGE I9, 32, 53, 54, 72, 75, 84, 87, 106, 126, 142, 143, 144, 145, 146, 147, 148, 149, 173, 214	
SURE-PEN .....	134	SYRINGE AVITENE .....	75
SURE-PREP ALCOHOL PREP PADS .....	176	SYRINGE BULK .....	147
SURESITE.....	149	SYRINGE CATHETER .....	147
SURE-T .....	156	SYRINGE FILTER.....	147
SURE-TEST EASYPLUS.....	134	SYRINGE SLIP TIP .....	147
SURE-TOUCH.....	154	SYRINGE STORAGE BIN.....	147
SURFAXIN .....	185	SYRINGE TIP CAP .....	147
SURGICEL.....	75	SYRINGE WITH NEEDLE DISP.....	147
surgifoam.....	75	SYRINGE WITHOUT NEEDLE .....	147
SURGIFOAM .....	75	<b>T</b>	
SURGISEAL .....	178	T:30 .....	134
SURMONTIL .....	167	T:90.....	134
SURVANTA .....	185	tab-a-vite.....	208
SUSTIVA.....	66	TAB-A-VITE .....	208
SUTENT.....	59	TABLOID .....	56
sv.....	112, 162, 198, 210, 219, 222, 223, 225, 226, 230, 232, 233	TABRECTA .....	59
sv b-12.....	222	TACHOSIL.....	75
sv biotin .....	219	TACLONEX.....	183
SV BIOTIN.....	219	tacrolimus.....	127, 128
SV COD LIVER OIL.....	214	tadalafil.....	78, 187
sv folic acid.....	198	TAFINLAR .....	56
SV HAIR, SKIN AND NAILS .....	208	TAGITOL.....	96
sv iron .....	112	TAGRISSO.....	60
sv niacin.....	210	TAKHZYRO.....	72
sv prenatal tablet.....	162	TALICIA .....	116
SV PRENATAL VITAMINS TABLET .....	162	TALTZ .....	173
SV SLOW RELEASE IRON 45 MG TAB.....	112	TALZENNA.....	60
sv vitamin.....	222, 225, 226, 230, 232, 233	TAMIFLU .....	68
sv vitamin b-12.....	222	tamoxifen.....	61
sv vitamin c .....	225, 226		



## Índice de medicamentos

tamsulosin .....	194	TERUMO SYRINGE.....	148
TANDEM DUAL ACTION.....	112	testosterone.....	120, 121
TANDEM PLUS.....	112	TESTOSTERONE.....	120, 121
TAPAZOLE .....	184	TESTRED.....	121
TAPERDEX.....	123	tetrabenazine.....	86
TARCEVA.....	60	tetracaine.....	101
TARGADOX.....	40	TETRACAINE.....	101
TARGRETIN .....	61	tetracycline.....	40, 266
TARPEYO.....	123	TETRAVISC.....	101
TASIGNA.....	60	TEXACORT.....	182
TASMAR.....	64	TEZSPIRE.....	186
tavaborole.....	46	T:FLEX.....	134
TAVALISSE.....	186	THALOMID.....	35, 36
tazarotene.....	175	THEO-24.....	32
TAZVERIK.....	57	theophylline anhydrous.....	32
TB SYRINGE.....	146, 147, 148	thera-d.....	230
TC.....	32, 95	THERA-D.....	230
TDVAX.....	74	THERAGRAN.....	208
TECHLITE.....	139, 154	thera-m.....	208
TEGADERM.....	149, 150	THERA-M.....	208
TEGLUTIK.....	86	THERAMILL FORTE.....	208
TEGRETOL.....	90	THERANATAL.....	162, 208
TEGSEDI.....	189	THEREMS-H.....	208
TEKTRNA HCT.....	83	thiamine.....	220
TELCARE.....	134, 139, 154	THIAMINE.....	220
TELCARE CONTROL SOLUTION.....	134	THIN.....	96, 136, 137, 138, 139, 142, 150, 152, 153, 154, 155
TELCARE ULTRA THIN.....	154	THIN LANCETS.....	152, 153, 154
telmisartan.....	80, 81	THIN WALL NEEDLES.....	142
telmisartan/amlodipine.....	80	THIOLA EC.....	194
telmisartan/hydrochlorothiazid.....	80	thioridazine.....	171
temazepam.....	172	thiothixene.....	171
TEMIXYS.....	65	THRIVITE.....	162
TEMODAR.....	55	THROMBI-GEL.....	75
TEMOVATE.....	182	THROMBIN.....	43
temozolomide.....	55	THROMBIN-JMI.....	75
TENIVAC.....	74	THROMBI-PAD.....	75
tenofovir.....	66, 67	thyroid,pork.....	185
TENORETIC.....	83	tiagabine.....	89, 90
TENORMIN.....	82	TIAZAC.....	77
terazosin.....	80	TIBSOVO.....	61
terbinafine.....	45	TIGAN.....	115
terbutaline.....	29	TIGLUTIK.....	86
terconazole.....	44	timolol.....	82, 102, 103
teriparatide.....	192	TIMOLOL-BRIMONIDIN-DORZOLAMIDE.....	103
TERIPARATIDE.....	192	TIMOLOL-BRIMONI-DORZOL-LATANOP.....	103
TERSI FOAM.....	175	TIMOLOL-DORZOLAMIDE.....	103
TERUMO.....	142, 148	TIMOLOL-LATANOPROST.....	103
TERUMO SURGUARD2.....	142, 148	TIMOPTIC.....	103

