

# 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

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

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.  
975751SP 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       | 11     |
| · Acerca de esta Lista de medicamentos       | 13     |
| · Cómo leer esta Lista de medicamentos       | 13     |
| · Cómo encontrar su medicamento              | 16     |
| Lista de medicamentos con receta             | 19     |
| Exclusiones y limitaciones de la cobertura   | 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® o myCigna.com®.** Haga clic en la pestaña *Prescriptions* (Recetas) y seleccione *Price a Medication* (Conozca los precios de los medicamentos) del menú desplegable. Luego escriba el nombre de su medicamento.
- **Cigna.com/druglist.** Seleccione **National Preferred 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

## Información sobre esta Lista de medicamentos

### Preguntas frecuentes (cont.)

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.

#### P. ¿Qué tipos de medicamentos generalmente necesitan aprobación?

R. Medicamentos que:

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

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

R. Medicamentos que:

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

#### P. ¿Qué tipos de medicamentos requieren tratamiento escalonado?

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

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

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

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

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

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

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

## Información sobre esta Lista de medicamentos

### Preguntas frecuentes (cont.)

ni excluir la cobertura para ese medicamento si su médico se lo sigue recetando para tratar su condición (siempre y cuando el medicamento se recete adecuadamente y sea seguro y eficaz para tratar su condición).

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

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

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

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

- **Para las solicitudes no urgentes**, Cigna Healthcare les informará la decisión a usted y a su médico dentro de las 72 horas. Si se aprueba, la cobertura se proporcionará hasta que se extinga la receta (incluidas las renovaciones).

- **Para las solicitudes urgentes basadas en circunstancias apremiantes**, Cigna Healthcare les informará la decisión a usted y a su médico dentro de las 24 horas. Si se aprueba, la cobertura se proporcionará mientras duren las circunstancias apremiantes. **Es importante saber que cuando se aprueban los medicamentos, la cobertura suele ser por un año.** Si su medicamento se aprueba por menos tiempo, esto se debe a que hay un motivo clínico basado en los requisitos de cobertura de Cigna Healthcare para el medicamento y/o el médico revisor.

**P. Recientemente eliminaron mi medicamento de la Lista de medicamentos. Mi médico quiere que lo siga tomando de todos modos. ¿Qué debo hacer para que esté cubierto?**

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

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

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

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

## Información sobre esta Lista de medicamentos

### Preguntas frecuentes (cont.)

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.

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

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

receta recetado conforme a un tratamiento escalonado impuesto por la póliza anterior. Una nueva póliza además debe permitirle a un proveedor que emite recetas recetar otro medicamento cubierto por la nueva póliza que sea médicamente apropiado para la persona asegurada.

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

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

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

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

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

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

**R.** Sí.

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

**R.** Nosotros revisamos todos los medicamentos y productos recientemente aprobados para determinar si deberían estar cubiertos y, en ese caso, con qué costo compartido (en qué nivel). Desde la fecha de aprobación de la FDA, la decisión puede demorar hasta seis meses. Esto incluye, a modo de ejemplo, medicamentos, suministros médicos y/o dispositivos cubiertos por los beneficios de farmacia

## Información sobre esta Lista de medicamentos

### Preguntas frecuentes (cont.)

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 nutricional prenatal y derrame cerebral.

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

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

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

**R.** Cuando usted y su médico estén evaluando el medicamento correcto para su tratamiento, saber cuánto cuesta, qué alternativas de menor costo están disponibles y qué farmacias ofrecen los mejores precios puede ayudarle a evitar sorpresas. Inicie

sesión en la **aplicación myCigna** o en **myCigna.com** y use la herramienta *Price a Medication* (Conozca los precios de los medicamentos) para saber cuánto cuesta su medicamento antes de ir a la farmacia o incluso antes de irse del consultorio de su médico.<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

## Información sobre esta Lista de medicamentos

### Preguntas frecuentes (cont.)

de vencimiento. Los medicamentos genéricos pueden tener un aspecto distinto al de sus versiones de marca, pero son igual de seguros y eficaces.

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

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

**R.** Depende. Algunos planes solo permiten despachar los medicamentos en determinadas farmacias de la red o a través del servicio de entrega a domicilio. Inicie sesión en la aplicación myCigna o en myCigna.com, o consulte los materiales de su plan, para obtener más información sobre las farmacias que pertenecen a la red de su plan.

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

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

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

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

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

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

#### **P. ¿Me pueden despachar mis recetas por correo?**

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

### Express Scripts® Pharmacy para medicamentos de mantenimiento

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

- Es muy fácil pedir, administrar, hacer el seguimiento y pagar sus medicamentos en su teléfono o en Internet
- Envío estándar sin costo adicional<sup>5</sup>
- Renovaciones automáticas o recordatorios de renovaciones
- Suministro máximo para 90 días de una vez<sup>6</sup>
- Amables farmacéuticos las 24 horas, los 7 días de la semana
- Opciones de pago flexibles

#### Estas son tres maneras sencillas de comenzar.

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

### Accredo para medicamentos de especialidad

Si está tomando un medicamento de especialidad para tratar una condición médica compleja, el equipo de enfermeras y farmacéuticos capacitados en medicamentos de especialidad de Accredo puede ayudarle. Ellos le despacharán y le enviarán



## Información sobre esta Lista de medicamentos

### Preguntas frecuentes (cont.)

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

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

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

contacto de su médico y los nombres de sus medicamentos cuando llame.

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

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

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

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

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

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

#### **P. ¿Cómo despacho mi receta?**

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

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

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

**R.** Controlar una condición compleja no es fácil. Como parte de sus beneficios de farmacia, usted tiene acceso a Accredo. El equipo de enfermeras y farmacéuticos capacitados en medicamentos de

## Información sobre esta Lista de medicamentos

### Preguntas frecuentes (cont.)

especialidad de Accredo le darán una atención personalizada y el apoyo que necesita para controlar su condición médica compleja. Le ayudarán a sobrellevar los efectos secundarios, se comunicarán con usted y con su médico para saber cómo le está yendo con el tratamiento, le ayudarán a conseguir sus medicamentos con cobertura aprobada y mucho más.

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

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

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

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

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

- 1. Revise su tarjeta de ID de Cigna Healthcare.** Indica su costo compartido para los medicamentos del Nivel 1, del Nivel 2, del Nivel 3, del Nivel 4 y del Nivel 5.
- 2. Inicie sesión en la aplicación myCigna o en myCigna.com para ver información sobre su cobertura de farmacia.** También puede usar la herramienta *Price a Medication* (Conozca los precios de los medicamentos) para ver cuánto puede costarle su medicamento en las diferentes farmacias de la red de su plan.
- 3. Consulte el documento de cobertura denominado Resumen de beneficios.**

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

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

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

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

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

## Información sobre esta Lista de medicamentos

### Preguntas frecuentes (cont.)

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

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

- **Medicamentos y productos de cuidado preventivo cubiertos en virtud de la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud a Bajo Precio (PPACA), también conocida como la “reforma del cuidado de salud”:**
  - **Anticonceptivos:** Cobertura del 100% o sin costos compartidos (\$0). Determinados anticonceptivos con receta están disponibles sujetos al costo compartido aplicable.
  - **Productos para dejar de consumir tabaco:** Hasta dos (2) tratamientos de 90 días por año del plan tienen cobertura del 100% o sin costos compartidos (\$0). Determinados productos para dejar de consumir tabaco con receta están disponibles sujetos al costo compartido aplicable.
  - **Determinadas vitaminas:** Cobertura del 100% o sin costos compartidos (\$0). Todas las demás vitaminas con receta están disponibles sujetas al costo compartido y deducible aplicable (si corresponde).
- **Determinados productos de venta libre (OTC, por sus siglas en inglés):** Si tiene una receta de su médico, estos productos tienen cobertura del 100% o no tienen costos compartidos (\$0). Todos los demás productos OTC están excluidos de la cobertura.
- **Medicamentos de fertilidad orales:** Tienen cobertura según el costo compartido del nivel aplicable. Para algunos planes, los medicamentos de fertilidad inyectables están cubiertos por el beneficio médico.
- **Medicamentos genéricos de cuidado preventivo:** Tienen cobertura del 100% o sin costos compartidos (\$0) antes de alcanzar su deducible. Usted pagará su deducible y el costo compartido aplicable para despachar un medicamento de cuidado preventivo de marca preferida y/o de marca no preferida.
- **Suministros para diabéticos:** Tienen cobertura según el costo compartido aplicable.
- **Hormonas del crecimiento:** Necesitan la aprobación de Cigna Healthcare para que su plan los cubra (autorización previa). Si recibe la aprobación para la cobertura, usted pagará su costo compartido del nivel aplicable para despachar el medicamento.
- **Vacunas:** Las vacunas ahora están cubiertas por el beneficio de farmacia. No todos los planes cubren las vacunas de la misma manera. Inicie sesión en la **aplicación myCigna** o en **myCigna.com**, o consulte los materiales de su plan, para averiguar cómo las cubre su plan específico.
- **Medicamentos compuestos:** Si el medicamento cuesta más de \$200, necesitará la aprobación de Cigna Healthcare para que su plan lo cubra (autorización previa). Si recibe la aprobación para la cobertura, usted pagará su costo compartido del nivel aplicable para despachar el medicamento.

### Palabras que quizás necesite conocer

- **Medicamento de marca:** Un medicamento que se comercializa con un nombre exclusivo, protegido por una marca. El medicamento de marca estará escrito todo en MAYÚSCULA.
- **Coseguro:** Un porcentaje del costo de un beneficio de cuidado de la salud cubierto que una persona inscrita paga después de haber pagado el deducible, si se aplica un deducible al beneficio de cuidado de la salud, como el beneficio de medicamentos con receta.
- **Copago:** Una cantidad fija en dólares que una persona inscrita paga por un beneficio de cuidado de la salud cubierto después de haber pagado el deducible, si se aplica un deducible al beneficio de cuidado de la salud, como el beneficio de medicamentos con receta.

## Información sobre esta Lista de medicamentos

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

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

## Información sobre esta Lista de medicamentos

### Acerca de esta Lista de medicamentos

Esta es una lista de los medicamentos que se recetan con mayor frecuencia y están cubiertos por la Lista de medicamentos con receta National Preferred de 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 y negrita** junto al medicamento de marca.
- Si un equivalente genérico de un medicamento de marca está disponible y tiene cobertura, el genérico aparecerá separado del medicamento de marca, escrito en **minúscula cursiva y negrita**.
- Si un equivalente genérico de un medicamento de marca no está disponible en el mercado o no tiene cobertura, el medicamento no aparecerá separado por su versión genérica.
- Si un medicamento genérico se comercializa con un nombre exclusivo protegido por una marca, el medicamento de marca aparecerá en MAYÚSCULA después de la versión genérica, entre paréntesis y escrito en letra regular, con la primera letra de cada palabra en mayúscula. Por ejemplo: *quinapril hcl* (Accupril).