## Índice de medicamentos

tinidazole.....	51	triazolam.....	172
tiopronin.....	194	TRICARE.....	162
TISSEEL VHSD.....	178	trichloroacetic acid.....	178
TIVICAY.....	67	TRICHLOROACETIC ACID.....	178, 179
tizanidine.....	159	triderm.....	182
TL-HEM 150.....	112	TRIDESILON.....	182
TOBAKIENT.....	208	trientine.....	190
TOBI PODHALER.....	35	TRIFERIC.....	112
TOBRADEX.....	33	trifluoperazine.....	171
tobramycin.....	33, 34, 35	trifluridine.....	68
tobramycin/dexamethasone.....	33	trihexyphenidyl.....	63
TOBRAMYCIN PAK.....	35	TRIJARDY.....	50
TOBREX.....	34	TRILIPIX.....	85
TOFRANIL.....	167	trimethobenzamide.....	115
TOLAK.....	61	trimethoprim.....	34, 35
tolcapone.....	64	trimipramine.....	167
tolmetin.....	29	TRI-MIX.....	187
tolterodine.....	195	TRIMO-SAN.....	51
tolvaptan.....	97	TRIMPEX.....	35
TOOMEY SYRINGE.....	148	TRINAZ.....	163
TOPCARE.....	139, 154	TRINTELLIX.....	166
TOPICORT.....	182	TRISODIUM CITRATE CRRT.....	43
topiramate.....	90, 91	TRISTART.....	162
toremifene.....	61	TRIUMEQ.....	65
toremide.....	98	TRI-VI-FLOR.....	214
TOSYMRA.....	20	TRI-VI-SOL.....	214
TOUJEO.....	51	TRIZIVIR.....	65
TOXICOLOGY SALIVA COLLECTION.....	95	TROKENDI.....	91
TRACLEER.....	78	TRONVITE.....	219
tramadol.....	22, 24, 267	TROPICAL LIQUID.....	214
trandolapril.....	79, 81	tropicamide.....	103
trandolapril/verapamil.....	79	TROPICAMIDE-CYCLOPENTOLATE-PE.....	103
tranexamic.....	74	TROPICAMIDE-CYCLOPENT-PE-KTRLC.....	103
TRANSFER.....	67, 141, 142	TROPICAMIDE-PHENYLEPHRINE.....	103
TRANSPARENT.....	150	TROPIC-CYCLOPENT-PE-KTRLC-PROP.....	103
tranylcypromine.....	164	trospium.....	195
travoprost.....	103	TRUDHESA.....	20
trazodone.....	165	true.....	198, 222, 223, 226, 230, 233
TRECTOR.....	36	TRUE.....	134, 139, 154, 176, 208, 224, 230, 233
TRELEGY ELLIPTA.....	31	TRUE COMFORT.....	154, 176
TREMFYA.....	173	TRUECONTROL.....	134
TRESIBA.....	51	TRUEDRAW.....	134
tretinoin.....	61, 174, 175, 184	TRUE METRIX.....	134
TRETIN-X.....	184	TRUEPLUS.....	97, 106, 107, 139, 154, 208
TREXALL.....	56	TRUEPLUS GLUCOSE.....	106, 107
TREZIX.....	22	TRUEPLUS KETONE TEST STRIP.....	97
triamcinolone.....	181, 182, 186, 187	T.R.U.E. TEST.....	189
triamterene.....	98, 99	TRULANCE.....	118
triamterene/hydrochlorothiazid.....	98, 99	TRULICITY.....	48