### Niveles

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

|                |   |            |
|----------------|---|------------|
| <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>Nivel 2</b> | <b>Medicamentos de marca preferida.</b> Estos medicamentos generalmente tienen una alternativa genérica de menor costo.   | \$\$       |
| <b>Nivel 3</b> | <b>Medicamentos de marca no preferida.</b> Estos medicamentos generalmente tienen una alternativa genérica y/o de marca preferida.  | \$\$\$     |
| <b>Nivel 4</b> | <b>Medicamentos de especialidad preferidos.</b> Estos medicamentos generalmente cuestan menos que los medicamentos de especialidad no preferidos.   | \$\$\$\$   |
| <b>Nivel 5</b> | <b>Medicamentos de especialidad no preferidos.</b> <b>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.   | \$\$\$\$\$ |

\* 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><br>describe la condición para cuyo tratamiento se usa el medicamento.  |
|--|------------------------------|--|---|
| <b>Nombre del medicamento con receta</b>   | <b>Nivel del medicamento</b> | <b>Requisitos y límites de cobertura</b> |   |
| <b>ANALGÉSICOS, COMB. DE NO SALICILATOS Y BARBITÚRICOS</b>                                     |                              |  | <b>Requisitos y límites de cobertura</b> le informa si su plan tiene requisitos adicionales antes de cubrir el medicamento.   |
| <i>butalbital/acetaminophen</i>  | T1                           |  |   |
| <b>ANALGÉSICOS, COMB. DE SALICILATOS, BARBITÚRICOS Y XANTINAS</b>                              |                              |  | <b>Nivel del medicamento</b> le da una idea de cuánto puede llegar a pagar por un medicamento.  |
| <i>butalb-aspirin-caffe 50-325-40</i>  | T1                           | QL (6 tabs/day)                          |   |
| <i>butalbital-asa-caffeine cap</i> (Fiorinal)<br><i>FIORINAL (butalbital-aspirin-caffeine)</i> | T1<br>T3                     | QL (6 caps/day)<br>QL (6 caps/day)       |   |
| <b>ANALGÉSICOS, COMB. DE NO SALICILATOS, BARBITÚRICOS Y XANTINAS</b>                           |                              |  | <b>Nombre del medicamento con receta</b> es el nombre del medicamento.<br><br>Los medicamentos están enumerados en <b>orden alfabético</b> (según el inglés) dentro de cada columna.<br><br>Los medicamentos de marca están escritos en <b>MAYÚSCULA</b> .<br><br>Los medicamentos genéricos están escritos en <b>minúscula cursiva</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)                          |   |
| <i>ESGIC 50-325-40 MG TABLET (butalbital-acetaminophen-caffe)</i>                              | T3                           | QL (6 tabs/day)                          |   |
| <i>ESGIC CAPSULE (zebutal)</i>   | T3                           | QL (6 caps/day)                          |   |
| <i>FIORICET (phrenilin forte)</i>  | T1                           | QL (6 caps/day)                          |   |
| <b>ANALGÉSICOS/ANTIPIRÉTICOS, SALICILATOS</b>  |                              |  |   |
| <i>choline salicyl/mag salicylate</i>  | T1                           | HD                                       |   |
| <i>diflunisal</i>  | T1                           | HD                                       |   |
| <b>PREPARACIONES ANTIMIGRAÑOSAS</b>  |                              |  |   |
| <b>AIMOVIG AUTOINJECTOR</b>  | T2                           | PA                                       |   |
| <b>AJOVY AUTOINJECTOR</b>  | T2                           | PA                                       |   |
| <b>AJOVY SYRINGE</b>   | T2                           | PA                                       |   |
| <i>almotriptan malate</i>  | T1                           | QL (12 tabs/30 days)                     |   |
| <i>CAFERGOT (ergotamine-caffeine)</i>  | T3                           | QL (40 tabs/28 days)                     |   |
| <i>dihydroergotamine 1 mg/ml amp</i>   | T1                           | QL (10 amps/30 days)                     |   |
| <i>eletriptan hydrobromide</i>   | T1                           | QL (6 tabs/30 days)                      |   |
| <b>EMGALITY PEN</b>  | T2                           | PA                                       |   |
| <b>EMGALITY SYRINGE</b>  | 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><br>(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><br>(Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)               | 25     | <b>Agentes inhibidores del factor de necrosis tumoral antiinflamatorios</b><br>(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><br>(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><br>(enfermedad de Parkinson)   | 63, 64 |
| <b>Antibióticos</b> (infecciones)  | 34-40  | <b>Medicamentos antiplaquetarios</b><br>(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><br>(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/H<sub>2</sub>O</b> (medicamentos para el colesterol)                                | 104      | <b>Preparaciones cutáneas</b> (alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)                           | 173, 174 |
| <b>Elect./calóricos/H<sub>2</sub>O</b> (productos dentales)   | 104, 105 | <b>Preparaciones cutáneas</b> (condiciones cutáneas)   | 174-184  |
| <b>Elect./calóricos/H<sub>2</sub>O</b> (diabetes)   | 105-107  | <b>Agentes para dejar de fumar</b> (productos para dejar de fumar)                                   | 184      |
| <b>Elect./calóricos/H<sub>2</sub>O</b> (varios)   | 107      | <b>Preparaciones para la tiroides</b> (agentes hormonales)   | 184, 185 |
| <b>Elect./calóricos/H<sub>2</sub>O</b> (nutritivos/alimenticios)  | 107-113  | <b>Productos farmacológicos no clasificados</b> (SIDA/VIH)   | 185      |
| <b>Elect./calóricos/H<sub>2</sub>O</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)                       | 193, 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

| <b>ANALGÉSICOS (Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)</b>      |                              |  |
|--|------------------------------|--|
| <b>Nombre del medicamento con receta</b>                             | <b>Nivel de medicamentos</b> | <b>Requisitos y límites de cobertura</b> |
| <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 de medicamentos</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 NAALES, 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

| ANALGÉSICOS (Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria) (cont.)                                    |                       |                                   |
|---|-----------------------|-----------------------------------|
| Nombre del medicamento con receta   | Nivel de medicamentos | Requisitos y límites de cobertura |
| <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 de medicamentos</b> | <b>Requisitos y límites de cobertura</b> |
| <b>ANALGÉSICOS OPIOIDES Y ANALGÉSICOS NO SALICILATOS (cont.)</b>              |                              |  |
| <i>oxycodone hcl/acetaminophen (Percocet)</i>                                 | 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 de medicamentos | 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 de medicamentos</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                                    |
| butalbit/acetamin/caff/codeine (Fioricet With Codeine)                            | 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

| <b>ANALGÉSICOS (Condiciones urinarias)</b>   |                              |  |
|--|------------------------------|--|
| <b>Nombre del medicamento con receta</b>   | <b>Nivel de medicamentos</b> | <b>Requisitos y límites de cobertura</b> |
| <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 (Ultane)</i>  | 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 (Lidocan li)</i>  | T1                           | PA                                       |
| <i>lidocaine 5% ointment</i>   | T1                           | QL(50 gms/28 days)                       |
| <i>lidocaine 5% patch (Lidocan li)</i>   | T1                           | PA                                       |
| <i>lidocaine 5% patch (Lidoderm)</i>   | 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 (Pyridium)</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>ANTIALÉRGICOS (Alergia/rociadores nasales)</b>                    |                              |  |
|--|------------------------------|--|
| <b>Nombre del medicamento con receta</b>                             | <b>Nivel de medicamentos</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</i> (Disalcid)  | T1                           | HD                                       |
| <b>AGENTES ANTIARTRÍTICOS Y QUELANTES</b>                            |                              |  |
| DEPEN (penicillamine)  | T5                           | PA SP                                    |
| <i>penicillamine</i> (Cuprimine)                                     | T1                           | PA SP                                    |
| <i>penicillamine</i> (Depen)   | 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</i> (Arava)   | 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</i> (Colcrys)                            | 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</i> (Zyloprim)                          | T1                           | HD                                       |
| <i>allopurinol 300 mg tablet</i> (Zyloprim)                          | T1                           | HD                                       |
| <i>febuxostat</i> (Uloric)   | 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 de medicamentos</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/fil) SP HD                 |
| XELJANZ 10 MG TABLET   | T4                           | PA QL(60 tabs/fil) SP HD                 |
| XELJANZ 5 MG TABLET  | T4                           | PA QL(60 tabs/fil) SP HD                 |
| XELJANZ XR   | T4                           | PA QL(30 tabs/fil) 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> (Duexis)   | 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> (Nimovo)  | 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

| ANTIARTRÍCICOS (Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria) (cont.)                                 |                       |                                   |
|---|-----------------------|-----------------------------------|
| Nombre del medicamento con receta   | Nivel de medicamentos | 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                             |
| <i>NAPRELAN (naproxen sodium)</i>   | T3                    | ST HD                             |
| <i>NAPROSYN (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

T3 – Marcas no preferidas

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a 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 de medicamentos</b> | <b>Requisitos y límites de cobertura</b> |
| <b>ANTIINFLAM. NO ESTEROIDEOS, ANALGÉSICOS DEL TIPO DE INHIBIDORES DE LA CICLOOXIGENASA (cont.)</b> |                              |  |
| <i>oxaprozin 600mg tablet (Daypro)</i>  | T1                           | HD                                       |
| <i>piroxicam (Feldene)</i>  | 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                                    |
| <b>ANTIINFLAM. NO ESTEROIDEOS, INHIBIDOR SELECTIVO DE LA COX-2</b>                                  |                              |  |
| <i>celecoxib (Celebrex)</i>   | T1                           | ST HD                                    |
| <b>AGENTES URICOSÚRICOS</b>   |                              |  |
| <i>probenecid</i>   | T1                           | HD                                       |
| <i>probenecid/colchicine</i>  | T1                           | HD                                       |
| <b>ANTIASMÁTICOS (Asma/EPOC/condiciones reSPIRATORIAS)</b>  |                              |  |
| <b>INHIBIDORES DE LA 5-LIPOXIGENASA</b>   |                              |  |
| <i>zileuton</i>   | T1                           | PA HD                                    |
| ZYFLO   | T3                           | PA HD                                    |
| <b>ANTICOLINÉRGICOS, DE INHALACIÓN ORAL, ACCIÓN PROLONGADA</b>                                      |                              |  |
| 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                       |
| <b>ANTICOLINÉRGICOS, DE INHALACIÓN ORAL, ACCIÓN RÁPIDA</b>  |                              |  |
| ATROVENT HFA  | T3                           | QL(2 inhalers/fill) HD                   |
| <i>ipratropium br 0.02% soln</i>  | T1                           | HD                                       |
| <b>AGENTES ADRENÉRGICOS BETA</b>  |                              |  |
| <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

| <b>ANTIASMÁTICOS (Asma/EPOC/condiciones respiratorias) (cont.)</b>          |                              |  |
|---|------------------------------|--|
| <b>Nombre del medicamento con receta</b>                                    | <b>Nivel de medicamentos</b> | <b>Requisitos y límites de cobertura</b> |
| <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 de medicamentos | 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            |
| ARNUITY ELLIPTA 100 MCG, 200 MCG INH                                    | T2                    | QL(1 inhaler/fill) HD             |
| ARNUITY 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

| <b>ANTIASMÁTICOS (Asma/EPOC/condiciones respiratorias) (cont.)</b>                            |                              |  |
|---|------------------------------|--|
| <b>Nombre del medicamento con receta</b>  | <b>Nivel de medicamentos</b> | <b>Requisitos y límites de cobertura</b> |
| <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 de medicamentos</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 de medicamentos | 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> (Ocuflor)  | 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 de medicamentos | 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 de medicamentos</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

| <b>ANTIBIÓTICOS (Infecciones) (cont.)</b>                   |                              |  |
|---|------------------------------|--|
| <b>Nombre del medicamento con receta</b>                    | <b>Nivel de medicamentos</b> | <b>Requisitos y límites de cobertura</b> |
| <b>ANTIBIÓTICOS CEFALOSPORINAS - 3.º 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 de medicamentos | 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 de medicamentos | 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 de medicamentos | 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 de medicamentos | 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</i> (Cleocin T)            | 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</i> (Cleocin T)         | T1                    |                                   |
| <i>clindamycin phosp 1% lotion</i> (Cleocin T)         | T1                    | QL(120 mls/30 days)               |
| <i>clindamycin phosphate</i> (Cleocin T)               | T1                    |                                   |
| <i>clindamycin phosphate 1% foam</i> (Evoclin)         | T1                    | QL(100 gms/30 days)               |
| <i>clindamycin phosphate 1% gel</i> (Clindagel)        | T1                    | QL(150 mls/30 days)               |
| <i>erythromycin base in ethanol</i>                    | T1                    |                                   |
| <i>erythromycin/benzoyl peroxide</i> (Benzamycin)      | 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</i> (Sulfamylon)                   | 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 de medicamentos | 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                                |
| SUMAXINTS  | 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 de medicamentos | 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 de medicamentos | 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>                      |                       |                                   |
| GYZAZOLE 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 de medicamentos | 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                                |

### ANTIBIÓTICOS ANTIMICÓTICOS

|                                       |    |                    |
|---------------------------------------|----|--------------------|
| BREXAFEMME                            | T3 | ST QL(4 tabs/fill) |
| <i>griseofulvin ultramicrosized</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 |                    |

### ANTIMICÓTICOS (Condiciones cutáneas)

#### ANTIMICÓTICO TÓPICO/ANTIINFLAMATORIO, AGENTE ESTEROIDE

|                                       |    |                    |
|---------------------------------------|----|--------------------|
| <i>clotrimazole-betamethasone crm</i> | T1 | QL(90 gms/28 days) |
| <i>clotrimazole-betamethasone lot</i> | T1 | QL(60 mls/28 days) |

#### ANTIMICÓTICOS TÓPICOS

|  |    |                     |
|--|----|---------------------|
| <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 de medicamentos | 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>ketconazole 2% cream</i>                             | T1                    | QL(60 gms/28 days)                |
| <i>ketconazole 2% foam (Extina)</i>                     | T1                    | ST QL(100 gms/28 days)            |
| <i>ketconazole 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>tavorole</i>   | T1                    | ST                                |

## ANTIHIAMÍNICOS Y DESCONGESTIVOS COMBINADOS (Alergia/rociadores nasales)

| <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 de medicamentos | Requisitos y límites de cobertura |
|--|-----------------------|-----------------------------------|
| <b>ANTIISTAMÍNICOS - 1.ª GENERACIÓN</b>        |                       |                                   |
| <i>carbinoxamine 4 mg/5 ml liquid</i>          | T1                    |                                   |
| <i>carbinoxamine maleate 4 mg tab</i>          | T1                    |                                   |
| <i>carbinoxamine maleate 6 mg tab</i>          | T1                    | ST                                |
| <i>clemastine fumarate</i>                     | T1                    |                                   |
| <i>cyproheptadine 2 mg/5 ml soln</i>           | T1                    |                                   |
| <i>cyproheptadine 2 mg/5 ml syrup</i>          | T1                    |                                   |
| <i>cyproheptadine 4 mg tablet</i>              | T1                    |                                   |
| CYPROHEPTADINE 4 MG/10 ML SYRP                 | T3                    |                                   |
| <i>dexchlorpheniramine maleate (Ryclora)</i>   | T1                    |                                   |
| <i>hydroxyzine hcl</i>                         | T1                    |                                   |
| <i>hydroxyzine hcl</i>                         | T1                    |                                   |
| <i>hydroxyzine pamoate</i>                     | T1                    |                                   |
| <i>hydroxyzine pamoate (Vistaril)</i>          | T1                    |                                   |
| KARBINAL ER                                    | T3                    | ST                                |
| <i>promethazine hcl</i>                        | T1                    |                                   |
| RYCLORA ( <i>dexchlorpheniramine maleate</i> ) | T3                    |                                   |
| RYVENT   | T3                    | ST                                |
| VISTARIL ( <i>hydroxyzine pamoate</i> )        | T3                    |                                   |

### ANTIISTAMÍNICOS - 2.ª GENERACIÓN

|                                |    |                     |
|--------------------------------|----|---------------------|
| CLARINEX D 24 HOUR TABLET      | T3 |                     |
| <i>desloratadine</i>           | T1 | QL(30 tabs/fill) HD |
| <i>desloratadine (Clarinx)</i> | T1 | QL(30 tabs/fill) HD |

### ANTIISTAMÍNICOS (Condiciones oculares)

#### ANTIISTAMÍNICOS PARA LOS OJOS

|                                   |    |    |
|-----------------------------------|----|----|
| <i>azelastine hcl 0.05% drops</i> | T1 |    |
| BEPREVE                           | T3 |    |
| <i>epinastine hcl</i>             | T1 |    |
| LASTACFT 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-1)

|                                |    |                          |
|--------------------------------|----|--------------------------|
| 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                               | T5 – Medicamentos de especialidad no preferidos | ST – Tratamiento escalonado       | HD – Puede requerir entrega a domicilio  |
| T2 – Marcas preferidas                       | PA – Autorización previa                        | AGE – Requisito de edad           | PPACA – Medicamentos preventivos sin costos compartidos                            |
| T3 – Marcas no preferidas                    | QL – Límite a la cantidad                       | SP – Medicamentos de especialidad | CSL – Medicamentos orales contra el cáncer sujetos a límites de costos compartidos |
| T4 – Medicamentos de especialidad preferidos |   |                                   |  |

## Lista de medicamentos con receta

| ANTIHIPERGLUCÉMICOS (Diabetes) (cont.)  |                       |                                   |
|---|-----------------------|-----------------------------------|
| Nombre del medicamento con receta   | Nivel de medicamentos | Requisitos y límites de cobertura |
| <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

| <b>ANTIHIPERGLUCÉMICOS (Diabetes) (cont.)</b>                           |                              |  |
|---|------------------------------|--|
| <b>Nombre del medicamento con receta</b>                                | <b>Nivel de medicamentos</b> | <b>Requisitos y límites de cobertura</b> |
| <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>ANTIPLERGLUCÉMICOS, 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

| ANTIHIPERGLUCÉMICOS (Diabetes) (cont.)  |                       |                                   |
|---|-----------------------|-----------------------------------|
| Nombre del medicamento con receta   | Nivel de medicamentos | Requisitos y límites de cobertura |
| <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 de medicamentos | 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)               |
| <i>tinidazole 500 mg tablet</i>                                       | 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 de medicamentos | 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 de medicamentos | 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 de medicamentos | 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-UVEITS-ADOL HS  | T4                    | PA QL(4 pens/365 days) SP HD       |
| HUMIRA(CF) 10 MG/0.1 ML SYRING  | T4                    | PA QL(2 srnge kits/28 days) SP HD  |
| HUMIRA(CF) 20 MG/0.2 ML SYRING  | T4                    | PA QL(2 srnge kits/28 days) SP HD  |
| HUMIRA(CF) 40 MG/0.4 ML SYRING  | T4                    | PA QL(2 srnge kits/28 days) SP HD  |
| HUMIRA(CF) PEDI CROHN 80-40 MG  | T4                    | PA QL(2 srnge kits/365 days) SP HD |
| HUMIRA(CF) PEDI CROHN 80MG/0.8  | T4                    | PA QL(3 srnge kits/365 days) SP HD |
| HUMIRA(CF) PEN 40 MG/0.4 ML   | T4                    | PA QL(2 kits/28 days) SP HD        |
| HUMIRA(CF) PEN 80 MG/0.8 ML   | T4                    | PA QL(2 pens/28 days) SP HD        |
| HUMIRA(CF) PEN CROHN'S-UC-HS  | T4                    | PA QL(3 kits/365 days) SP HD       |
| HUMIRA(CF) PEN PEDIATRIC UC   | T4                    | PA QL(4 pens/365 days) SP HD       |
| HUMIRA(CF) PEN PSOR-UV-ADOL HS  | T4                    | PA QL(3 kits/365 days) SP HD       |
| HYRIMOZ(CF)   | T4                    | PA QL(2 syringes/28 days) SP HD    |
| HYRIMOZ(CF) PEN   | T4                    | PA QL(2 pens/28 days) SP HD        |
| HYRIMOZ(CF) PEDI CROHN 80 MG  | T4                    | PA QL(3 syringes/365 days) SP HD   |
| HYRIMOZ(CF) PEDI CROHN 80-40MG  | T4                    | PA QL(2 syringes/365 days) SP HD   |
| HYRIMOZ(CF) PEN CROHN-UC START  | T4                    | PA QL(3 pens/365 days) SP HD       |
| HYRIMOZ(CF) PEN PSORIASIS   | T4                    | PA QL(3 pens/365 days) SP HD       |
| SIMPONI 100 MG/ML PEN INJECTOR  | T4                    | PA QL(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 de medicamentos | Requisitos y límites de cobertura   |
| <b>AGENTES ANTINEOPLÁSICOS - ALQUILANTES</b>      |                       |                                     |
| ALKERAN ( <i>melphalan</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>melphalan</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 de medicamentos</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 MEK1 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 de medicamentos</b> | <b>Requisitos y límites de cobertura</b> |
| <b>ANTINEOPLÁSTICOS - INHIBIDORES DE LA QUINASA MTOR</b>                |                              |  |
| <i>everolimus 2 mg tab for susp</i> (Afinitor Disperz)                  | T1                           | PA QL(30 tabs/fill) SP CSL               |
| <i>everolimus 2.5 mg tablet</i> (Afinitor)                              | T1                           |  |
| <i>everolimus 3 mg tab for susp</i> (Afinitor Disperz)                  | T1                           | PA QL(30 tabs/fill) SP CSL               |
| <i>everolimus 5 mg tab for susp</i> (Afinitor Disperz)                  | T1                           | PA QL(30 tabs/fill) SP CSL               |
| <i>everolimus 5 mg tablet</i> (Afinitor)                                | T1                           |  |
| <i>everolimus 7.5 mg tablet</i> (Afinitor)                              | T1                           |  |
| <b>ANTINEOPLÁSTICOS - INHIBIDORES DE LA PROTEÍNA METILTRANSFERASA</b>   |                              |  |
| TAZVERIK  | T5                           | PA SP CSL                                |
| <b>ANTINEOPLÁSTICOS - INHIBIDORES DE LA TOPOISOMERASA I</b>             |                              |  |
| HYCANTIN  | T4                           | PA SP HD CSL                             |
| <b>AGENTES ANTINEOPLÁSTICOS INMUNOMODULADORES</b>                       |                              |  |
| <i>lenalidomide</i>   | 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