## Índice de medicamentos

TRUMENBA .....	73	ULTRA THIN .....	152, 154
TRUSOPT .....	103	ULTRA-THIN II .....	155
TRUSTEEL INFUSION SET .....	134	ULTRA THIN PLUS .....	154
T:SLIM .....	134	ULTRATLC .....	139, 155
TUBERCULIN SYRINGE .....	145, 146, 147, 148	ULTRATRAK CONTROL .....	134
TUKYSA .....	60	ULTRATRAK ULTIMATE .....	134
TULIVITE .....	112	ULTRAVATE X .....	182
TURALIO .....	60	UNILET .....	135, 137, 139, 150, 152, 155
TUSSICAPS .....	94	UNISTIK .....	134, 136, 139, 140, 152, 155
TUXARIN .....	94	UNISTRIP .....	134
TUZISTRA .....	94	UNIVERSAL .....	136, 140, 148, 152, 155
TWINPAK DUAL CANNULA .....	148	UNIVERSAL I .....	155
TWINRIX .....	74	UNIVERSAL SYRINGE .....	148
TWIST .....	135, 136, 138, 139, 151, 152, 153, 154, 178	UPTRAVI .....	78, 79
TWYNEO .....	175	upup .....	107
TYBOST .....	185	URECHOLINE .....	71
TYKERB .....	60	URELLE .....	35
TYMLOS .....	126	URIBEL .....	35
TYRVAYA .....	188	URISTIX .....	97
TYVASO .....	78	UROCIT-K .....	113
<b>U</b>		UROQID-ACID .....	113
UBRELVY .....	20	URSO .....	116
UCERIS .....	120, 123	ursodiol .....	116
UDAMIN SP .....	208	UTIBRON .....	30
ULESFIA .....	63	<b>V</b>	
ULTANE .....	25	valacyclovir .....	68
ULTICARE LDS SYR .....	148	VALCHLOR .....	61
ULTICARE SAFETY SYRINGE .....	148	VALCYTE .....	68
ULTICARE SYRINGE .....	148	valganciclovir .....	68
ULTICARE TB SAFETY .....	148	valproic .....	91
ULTIGUARD SAFE .....	148	valsartan .....	80, 81
ULTIGUARD SAFEPACK .....	148	valsartan/hydrochlorothiazide .....	80
ULTI-LANCE .....	134	VALTOCO .....	88
ULTILET .....	139, 154, 176	VANOCOCIN .....	40
ULTRA . 95, 133, 137, 139, 142, 151, 152, 154, 155, 163, 199, 200, 207, 208, 217, 219		vancomycin .....	40
ultra b-100 .....	219	VANILLA SILQ .....	96
ULTRA B-100 COMPLEX .....	219	VANISHPOINT .....	148, 149
ULTRA-CARE .....	155	VANOXIDE-HC .....	177
ULTRA-FINE MICRO .....	142	vardenafil .....	187
ULTRA-FINE MINI .....	142	varenicline .....	184
ULTRA-FINE NANO .....	142	VARIBAR .....	96
ULTRA-FINE ORIGINAL .....	142	VARISOFT .....	134
ULTRA-FINE SHORT .....	142	VARIVAX VACCINE .....	74
ULTRAFOAM .....	75	VARUBI .....	115
ULTRA FREEDA .....	208	VASCEPA .....	113
ULTRALANCE .....	139, 155	VASCULERA .....	197
ULTRA PRENATAL PLUS DHA .....	163	VASERETIC .....	79
		VASOFLEX .....	197