| ANTINEOPLÁSTICOS (Cáncer) (cont.)                                  |                       |                                   |
|--|-----------------------|-----------------------------------|
| Nombre del medicamento con receta                                  | Nivel de medicamentos | Requisitos y límites de cobertura |
| <b>ANTINEOPLÁSTICOS, 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</i> (Tarceva)                       | T1                    | PA QL(30 tabs/fill) SP HD CSL     |
| <i>erlotinib hcl 150 mg tablet</i> (Tarceva)                       | T1                    | PA QL(30 tabs/fill) SP HD CSL     |
| <i>erlotinib hcl 25 mg tablet</i> (Tarceva)                        | 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</i> (Tykerb)                               | 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 de medicamentos | 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 (Votrient)</i>                                   | 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 (Nexavar)</i>                               | 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 (Sutent)</i>                      | T1                    | PA QL(90 caps/fill) SP HD CSL     |
| <i>sunitinib malate 25 mg capsule (Sutent)</i>                    | T1                    | PA QL(30 caps/fill) SP HD CSL     |
| <i>sunitinib malate 37.5 mg cap (Sutent)</i>                      | T1                    | PA QL(30 caps/fill) SP HD CSL     |
| <i>sunitinib malate 50 mg capsule (Sutent)</i>                    | 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>ANTINEOPLÁSTICOS (Cáncer) (cont.)</b>                                 |                              |  |
|--|------------------------------|--|
| <b>Nombre del medicamento con receta</b>                                 | <b>Nivel de medicamentos</b> | <b>Requisitos y límites de cobertura</b> |
| <b>ANTINEOPLÁSTICOS, 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>ANTINEOPLÁSTICOS-INHIBIDORES DE LINFOMA DE CÉLULAS B-2 (BCL-2)</b>    |                              |  |
| VENCLEXTA 10 MG TAB (10MG X 2)   | T4                           | PA QL(56 tabs/fill) SP CSL               |
| VENCLEXTA 10 MG TABLET   | T4                           | PA QL(56 tabs/fill) SP CSL               |
| VENCLEXTA 100 MG TABLET  | T4                           | PA QL(180 tabs/fill) SP CSL              |
| VENCLEXTA 50 MG TABLET   | T4                           | PA QL(28 tabs/fill) SP CSL               |
| VENCLEXTA STARTING PACK  | T4                           | PA QL(42 tabs/fill) SP CSL               |
| <b>ANTINEOPLÁSTICOS-INHIBIDOR DEL FACTOR INDUCIBLE POR HIPOXIA (HIF)</b> |                              |  |
| WELIREG  | 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 de medicamentos</b> | <b>Requisitos y límites de cobertura</b> |
| <b>ANTINEOPLÁSTICOS-INHIBIDORES DE LA ISOCITRATO DESHIDROGENASA</b> |                              |  |
| IDHIFA  | T4                           | PA QL(30 tabs/fill) 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 de medicamentos</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>   |                              |  |
| XDEMY  | 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 de medicamentos | 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>trihexphenidyl 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 de medicamentos | Requisitos y límites de cobertura |
|-----------------------------------|-----------------------|-----------------------------------|
|-----------------------------------|-----------------------|-----------------------------------|

#### MEDICAMENTOS ANTIPARKINSONIANOS, OTROS (cont.)

|  |    |                           |
|--|----|---------------------------|
| 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

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

| Nombre del medicamento con receta      | Nivel de medicamentos | Requisitos y límites de cobertura |
|--|-----------------------|-----------------------------------|
| <b>AGENTES REDUCTORES DE PLAQUETAS</b> |                       |                                   |
| AGRYLIN ( <i>anagrelide hcl</i> )      | T3                    |                                   |
| <i>anagrelide hcl</i>                  | T1                    |                                   |
| <i>anagrelide hcl</i> (Agylin)         | T1                    |                                   |

### ANTIVÍRICOS (SIDA/VIH)

|  |    |       |
|--|----|-------|
| <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> |    |    |
| SYM TUZA   | 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-tenofovir 100-150mg</i> (Truvada)                       | T1 | SP       |
| <i>emtricitabine-tenofovir 133-200mg</i> (Truvada)                       | T1 | SP       |
| <i>emtricitabine-tenofovir 167-250mg</i> (Truvada)                       | T1 | SP       |
| <i>emtricitabine-tenofovir 200-300mg</i> (Truvada)                       | T1 | SP PPACA |
| TEMIXYS  | T4 | SP       |

|   |    |    |
|---|----|----|
| <b>ANTIVÍRICOS, ESPEC. PARA VIH, COMB. ANÁLOGOS DE NUCLEÓSIDOS, RTI</b> |    |    |
| <i>abacavir sulfato/lamivudine</i> (Epzicom)                            | T1 | SP |
| <i>abacavir/lamivudine/zidovudine</i> (Trizivir)                        | T1 | SP |
| COMBIVIR ( <i>lamivudine/zidovudine</i> )                               | T5 | SP |
| EPZICOM ( <i>abacavir sulfato/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 de medicamentos</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

| <b>ANTIVÍRICOS (SIDA/VIH) (cont.)</b>   |                              |  |
|---|------------------------------|--|
| <b>Nombre del medicamento con receta</b>  | <b>Nivel de medicamentos</b> | <b>Requisitos y límites de cobertura</b> |
| <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 de medicamentos | 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 de medicamentos</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 PELLETT PKT  | T4                           | PA QL(28 packs/fill) SP HD               |
| EPCLUSA 200 MG-50 MG TABLET  | T4                           | PA QL(28 tabs/fill) SP HD                |
| EPCLUSA 200-50 MG PELLETT PACK   | T4                           | PA 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 PELLETT PK  | T4                           | PA QL(28 packs/fill) SP HD               |
| HARVONI 45-200 MG PELLETT PACKT  | T4                           | PA QL(56 packs/fill) SP HD               |
| HARVONI 45-200 MG TABLET   | T4                           | PA QL(56 tabs/fill) SP HD                |
| HARVONI 90-400 MG TABLET   | T4                           | PA QL(>= 18 yo 28 tabs/fill) SP HD       |
| <b>AGENTES PARA EL TRATAMIENTO DE LA HEPATITIS B</b>                     |                              |  |
| <i>adefovir dipivoxil</i>  | 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                |

| <b>ANTIVÍRICOS (Condiciones cutáneas)</b> |    |                    |
|---|----|--------------------|
| <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 de medicamentos | 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-injct</i> (Epipen Jr 2-Pak) | T1                    | QL(2 auto-injs/fill)              |
| <i>epinephrine 0.15 mg auto-injct</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 de medicamentos | 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

| <b>PRODUCTOS BIOLÓGICOS (Alergia/rociadores nasales)</b>                            |                              |  |
|---|------------------------------|--|
| <b>Nombre del medicamento con receta</b>  | <b>Nivel de medicamentos</b> | <b>Requisitos y límites de cobertura</b> |
| <b>EXTRACTOS ALERGÉNICOS, TERAPÉUTICOS</b>  |                              |  |
| GRASTEK   | T2                           | PA                                       |
| ODACTRA   | T2                           | PA                                       |
| ORALAIR   | T2                           | PA                                       |
| RAGWITEK  | T2                           | PA                                       |
| <b>PRODUCTOS BIOLÓGICOS (Medicamentos para la presión arterial/para el corazón)</b> |                              |  |
| <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            |
| <b>PRODUCTOS BIOLÓGICOS (Varios)</b>  |                              |  |
| <b>AGENTES PARA EL TRATAMIENTO DE LA FENILCETONURIA - FENILALANINA AMONIO LIASA</b> |                              |  |
| PALYNZIQ 10 MG/0.5 ML SYRINGE   | T4                           | PA QL(30 syringes/fill) SP HD            |
| PALYNZIQ 2.5 MG/0.5 ML SYRINGE  | T4                           | PA QL(8 syringes/fill) SP HD             |
| PALYNZIQ 20 MG/ML SYRINGE   | T4                           | PA QL(60 syringes/fill) SP HD            |
| <b>PRODUCTOS BIOLÓGICOS (Vacunas)</b>   |                              |  |
| <b>VACUNAS CONTRA EL COVID-19</b>   |                              |  |
| COMIRNATY   | 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 de medicamentos</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 de medicamentos</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 de medicamentos | 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 de medicamentos | 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                                |
| RHYTHMOL 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 XI)   | 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

T3 – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a 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 de medicamentos</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/fill) 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

T3 – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a 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 de medicamentos | 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

|   |    |                           |
|---|----|---------------------------|
| REVIATIO 10 MG/ML ORAL SUSP ( <i>sildenafil citrate</i> ) | T5 | PA QL(112 mls/fill) SP HD |
| REVIATIO 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

T3 – Marcas no preferidas

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a 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 (Asma/EPOC/condiciones respiratorias) (cont.)

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

### CARDIOVASCULARES (Medicamentos para la presión arterial/para el corazón)

#### COMBINACIÓN DE INHIBIDORES DE LA ECA-BLOQUEADORES DE LOS CANALES DE CALCIO

|  |    |       |
|--|----|-------|
| <i>amlodipine besylate/benazepril</i>          | T1 | HD    |
| <i>amlodipine besylate/benazepril (Lotrel)</i> | T1 | HD    |
| PRESTALIA                                      | T3 | ST HD |
| <i>trandolapril/verapamil hcl</i>              | T1 | HD    |

#### INHIBIDOR DE LA ECA-TIAZIDA O DIURÉTICO TIAZÍDICO

|  |    |    |
|--|----|----|
| <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 |
| LOTENSIN HCT ( <i>benazepril/hydrochlorothiazide</i> ) | T3 | HD |
| <i>quinapril/hydrochlorothiazide (Accuretic)</i>       | T1 | HD |
| VASERETIC ( <i>enalapril/hydrochlorothiazide</i> )     | T3 | HD |
| ZESTORETIC ( <i>lisinopril/hydrochlorothiazide</i> )   | T3 | HD |

#### AGENTES BLOQUEADORES ADRENÉRGICOS ALFA/BETA

|  |    |       |
|--|----|-------|
| <i>carvedilol (Coreg)</i>                | T1 | HD    |
| <i>carvedilol phosphate (Coreg Cr)</i>   | T1 | HD    |
| COREG CR ( <i>carvedilol phosphate</i> ) | T3 | ST HD |
| <i>labetalol hcl</i>                     | T1 | HD    |