## Índice de medicamentos

VASOTEC.....	81	VITABEX .....	112, 208
VAXELIS.....	74	VITAFOL .....	112, 163
VAXNEUVANCE .....	73	VITAJOY .....	208, 219, 226
VB6 P5P .....	224	VITAL-D .....	219
VB7 MAX .....	219	VITAMEDMD .....	163
VECAMYL .....	81	VITAMIN.....	105, 112, 113, 159, 160, 161, 162, 163, 183, 184, 188, 193, 198, 199, 201, 204, 207, 208, 209, 210, 211, 212, 213, 214, 215, 216, 217, 218, 219, 220, 221, 222, 223, 224, 225, 226, 227, 228, 229, 230, 231, 232, 233, 234
VECTICAL .....	175	vitamin a .....	214, 215
VELPHORO .....	107	VITAMIN A .....	183, 184, 214, 215
VELTASSA.....	107	vitamin b-12.....	218, 221, 222, 223
VEMLIDY.....	69	vitamin b12.....	221, 222, 223
VENALIV.....	197	VITAMIN B-12.....	221, 222, 223
VENCLEXTA .....	60	VITAMIN B12..	220, 221, 222, 223, 225, 226, 227, 228, 229, 230, 231, 232, 233, 234
venlafaxine.....	166, 269	vitamin b complex .....	208, 215, 219
VENOFER .....	112	vitamin b-complex .....	219
VENTAVIS .....	79	vitamin c .....	199, 208, 215, 219, 224, 225, 226, 227
VEO INSULIN SYRINGE .....	149	VITAMIN C .....	215, 216, 224, 225, 226, 227
VEOZAH .....	190	vitamin d2.....	228, 230
verapamil.....	76, 77, 79	VITAMIN D2 .....	230
VERELAN.....	77	vitamin d3.....	105, 227, 228, 229, 230, 231, 232
VERIFINE.....	140	VITAMIN D3.....	208, 227, 228, 229, 231
VERQUVO.....	77	VITAMIN D3-ALOE.....	208
VERSACLOZ.....	170	vitamin e.....	232, 233
VERTIGOHEEL.....	190	VITAMIN E.....	232, 233
VERZENIO.....	60	VITAMIN K.....	234
VEVYE.....	104	VITAMIN K2 .....	234
VFEND .....	45	vitamins a and d .....	208
V-GO.....	134	VITAMINS A D .....	215
VIAGRA .....	187	VITAMINS A-D-E .....	208
VIBERZI.....	117	VITAPEARL.....	163
VIBRAMYCIN.....	40	VITA-RESPA.....	219
vigabatrin .....	91	VITASURE.....	219
VIGADRONE.....	91	VITATRUE .....	163
VIGAMOX .....	34	vit a/vit c/vit e/zinc/copper .....	196
VIJOICE .....	186	vit b.....	217, 219, 221
VIOKACE .....	119	VIT B-12.....	202, 221, 222
VIRACEPT .....	67	vit b12/levomefolate/vit b6/b2 .....	216, 219
VIRAMUNE.....	66	vit c-rose hip .....	224, 225, 226
VIREAD .....	66, 67	vit c-rose hips .....	224, 225, 226
VIRT-CAPS .....	219	VIT C-ROSE HIPS.....	226
virt-fefa plus .....	112	vit d3.....	214, 227, 229, 230
VIRT-FEFA PLUS .....	112	VIT D3 5,000 UNIT FAST DISSOLV .....	230
VISION FORMULA .....	195, 196	VITRAKVI.....	60
VISION PLUS.....	198	VITREXYL.....	208, 209
VISTA ADVANCED AREDS2.....	196	VITRON-C .....	112
VISTARIL.....	47	VITRUM 50 .....	209
VISTOGARD.....	186		
vit a.....	196, 214		
VITA-BEE.....	219		

## Índice de medicamentos

vits a,c,e/lutein/minerals.....	196	XARELTO .....	43
VIVAGUARD.....	135, 140, 155	XCELLENT .....	227, 233
VIVJOA .....	45	XCELLENT C.....	227
VIZIMPRO .....	60	XCOPRI .....	91
VOGELXO.....	121	XDEMVY .....	62
VOLUMEN.....	96	XELJANZ .....	27
VONJO .....	60	XELODA .....	56
voriconazole .....	45	XENICAL .....	62
VORTEX.....	158	XENLETA .....	38
VOSEVI.....	69	XENON XE-133.....	96
VOTRIENT.....	60	XEPI .....	41
VOXZOGO .....	190	XERMELO .....	114
VP-PNV-DHA.....	163	XHANCE.....	99
v-r alcohol prep pads.....	176	XIFAXAN .....	38
VRAYLAR.....	170	XIGDUO.....	50
VRAYLAR 1.5 MG CAPSULE.....	170	XIIDRA .....	104
v-r cod liver oil capsule .....	232	XOFLUZA .....	68
v-r vitamin c .....	227	XOLAIR.....	32
VTAMA.....	175	XOPENEX.....	30
VUMERITY.....	88	XOSPATA .....	60
VYLEESI.....	169	XTANDI.....	55
VYNDAMAX .....	191	XURIDEN.....	107
VYNDAQEL.....	191	XVITE.....	219
VYVANSE.....	167	XYOSTED .....	121
VYZULTA.....	103	XYREM.....	172
<b>W</b>		XYWAV.....	172
WAKIX .....	91	XYZBAC.....	209
water .....	173	<b>Y</b>	
WAVESENSE .....	135	YALE.....	142
WEBCOL .....	176	YAZ.....	92
WEGOVI.....	62	YUPELRI.....	29
WELIREG .....	60	<b>Z</b>	
WELLESSE.....	209	zafirlukast.....	32
WEST-VITE.....	219	zaleplon.....	172, 173
WHEAT GERM .....	233	ZANAFLEX.....	159
WINDOW BANDAGES.....	150	ZARONTIN .....	91
WOMEN 50 PLUS MULTIVIT ADVANCE.....	209	ZCORT .....	123
WOMEN'S 50.....	199, 206, 209	ZEJULA .....	60
women's daily .....	209	ZELBORAF.....	56
WOMEN'S DAILY .....	209	ZELDANA .....	219
WOMENS DAILY GUMMIES .....	209	ZEMBRACE SYMTOUCH.....	20
WOMEN'S MULTIVITAMIN .....	206, 209	ZEMPLAR.....	188
WOMEN'S PRENATAL PLUS DHA.....	163	ZENPEP .....	119
WYNZORA.....	183	zenzedi.....	71
<b>X</b>		ZENZEDI.....	71
XACIATO .....	40	ZEPATIER .....	69
XALKORI.....	60	ZEPOSIA .....	88
XAQUIL.....	198	ZESTORETIC.....	79

## Índice de medicamentos

ZESTRIL .....	81	zonisamide .....	91
ZIAC .....	83	ZONTIVITY.....	64
ZIAGEN.....	66	ZOO FRIENDS.....	214
ZIANA .....	175	ZORBTIVE.....	124
zidovudine .....	65, 66	ZORTRESS.....	128
ZIEXTENZO.....	91	ZORYVE .....	175, 178, 271
zileuton .....	29	ZOVIRAX .....	68, 69
zinc oxide .....	177	ZTALMY.....	171
ZINC OXIDE PASTE .....	177	ZTLIDO.....	25
ZINC PLUS.....	227	ZUBSOLV.....	194
ziprasidone.....	169, 170	ZUPLENZ.....	115
ZIRGAN.....	68	ZURZUVAE.....	164
ZITHROMAX.....	37	ZYDELIG.....	60
ZODRYL AC.....	94	ZYFLO.....	29
ZODRYL DAC .....	93	ZYKADIA.....	60
ZODRYL DEC.....	94	ZYLOPRIM .....	26
ZOKINVY .....	186	ZYMAXID .....	34
ZOLINZA .....	54	ZYPITAMAG .....	84
zolmitriptan .....	20	ZYPREXA.....	170
zolpidem.....	173	ZYVANA .....	209
ZOMIG.....	20	ZYVIT.....	209
ZONALON.....	174	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).