#### AGENTES BLOQUEADORES ADRENÉRGICOS ALFA

|   |    |                        |
|---|----|------------------------|
| CARDURA 1 MG TABLET ( <i>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 de medicamentos | 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/hcthiazid</i> (Exforge Hct)                              | T1                    | HD                                |
| <i>olmesartan/amlodipin/hcthiazid</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

| <b>CARDIOVASCULARES (Medicamentos para la presión arterial/para el corazón) (cont.)</b> |                              |  |
|---|------------------------------|--|
| <b>Nombre del medicamento con receta</b>  | <b>Nivel de medicamentos</b> | <b>Requisitos y límites de cobertura</b> |
| <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>metyrosine</i> )  | T3                           | PA HD                                    |
| <i>metyrosine</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 de medicamentos | 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>methylodopa</i>   | T1                    | HD                                |
| <i>methylodopa/hydrochlorothiazide</i>   | T1                    | HD                                |
| <b>ANTIHIPERTENSIVOS, VASODILATADORES</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 de medicamentos | 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>              |                       |                                   |
| TEKTURNA 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 de medicamentos | 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 (Lipitor)</i>                                | T1                    |                                   |
| <i>atorvastatin 20 mg tablet (Lipitor)</i>                                | T1                    |                                   |
| <i>atorvastatin 40 mg tablet (Lipitor)</i>                                | T1                    |                                   |
| <i>atorvastatin 80 mg tablet (Lipitor)</i>                                | T1                    |                                   |
| FLOLIPID  | T3                    | ST QL(150 mls/fil) HD             |
| <i>fluvastatin sodium (Lescol XL)</i>                                     | T1                    | QL(30 tabs/fil) HD PPACA          |
| <i>fluvastatin sodium 20 mg cap</i>                                       | T1                    | QL(30 caps/fil) HD PPACA          |
| <i>fluvastatin sodium 40 mg cap</i>                                       | T1                    | QL(60 caps/fil) HD PPACA          |
| LESCOL XL ( <i>fluvastatin sodium</i> )                                   | T3                    | ST QL(30 tabs/fil) HD             |
| LIVALO ( <i>pitavastatin calcium</i> )                                    | T3                    | ST QL(30 tabs/30 days) HD         |
| <i>lovastatin 10 mg tablet</i>  | T1                    | QL(30 tabs/fil) HD PPACA          |
| <i>lovastatin 20 mg tablet</i>  | T1                    | QL(60 tabs/fil) HD PPACA          |
| <i>lovastatin 40 mg tablet</i>  | T1                    | QL(60 tabs/fil) HD PPACA          |
| <i>pitavastatin calcium (Livalo)</i>                                      | T1                    | QL(30 tabs/30 days) HD PPACA      |
| <i>pravastatin sodium</i>   | T1                    | QL(30 tabs/fil) HD PPACA          |
| <i>simvastatin 10 mg tablet (Zocor)</i>                                   | T1                    | QL(30 tabs/fil) HD PPACA          |
| <i>simvastatin 20 mg tablet (Zocor)</i>                                   | T1                    | QL(30 tabs/fil) HD PPACA          |
| SIMVASTATIN 20 MG/5 ML SUSP   | T3                    | ST QL(150 mls/fil) HD             |
| <i>simvastatin 40 mg tablet (Zocor)</i>                                   | T1                    | QL(30 tabs/fil) HD PPACA          |
| <i>simvastatin 5 mg tablet</i>  | T1                    | QL(30 tabs/fil) HD PPACA          |
| <i>simvastatin 80 mg tablet (Zocor)</i>                                   | T1                    | QL(30 tabs/fil) HD                |
| ZYPITAMAG   | T3                    | ST QL(30 tabs/fil) HD             |
| <b>SECUESTRADORES DE SALES BILIARES</b>                                   |                       |                                   |
| <i>cholestyramine (with sugar) (Questran)</i>                             | T1                    | HD                                |
| <i>cholestyramine/aspartame</i>   | T1                    | HD                                |
| <i>cholestyramine/aspartame (Questran Light)</i>                          | T1                    | HD                                |
| <i>colesevelam hcl (Welchol)</i>  | 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 de medicamentos | 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 de medicamentos | 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 PSEUDBULBAR (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 de medicamentos | 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 de medicamentos | Requisitos y límites de cobertura |
| <b>AGENTES PARA TRATAR LA ESCLEROSIS MÚLTIPLE (cont.)</b>                                      |                       |                                   |
| 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        |
| <b>AGENTES PARA EL TRAT. DE TRAST. DE LA TRANSMISIÓN NEUROMUSC., BLOQ. DE LOS CAN. DE POT.</b> |                       |                                   |
| <i>dalfampridine</i> (Ampyra)  | T1                    | PA QL(60 tabs/fill) SP HD         |
| FIRDAPSE   | T4                    | PA SP                             |
| RUZURGI  | T2                    | PA                                |
| <b>MODULADOR DE LOS RECEPTORES DE ESFINGOSINA I-FOSFATO (SIP)</b>                              |                       |                                   |
| 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)     |                       |                                   |
| <b>INHIBIDORES DEL PÉPTIDO RELACIONADO CON EL GEN DE LA CALCITONINA (CGRP)</b>                 |                       |                                   |
| 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)              |
| <b>AGENTES PARA LA NEURALGIA POSTHERPÉTICA</b>   |                       |                                   |
| <i>gabapentin</i> (Gralise)  | T1                    | ST                                |
| GRALISE ( <i>gabapentin</i> )  | T3                    | ST                                |
| GRALISE  | T3                    | ST                                |
| MEDICAMENTOS PARA EL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL (Trastornos convulsivos)                         |                       |                                   |
| <b>ANTICONVULSIVOS - TIPO BENZODIAZEPINAS</b>  |                       |                                   |
| <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 10 mg rectal gel syst</i> (Diastat Acudial)  | T1                    | HD                                |
| <i>diazepam 2.5 mg rectal gel sys</i> (Diastat)  | T1                    | HD                                |
| <i>diazepam 20 mg rectal gel syst</i>  | 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 de medicamentos | 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 de medicamentos | 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 de medicamentos | 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

|          |    |                            |
|----------|----|----------------------------|
| DOPTLET  | 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 de medicamentos | Requisitos y límites de cobertura |
| <b>ANTICONCEPTIVOS, INTRAVAGINALES, SISTÉMICOS</b>      |                       |                                   |
| ANNOVERA  | T3                    | ST QL(1 ring/365 days) PPACA      |
| <i>etonogestrel/ethinyl estradiol (Nuvaring)</i>        | 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 (Depo-Provera)</i>     | 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 (Mircette)</i>         | T1                    | HD PPACA                          |
| <i>desogestrel-ethinyl estradiol</i>                    | T1                    | HD PPACA                          |
| <i>drospir/eth estra/levomefol ca (Beyaz)</i>           | T1                    | HD PPACA                          |
| <i>drospir/eth estra/levomefol ca (Safyral)</i>         | T1                    | HD PPACA                          |
| ELLA  | T2                    | QL(1 tab/fill) HD PPACA           |
| <i>ethinyl estradiol/drospirenone (Yasmin 28)</i>       | T1                    | HD PPACA                          |
| <i>ethinyl estradiol/drospirenone (Yaz)</i>             | 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.estrad (Loseasonique)</i>    | T1                    | HD PPACA                          |
| <i>l-norgest/e.estradiol-e.estrad (Quartette)</i>       | T1                    | HD PPACA                          |
| <i>l-norgest/e.estradiol-e.estrad (Seasonique)</i>      | T1                    | HD PPACA                          |
| <i>noreth-ethinyl estradiol/iron</i>                    | T1                    | HD PPACA                          |
| <i>noreth-ethinyl estradiol/iron (Generess Fe)</i>      | T1                    | HD PPACA                          |
| <i>norethind-eth estrad 1-0.02 mg (Loestrin)</i>        | T1                    | HD PPACA                          |
| <i>norethindrone</i>                                    | T1                    | HD PPACA                          |
| <i>norethindrone ac-eth estradiol (Loestrin)</i>        | T1                    | HD PPACA                          |
| <i>norethindrone-e.estradiol-iron</i>                   | T1                    | HD PPACA                          |
| <i>norethindrone-e.estradiol-iron (Loestrin Fe)</i>     | T1                    | HD PPACA                          |
| <i>norethindrone-e.estradiol-iron (Minastrin 24 Fe)</i> | T1                    | HD PPACA                          |
| <i>norethindrone-e.estradiol-iron (Taytulla)</i>        | T1                    | HD PPACA                          |
| <i>norethindrone-ethin. estradiol</i>                   | T1                    | HD PPACA                          |
| <i>norethin-ee 1.5-0.03 mg(21) tb (Loestrin)</i>        | T1                    | HD PPACA                          |
| <i>norgestimate-ethinyl estradiol</i>                   | T1                    | HD PPACA                          |
| <b>NORGESTREL-ETHINYL ESTRADIOL</b>                     | T1                    | HD PPACA                          |
| <b>YAZ (ethinyl estradiol/drospirenone)</b>             | 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

| ANTICONCEPTIVOS (Productos anticonceptivos) (cont.)                               |                       |                                   |
|---|-----------------------|-----------------------------------|
| Nombre del medicamento con receta   | Nivel de medicamentos | Requisitos y límites de cobertura |
| <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.º 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-ANTIISTAMÍNICOS DE I.º 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-ANTIISTAMÍNICOS DE I.º GENERACIÓN</b>         |                       |                                   |
| <i>promethazine/dextromethorphan</i>  | T1                    |                                   |
| <b>ANTITUSIVOS OPIOIDES-ANTIISTAMÍNICOS DE I.º 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 de medicamentos | Requisitos y límites de cobertura |
| <b>ANTITUSIVOS OPIOIDES-ANTIHIAMÍNICOS DE 1.º 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

| PREPARACIONES PARA LA TOS/EL RESFRÍO (Medicamentos para la tos/el resfrío) (cont.) |                       |                                   |
|--|-----------------------|-----------------------------------|
| Nombre del medicamento con receta  | Nivel de medicamentos | Requisitos y límites de cobertura |
| <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

| <b>DIAGNÓSTICO (Varios) (cont.)</b>                             |                              |  |
|---|------------------------------|--|
| <b>Nombre del medicamento con receta</b>                        | <b>Nivel de medicamentos</b> | <b>Requisitos y límites de cobertura</b> |
| <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>        |                              |  |
| METOPIRON   | 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 de medicamentos</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 de medicamentos | 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 RECEPTORES DE LA AVP</b> |                       |                                   |
| <i>furosemide</i> (Lasix)   | T1                    | HD                                |
| LASIX ( <i>furosemide</i> )   | T3                    | ST HD                             |
| <i>torseamide</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 de medicamentos</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>TIAZIDA 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 NASALES</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 NASALES 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 NASALES</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 NASALES, 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 NASALES, 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 de medicamentos | 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                    |                                   |
| <b>PREPARACIONES PARA LOS OJOS, LOS OÍDOS, LA NARIZ Y LA GARGANTA (Condiciones oculares)</b> |                       |                                   |
| <b>AGENTES PARA EL ENTRECRUZAMIENTO DE COLÁGENO CORNEAL</b>                                  |                       |                                   |
| PHOTREXA CROSS-LINKING   | 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 de medicamentos | 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 de medicamentos | 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 de medicamentos | 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% NAACL   | 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 de medicamentos | 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) (Prevident 5000 Plus)</i>  | T1                    |                                   |
| <i>fluoride (sodium) (Prevident)</i>  | 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 de medicamentos | 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)

#### AGENTES PARA TRATAR LA HIPOGLUCEMIA (HIPERGLUCÉMICOS)

|  |    |                  |
|--|----|------------------|
| 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

T3 – Marcas no preferidas

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a 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 de medicamentos | 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>croger 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 de medicamentos | 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)                 |
| lanthanum carbonate (Fosrenol)                                       | T1                    | QL(90 tabs/fill)                  |
| LOKELMA  | T2                    | QL(30 packs/fill)                 |
| PHOSLYRA   | T2                    |                                   |
| REVELA 0.8 GM POWDER PACKET ( <i>sevelamer carbonate</i> )           | T3                    | QL(180 packs/fill)                |
| REVELA 2.4 GM POWDER PACKET ( <i>sevelamer carbonate</i> )           | T3                    | QL(90 packs/fill)                 |
| REVELA 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)</i> (Prevident 5000 Plus)                       | T1                    |                                   |
| <i>fluoride (sodium)</i> (Prevident)                                 | 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 de medicamentos | 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 de medicamentos | 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 de medicamentos | 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 de medicamentos | Requisitos y límites de cobertura |
| <b>REPOSICIÓN DE HIERRO (cont.)</b>                    |                       |                                   |
| <i>iron fum/folic acid/mv,min 15</i> (Hemocyte Plus)   | 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</i> (Nu-Iron 150)       | T1                    |                                   |
| <i>iron ps complex/b12/folic acid</i>                  | T1                    |                                   |
| <i>iron,carb/vit c/vit b12/folic</i> (Icar-C Plus)     | T1                    |                                   |
| <i>iron,carbonyl</i>                                   | T1                    |                                   |
| <i>iron,carbonyl</i> (Feosol)                          | T1                    |                                   |
| <i>iron,carbonyl/ascorbic acid</i> (Icar-C)            | T1                    |                                   |
| <i>iron/c/b12/calciu/stomach conc</i>                  | T1                    |                                   |
| <i>iron/c/folic acd/mv cmb11/calc</i>                  | T1                    |                                   |
| <i>iron/folic ac/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/fructooligosacchard</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 de medicamentos | 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 de medicamentos | 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

| <b>GASTROINTESTINALES (Condiciones gastrointestinales/pirosis)</b> |                              |  |
|--|------------------------------|--|
| <b>Nombre del medicamento con receta</b>                           | <b>Nivel de medicamentos</b> | <b>Requisitos y límites de cobertura</b> |
| <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/fil)                           |
| <i>aprepitant 125-80-80 mg pack</i> (Emend)                        | T1                           | QL (3 caps/fil)                          |

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 de medicamentos | 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 de medicamentos | 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 de medicamentos</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

| GASTROINTESTINALES (Condiciones gastrointestinales/pirosis) (cont.)                           |                       |                                   |
|---|-----------------------|-----------------------------------|
| Nombre del medicamento con receta   | Nivel de medicamentos | Requisitos y límites de cobertura |
| <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-HT3</b>                    |                       |                                   |
| <i>alosetron hcl (Lotronex)</i>   | T1                    | SP HD                             |
| <b>LAXANTES Y CATÁRTICOS</b>  |                       |                                   |
| <i>bisac/nacl/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/nacl/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

| GASTROINTESTINALES (Condiciones gastrointestinales/pirosis) (cont.)      |                       |                                   |
|--|-----------------------|-----------------------------------|
| Nombre del medicamento con receta  | Nivel de medicamentos | Requisitos y límites de cobertura |
| <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 de medicamentos | 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                    |                                   |
| <b>HORMONAS (Condiciones gastrointestinales/pirosis)</b>                  |                       |                                   |
| <b>PREP. RECTALES/DE COLON, GLUCOCORT. (NO HEMORR.)</b>                   |                       |                                   |
| CORTENEMA ( <i>hydrocortisone</i> )                                       | T3                    |                                   |
| <i>hydrocortisone</i> (Cortenema)   | T1                    |                                   |
| UCERIS 2 MG RECTAL FOAM   | T2                    |                                   |
| <b>HORMONAS (Agentes hormonales)</b>                                      |                       |                                   |
| <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</i> (Android)                                       | T1                    |                                   |
| <i>methyltestosterone</i> (Testred)                                       | T1                    |                                   |
| <i>oxandrolone</i>  | T1                    |                                   |
| <i>testosterone 1% (25mg/2.5g) pk</i> (Androgel)                          | 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 de medicamentos</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 ANTIDIURÉTICAS 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 de medicamentos</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 de medicamentos</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                           |  |
| <i>MEDROL (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 de medicamentos</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>cetorelix 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 PARATIROIDIAS</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 de medicamentos</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 de medicamentos</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 de medicamentos | 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 0.03% ointment</i> (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 100 mg capsule</i> (Sandimmune)   | T1 | SP HD                       |
| <i>cyclosporine 25 mg capsule</i> (Sandimmune)    | T1 | SP HD                       |
| <i>cyclosporine, modified</i>                     | T1 | SP HD                       |
| <i>cyclosporine, modified</i> (Neoral)            | T1 | SP HD                       |
| <i>everolimus 0.25 mg tablet</i> (Zortress)       | T1 | SP HD                       |
| <i>everolimus 0.5 mg tablet</i> (Zortress)        | T1 | SP HD                       |
| <i>everolimus 0.75 mg tablet</i> (Zortress)       | T1 | SP HD                       |
| <i>everolimus 1 mg tablet</i> (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

| <b>INMUNOSUPRESORES (Medicamentos para trasplante) (cont.)</b>                 |                              |  |
|--|------------------------------|--|
| <b>Nombre del medicamento con receta</b>                                       | <b>Nivel de medicamentos</b> | <b>Requisitos y límites de cobertura</b> |
| <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                                    |
| <b>DISPOSITIVOS Y SUMINISTROS MÉDICOS VARIOS, NO FARMACOLÓGICOS (Diabetes)</b> |                              |  |
| <b>SUMINISTROS PARA DIABÉTICOS</b>   |                              |  |
| 2TEK   | 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                           |  |
| ACCUTREND 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 de medicamentos | 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 de medicamentos | 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 de medicamentos | 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 de medicamentos | 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 de medicamentos | 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 de medicamentos | 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                    |                                   |
| SOLLUS V2 CONTROL SOLUTION  | T3                    |                                   |
| SOLLUS 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 de medicamentos | 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 de medicamentos | 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 de medicamentos | 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 de medicamentos | 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                    |                                   |
| RIGHTTEST 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 de medicamentos | 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 de medicamentos | 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 de medicamentos | 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                    |                                   |
| HURRICAIN 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 de medicamentos | 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 ND  | 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 de medicamentos | 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 de medicamentos | 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 de medicamentos | 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 FLIPLock  | 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 de medicamentos | 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 de medicamentos | 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 de medicamentos | 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 de medicamentos | 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 de medicamentos | 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 de medicamentos | 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 de medicamentos | 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 de medicamentos | 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                    |                                   |
| RIGHTTEST 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 de medicamentos | 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                    |                                   |
| SMARTEST 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

| <b>DISPOSITIVOS Y SUMINISTROS MÉDICOS VARIOS, NO FARMACOLÓGICOS (Varios) (cont.)</b> |                              |  |
|--|------------------------------|--|
| <b>Nombre del medicamento con receta</b>   | <b>Nivel de medicamentos</b> | <b>Requisitos y límites de cobertura</b> |
| <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 de medicamentos | 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 de medicamentos | 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                    |                                   |
| RITEFLO   | 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 de medicamentos | 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                    |                                   |

### RELAJANTES MUSCULARES (Alivio del dolor y enfermedad inflamatoria)

#### RELAJANTES DE LOS MÚSCULOS ESQUELÉTICOS-CONTRAIRRITANTE RUBEFACIENTE TÓPICO

|                             |    |  |
|-----------------------------|----|--|
| COMFORT PAC-CYCLOBENZAPRINE | T3 |  |
| COMFORT PAC-TIZANIDINE      | T3 |  |

#### RELAJANTES DE LOS MÚSCULOS ESQUELÉTICOS

|   |    |    |
|---|----|----|
| <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 de medicamentos | 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 de medicamentos | 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 de medicamentos | 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

T3 – Marcas no preferidas

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a 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 de medicamentos | 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 de medicamentos | 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>VITAMINAS PRENATALES CON BAJO CONTENIDO DE HIERRO O SIN HIERRO</b>                    |                       |                                   |
| CVS PRENATAL GUMMIES   | T3                    |                                   |
| PRENATAL GUMMIES   | T3                    |                                   |
| TRINAZ   | T3                    |                                   |
| <b>MEDICAMENTOS PSICOTERAPÉUTICOS (Ansiedad/depresión/trastorno bipolar)<sup>8</sup></b> |                       |                                   |
| <b>ANTIDEPRESIVOS ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES ALFA 2</b>                              |                       |                                   |
| <i>mirtazapine</i>   | T1                    | HD                                |
| <i>mirtazapine (Remeron)</i>   | T1                    | HD                                |
| REMERON ( <i>mirtazapine</i> )   | T3                    | HD                                |
| <b>MEDICAMENTOS ANSIOLÍTICOS - BENZODIAZEPINAS</b>                                       |                       |                                   |
| <i>alprazolam</i>  | T1                    |                                   |
| <i>alprazolam (Xanax Xr)</i>   | T1                    |                                   |
| <i>alprazolam (Xanax)</i>  | T1                    |                                   |
| ATIVAN ( <i>lorazepam</i> )  | T3                    |                                   |
| <i>chlordiazepoxide hcl</i>  | T1                    |                                   |
| <i>clorazepate dipotassium</i>   | T1                    |                                   |
| <i>diazepam 10 mg tablet (Valium)</i>  | T1                    |                                   |
| <i>diazepam 2 mg tablet (Valium)</i>   | 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

| <b>MEDICAMENTOS PSICOTERAPÉUTICOS (Ansiedad/depresión/trastorno bipolar)<sup>8</sup> (cont.)</b> |                              |  |
|--|------------------------------|--|
| <b>Nombre del medicamento con receta</b>   | <b>Nivel de medicamentos</b> | <b>Requisitos y límites de cobertura</b> |
| <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                           |  |
| <i>NARDIL (phenelzine sulfate)</i>   | T3                           |  |
| <i>PARNATE (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 de medicamentos | 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               |
| <i>PAXIL 10 MG TABLET (paroxetine hcl)</i>   | T3                    | ST QL(30 tabs/fill) HD            |
| <i>PAXIL 10 MG/5 ML SUSPENSION (paroxetine hcl)</i>  | T3                    | ST HD                             |
| <i>PAXIL 20 MG TABLET (paroxetine hcl)</i>   | T3                    | ST QL(60 tabs/fill) HD            |
| <i>PAXIL 30 MG TABLET (paroxetine hcl)</i>   | T3                    | ST QL(60 tabs/fill) HD            |
| <i>PAXIL 40 MG TABLET (paroxetine hcl)</i>   | T3                    | ST QL(30 tabs/fill) HD            |
| <i>PAXIL CR (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>                         |                       |                                   |
| <i>DESVENLAFAXINE ER</i>   | 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 de medicamentos | Requisitos y límites de cobertura |
|---|-----------------------|-----------------------------------|
| <b>INHIB. DE LA RECAPTACIÓN DE SEROTONINA-NOREPINEFRINA (SNRI) (cont.)</b>  |                       |                                   |
| <i>duloxetine hcl dr 30 mg cap (Cymbalta)</i>                               | 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 (Cymbalta)</i>                               | 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 (Effexor Xr)</i>                           | T1                    |                                   |
| <i>venlafaxine hcl er 37.5 mg cap (Effexor Xr)</i>                          | T1                    |                                   |
| <i>venlafaxine hcl er 75 mg cap (Effexor Xr)</i>                            | 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 (Anafranil)</i>   | T1                    | HD                                |
| <i>desipramine hcl</i>  | T1                    | HD                                |
| <i>desipramine hcl (Norpramin)</i>  | 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 de medicamentos | 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

T3 – Marcas no preferidas

QL – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a 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 de medicamentos | 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 de medicamentos | 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        |
| <b>MEDICAMENTOS PSICOTERAPÉUTICOS (Esquizofrenia/antipsicóticos)<sup>8</sup></b>   |                       |                                   |
| <b>ANTIPSI., ANTAG. DE LA DOPAMINA, DIFENILBUTILPIPERIDINAS</b>                    |                       |                                   |
| <i>pimozide</i>  | T1                    |                                   |
| <b>ANTIPSIÓTICOS, 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>           |                       |                                   |
|--|-----------------------|-----------------------------------|
| Nombre del medicamento con receta  | Nivel de medicamentos | 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>      |                       |                                   |
|---|-----------------------|-----------------------------------|
| Nombre del medicamento con receta   | Nivel de medicamentos | 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 de medicamentos | 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 SYRP  | 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 de medicamentos | 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                    |                                   |
| water for irrigation,sterile   | 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 de medicamentos | 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 ANTIPSORIÁSICOS</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 de medicamentos | 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 de medicamentos | 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 de medicamentos | 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 de medicamentos | 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 de medicamentos | 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 de medicamentos | 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-Smoothie-Fs)     | T1                    |                                   |
| <i>fluocinolone acetonide</i> (Synalar)               | T1                    |                                   |
| <i>fluocinolone/shower cap</i> (Derma-Smoothie-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 de medicamentos | Requisitos y límites de cobertura |
| <b>ANTIINFLAMATORIOS ESTEROIDEOS TÓPICOS (cont.)</b>           |                       |                                   |
| <i>flurandrenolide 0.05% lotion (Cordran)</i>                  | T1                    | ST QL(120 mls/30 days)            |
| <i>flurandrenolide 0.05% ointment (Cordran)</i>                | T1                    | ST QL(120 gms/30 days)            |
| <i>fluticasone prop 0.005% oint</i>                            | T1                    |                                   |
| <i>fluticasone prop 0.05% cream (Cutivate)</i>                 | T1                    |                                   |
| <i>fluticasone prop 0.05% lotion (Cutivate)</i>                | T1                    | ST                                |
| <i>fluticasone propionate (Cutivate)</i>                       | T1                    | ST                                |
| <i>halcinonide (Halog)</i>                                     | 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 (Ultravate)</i>                | T1                    |                                   |
| <i>halobetasol prop 0.05% ointmnt (Ultravate)</i>              | T1                    |                                   |
| HALOG  | T3                    | ST                                |
| HALOG ( <i>halcinonide</i> )                                   | T3                    | ST                                |
| <i>hydrocort buty 0.1% lipid crm (Locoid Lipocream)</i>        | T1                    | QL(120 gms/30 days)               |
| <i>hydrocort buty 0.1% lipo cream (Locoid Lipocream)</i>       | T1                    | QL(120 gms/30 days)               |
| <i>hydrocort/min oil/petrolat,wht</i>                          | T1                    |                                   |
| <i>hydrocortisone</i>  | T1                    |                                   |
| <i>hydrocortisone (Ala-Scalp)</i>                              | T1                    |                                   |
| <i>hydrocortisone (Anusol-Hc)</i>                              | T1                    |                                   |
| <i>hydrocortisone buty 0.1% cream</i>                          | T1                    | QL(120 gms/30 days)               |
| <i>hydrocortisone butyr 0.1% lotn (Locoid)</i>                 | 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 (Cordran)</i>                             | T1                    | ST QL(120 gms/30 days)            |
| <i>nolix 0.05% lotion (Cordran)</i>                            | 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 de medicamentos | 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 de medicamentos | 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 de medicamentos | 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 de medicamentos | 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 CONDUCT. 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 de medicamentos | 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 de medicamentos | 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 de medicamentos | 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 de medicamentos | 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>ALÉRGENOS 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 de medicamentos | 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 de medicamentos | 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>eqi isopropyl alcohol 91%</i>  | T1                    |                                   |
| <i>eqi 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 de medicamentos | 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                    |                                   |
| <b>EXCIPIENTES</b>  |                       |                                   |
| GELFILM   | T3                    |                                   |
| HYDROXYPROPYLCELLULOSE  | T2                    |                                   |
| HYPROMELLOSE  | T2                    |                                   |
| PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Nutritivos/alimenticios)        |                       |                                   |
| <b>AGENTES PARA DEFICIENCIAS METABÓLICAS</b>                              |                       |                                   |
| <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) |                       |                                   |
| <b>AGENTES QUE ESTIM. LA FORMACIÓN DE HUESO - HORMONA PARATIROIDEA</b>    |                       |                                   |
| FORTEO ( <i>teriparatide</i> )  | T4                    | PA QL(1 pens/28 days) SP HD       |
| <i>teriparatide 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 de medicamentos | 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 de medicamentos | 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 de medicamentos | 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                                |
| <b>PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS NO CLASIFICADOS (Control del peso)</b>       |                       |                                   |
| <b>ESTIM. DEL APETITO PARA LA ANOREXIA, CAQUEXIA, SÍND. DE DESGASTE</b>  |                       |                                   |
| <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                    |                                   |
| <b>VITAMINAS (Nutritivas/alimenticias)</b>                               |                       |                                   |
| <b>COMBINACIONES MULTIVITAMÍNICAS ANTIOXIDANTES</b>                      |                       |                                   |
| 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>eq 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 de medicamentos | 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 de medicamentos | 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 de medicamentos | 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

T3 – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a 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 de medicamentos | 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 de medicamentos | 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 ( <i>multivit-min/fa/lycopen/lutein</i> )      | T3                    |                                   |
| CENTRUM SILVER ULTRA MEN'S ( <i>multivit-min/fa/lycopen/lutein</i> ) | T2                    |                                   |
| CENTRUM SILVER WOMEN ( <i>multivit-min/iron/folic/lutein</i> )       | T3                    |                                   |
| CENTRUM SPECIALIST ENERGY  | T3                    |                                   |
| CENTRUM SPECIALIST HEART   | T2                    |                                   |
| CENTRUM ULTRA MEN'S  | T2                    |                                   |
| CENTURY MEN'S  | T3                    |                                   |
| <i>certavite senior tablet</i> (Centrum Silver)                      | T1                    |                                   |
| <i>certavite senior tablet</i> (Certavite Senior)                    | T1                    |                                   |
| CERTAVITE SENIOR TABLET ( <i>multivit-min/fa/lycopen/lutein</i> )    | T3                    |                                   |
| <i>certavite-antioxidant tablet</i> (Certavite-Antioxidant)          | T1                    |                                   |
| CERTAVITE-ANTIOXIDANT TABLET ( <i>multivitamin/iron/folic acid</i> ) | T3                    |                                   |
| <i>certavite-antioxidant tablet</i> (Tab-A-Vite Multivit With Iron)  | T1                    |                                   |
| COMPLETE MEN   | T2                    |                                   |
| COMPLETE MEN 50 PLUS   | T3                    |                                   |
| COMPLETE MULTIVITAMIN-MINERAL  | T3                    |                                   |
| CONCEPT DHA ( <i>mvn-min75/iron/iron ps/om3/dha</i> )                | T3                    |                                   |
| CONCEPT OB ( <i>mvn-min 74/iron fum/iron/fa</i> )                    | T3                    |                                   |
| CORVITE  | T3                    |                                   |
| CULTURELLE PROBIOTIC-MULTIVIT  | T3                    |                                   |
| <i>cvs b-complex-vit c caplet</i>                                    | T1                    |                                   |
| CVS DAILY MULTIPLE TABLET  | T2                    |                                   |
| <i>cvs daily multiple tablet</i> (One-A-Day)                         | T1                    |                                   |
| <i>cvs hair, skin and nails cplt</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 de medicamentos | 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 de medicamentos | 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 de medicamentos | 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/hb179</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 de medicamentos | 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

T3 – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a 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 de medicamentos | 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 de medicamentos | 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 de medicamentos | 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 de medicamentos | 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 de medicamentos | 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 de medicamentos | 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 de medicamentos | 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 ( <i>multivitamin</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 de medicamentos | 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 de medicamentos | 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 de medicamentos | 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 de medicamentos | 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

T3 – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a 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 de medicamentos | 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 de medicamentos | 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                                |
| FOLTX   | 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 de medicamentos | 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 de medicamentos | 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 quints b-50 tablet</i>                           | T1                    | HD PPACA                          |
| <i>super quints 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

T3 – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a 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 de medicamentos | 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 de medicamentos | 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 de medicamentos | 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 de medicamentos | 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

T3 – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a 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 de medicamentos | 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 de medicamentos | 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

T3 – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a 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 de medicamentos | 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

T3 – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a 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 de medicamentos | 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 de medicamentos | 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 DOTREMIM                            | 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 de medicamentos | 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 de medicamentos | 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

T3 – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a 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 de medicamentos | 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 de medicamentos | 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

T3 – Límite a la cantidad

ST – Tratamiento escalonado

AGE – Requisito de edad

SP – Medicamentos de especialidad

HD – Puede requerir entrega a 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 de medicamentos | 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 de medicamentos | 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      |
| IST TIER .....                   | 135, 150 |
| IST TIER UNILET COMFORTOUCH..... | 150      |
| 2-IN-1 .....                     | 135, 150 |
| 2-IN-1 LANCET DEVICE .....       | 150      |
| 2TEK.....                        | 128      |
| 5-MTHF.....                      | 215      |
| 50 PLUS ADULT EYE.....           | 195      |

## A

|                                      |                         |
|--------------------------------------|-------------------------|
| A-25 .....                           | 214                     |
| abacavir .....                       | 65, 66                  |
| abacavir/lamivudine/zidovudine ..... | 65                      |
| abacavir sulfate/lamivudine .....    | 65                      |
| ABANEU-SL.....                       | 220                     |
| ABATRON .....                        | 108                     |
| ABC COMPLETE .....                   | 198                     |
| ABDEK.....                           | 210                     |
| ABILIFY.....                         | 170                     |
| abiraterone.....                     | 55                      |
| ABSORICA .....                       | 174                     |
| ABSTRAL .....                        | 22                      |
| acamprostate.....                    | 189                     |
| acarbose .....                       | 48                      |
| ACCOLATE .....                       | 32                      |
| ACCRUFER .....                       | 108                     |
| ACCU-CHEK .....                      | 128, 135, 150, 155, 156 |
| ACCUPRIL.....                        | 80                      |
| ACCURETIC.....                       | 79                      |
| ACCUTREND.....                       | 128                     |
| ACD-A .....                          | 42                      |
| ACD SOLUTION A .....                 | 42                      |
| ACE.....                             | 79, 80, 81              |
| ACE AEROSOL.....                     | 156                     |
| acebutolol.....                      | 82                      |
| acetaminophen/caff/dihydrocod.....   | 22                      |
| acetaminophen with codeine.....      | 21                      |
| acetazolamide.....                   | 97                      |
| acetic acid .....                    | 51, 100, 173            |
| acetic acid/oxyquinoline .....       | 51                      |
| acetylcysteine .....                 | 32                      |
| acetylcyst/methylb12/levomefol ..... | 215                     |
| a/c/e/zinc ox/cupric ox/lutein.....  | 195                     |
| a/c/e/zinc/sod selenate/copper ..... | 198                     |
| acitretin .....                      | 173                     |
| ACTEMRA.....                         | 126                     |
| ACTHIB .....                         | 73, 74                  |
| ACTICLATE .....                      | 39                      |

|                                 |                                   |
|---------------------------------|-----------------------------------|
| acti-lance .....                | 135, 150                          |
| ACTI-LANCE .....                | 135, 150                          |
| acti-lance lite.....            | 150                               |
| acti-lance univers.....         | 150                               |
| ACTI-LANCE UNIVERS .....        | 150                               |
| ACTIMMUNE.....                  | 61                                |
| ACTIQ .....                     | 22                                |
| ACTIVE FE .....                 | 108                               |
| ACTIVELLA.....                  | 121                               |
| ACTIVNUTRIENTS.....             | 198                               |
| ACTONEL .....                   | 193                               |
| ACTOPLUS MET .....              | 49                                |
| ACTOS .....                     | 50                                |
| ACULAR .....                    | 100                               |
| acyclovir .....                 | 68, 69                            |
| ACZONE.....                     | 174                               |
| ADACEL TDAP .....               | 73                                |
| ADALIMUMAB .....                | 53                                |
| ADALIMUMAB-ADBM .....           | 53                                |
| adapalene.....                  | 174, 183, 184                     |
| ADAPALENE .....                 | 183                               |
| adapalene/benzoyl peroxide..... | 174                               |
| ADBRY .....                     | 194                               |
| ADDYI .....                     | 169                               |
| adefovir .....                  | 69                                |
| ADEK GUMMIES .....              | 198                               |
| ADEMPAS .....                   | 78                                |
| ADIPEX-P .....                  | 62                                |
| ADJUSTABLE LANCING DEVICE ..... | 128                               |
| ADLARITY.....                   | 70                                |
| ADLYXIN.....                    | 47                                |
| ADRENALIN CHLORIDE .....        | 99                                |
| adthyza .....                   | 184, 185                          |
| ADULT 50 PLUS EYE HEALTH.....   | 195                               |
| ADULT MULTI.....                | 198                               |
| ADULT ONE DAILY.....            | 199                               |
| ADULTS' DAILY FORMULA.....      | 199                               |
| ADULTS MULTIVITAMIN .....       | 199                               |
| ADVAIR DISKUS.....              | 30                                |
| ADVAIR HFA.....                 | 30                                |
| ADVANCED .....                  | 128, 135, 150, 196, 199, 203, 209 |
| ADVANCED LANCING DEVICE.....    | 128                               |
| ADVANCED MULTI EA.....          | 199                               |
| ADVANCED TRAVEL LANCETS.....    | 150                               |
| ADVOCATE.....                   | 128, 135, 150, 175                |
| ADVOCATE CONTROL SOLUTION.....  | 128                               |
| ADVOCATE LANCET .....           | 150                               |

## Índice de medicamentos

|                                     |                        |                                     |                |
|-------------------------------------|------------------------|-------------------------------------|----------------|
| ADVOCATE LANCETS .....              | 150                    | almotriptan.....                    | 19             |
| ADVOCATE LANCING DEVICE.....        | 128                    | almotriptan malate.....             | 15             |
| ADVOCATE RAPID-SAFE LANCING DV..... | 128                    | alosetron.....                      | 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                    | AMLADDEX.....                       | 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             |
| ALLZITAL.....                       | 19                     | 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                               |
| BARACLUDGE.....                    | 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 | BUTTERFLY TOUCH LANCET .....        | 151                          |
| BOCASAL .....                               | 188           | BYDUREON BCISE.....                 | 48                           |
| BODY, HAIR, SKIN AND NAILS.....             | 199           | BYDUREON PEN.....                   | 48                           |
| BOOSTRIX TDAP .....                         | 73            | BYETTA .....                        | 48                           |
| bosentan.....                               | 78            | BYLVAY.....                         | 118                          |
| BOSULIF .....                               | 57            | <b>C</b>                            |                              |
| BRAINSTRONG .....                           | 159           | c-1,000 .....                       | 224                          |
| BREATHERITE.....                            | 156, 157      | cabergoline.....                    | 124                          |
| BREATHRITE.....                             | 157           | CABOMETYX.....                      | 57                           |
| BREEZE 2 .....                              | 129           | CADEAU DHA .....                    | 159                          |
| BREO ELLIPTA .....                          | 31            | CADUET .....                        | 83                           |
| BREWER'S YEAST .....                        | 216           | CAFERGOT .....                      | 15, 19                       |
| BREXAFEMME.....                             | 45            | caffeine.....                       | 19, 86, 158, 159             |
| brey-na.....                                | 31            | CALAN .....                         | 76                           |
| BREZTRI AEROSPHERE.....                     | 31            | calcipotriene.....                  | 174, 175, 183                |
| BRILINTA.....                               | 64            | calcitonin,salmon,synthetic .....   | 126                          |
| brimonidine .....                           | 102           | calcitriol.....                     | 175, 227, 229                |
| BRIMONIDINE-DORZOLAMIDE .....               | 102           | calcium acetate.....                | 107                          |
| brinzolamide.....                           | 102           | CALCIUM PANTOTHENATE.....           | 210                          |
| BRIVIACT .....                              | 89            | CALQUENCE .....                     | 57                           |
| BROMFED DM .....                            | 93            | CAMBIA .....                        | 19                           |
| bromfenac.....                              | 100, 240      | CAMZYOS.....                        | 77                           |
| bromocriptine .....                         | 63, 64        | candesartan cilexetil.....          | 81                           |
| brompheniramine/pseudoephed/dm .....        | 93            | candesartan/hydrochlorothiazid..... | 80                           |
| BRONCHITOL.....                             | 185           | CANNULA.....                        | 141, 143, 145, 146, 148      |
| BROVANA.....                                | 30            | CANTHARIDIN-ACETONE.....            | 177                          |
| BRUKINSA.....                               | 57            | CAPCOF .....                        | 93                           |
| BRYHALI.....                                | 179           | capecitabine.....                   | 55, 56                       |
| B-STRESS .....                              | 216           | CAPEX.....                          | 179                          |
| budesonide .....                            | 31, 122, 123  | CAPHOSOL.....                       | 188                          |
| BULK SYRINGE.....                           | 143           | CAPLYTA.....                        | 169                          |
| BULLSEYE .....                              | 135, 151      | CAPRELSA .....                      | 57                           |
| BULLSEYE MINI SAFETY LANCETS.....           | 151           | captopril .....                     | 79, 81                       |
| bumetanide.....                             | 98            | captopril/hydrochlorothiazide.....  | 79                           |
| BUPHENYL.....                               | 114           | CARBAGLU .....                      | 189                          |
| buprenorphine .....                         | 22, 194       | carbamazepine.....                  | 89, 90                       |
| bupropion.....                              | 164, 184      | CARBATROL.....                      | 89                           |
| buspirone .....                             | 164           | carbidopa.....                      | 63, 64                       |
| butalb-acetamin-caff 50-300-40.....         | 15            | carbidopa/levodopa .....            | 63, 64                       |
| butalb-acetamin-caff 50-325-40 .....        | 15            | carbinoxamine .....                 | 47                           |
| butalb/acetaminophen/caffeine .....         | 15, 19        | CARDIOTEK-RX.....                   | 216                          |
| butalb-aspirin-caffe 50-325-40 .....        | 15            | CARDIZEM.....                       | 76                           |
| butalbit/acetamin/caff/codeine .....        | 24            | CARDURA.....                        | 79, 80                       |
| butalbital/acetaminophen.....               | 15, 19        | CAREONE.....                        | 129, 135, 151                |
| butalbital-asa-caffeine cap (Fiorinal)..... | 15            | CAREPOINT .....                     | 141, 143                     |
| butalbital/aspirin/caffeine .....           | 19            | CARESENS.....                       | 129, 135, 151                |
| butorphanol.....                            | 22, 240       | CARETOUCH.....                      | 129, 135, 141, 143, 151, 176 |
| BUTTERFLY .....                             | 135, 151      | carglumic .....                     | 189                          |



## Índice de medicamentos

|                                    |                    |                                     |                |
|------------------------------------|--------------------|-------------------------------------|----------------|
| carisoprodol .....                 | 24, 158, 159       | CHILD COMPLETE .....                | 210, 211       |
| carisoprodol/aspirin/codeine ..... | 24                 | CHILD MULTIVITAMIN PLUS IRON.....   | 211            |
| 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         |

## Índice de medicamentos

|                                      |                         |                                     |  |
|--------------------------------------|-------------------------|-------------------------------------|--|
| CLARINEX-D.....                      | 46                      | COMBISTIX REAGENT .....             | 97   |
| clarithromycin.....                  | 37                      | COMBIVENT .....                     | 30   |
| 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                     |                                     |  |

## Índice de medicamentos

|   |                    |                               |  |
|---|--------------------|-------------------------------|--|
| CULTURELLE.....   | 200, 211           | CYSTOGRAFIN-DILUTE.....       | 96                                     |
| CULTURELLE KIDS.....  | 211                | CYTO B-1.....                 | 220                                    |
| CURITY ALCOHOL PREPS.....   | 176                | CYTO B-2.....                 | 223                                    |
| CUROSURF.....   | 185                | CYTO B7.....                  | 217                                    |
| CUTIVATE.....   | 180                | CYTO C.....                   | 224                                    |
| cvs105, 108, 159, 176, 191, 197, 200, 201, 209, 211, 214, 216, 221, 223, 224, 227, 228, 232 |                    | CYTOTEC.....                  | 115                                    |
| CVS .....53, 105, 108, 159, 163, 176, 191, 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                 | DEMSEER.....                  | 81                                     |
| cyproheptadine.....   | 47                 | DENAVIR.....                  | 69                                     |
| CYPROHEPTADINE.....   | 47                 | DENG VAXIA.....               | 73                                     |
| CYSTAGON.....   | 194                | DENOVO.....                   | 197                                    |
| CYSTARAN.....   | 104                | DEPAKOTE.....                 | 89                                     |
| CYTO-CONRAY II.....   | 96                 | DEPEN.....                    | 26                                     |
| CYSTOGRAFIN.....  | 96                 | DEPLIN-ALGAL OIL.....         | 197                                    |
|   |                    | DEPO-ESTRADIOL.....           | 122                                    |
|   |                    | DEPO-PROVERA.....             | 92                                     |

## Índice de medicamentos

|                                    |                      |                                     |                    |
|------------------------------------|----------------------|-------------------------------------|--------------------|
| DEPO-SUBQ PROVERA.....             | 92                   | dicloxacillin.....                  | 38                 |
| DEPO-TESTOSTERONE.....             | 120                  | dicyclomine.....                    | 114                |
| DERMACINRX.....                    | 201, 228             | didanosine.....                     | 66                 |
| 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                  | DOPTLET.....                        | 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                |

## Índice de medicamentos

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

## Índice de medicamentos

|                                   |  |                                     |                         |
|-----------------------------------|--|-------------------------------------|-------------------------|
| ENFAMIL.....                      | 107  | ESKATA.....                         | 175                     |
| ENGERIX-B.....                    | 74   | esomeprazole.....                   | 27, 119                 |
| ENLITE SERTER.....                | 130  | ESOMEPRAZOLE.....                   | 119                     |
| ENLYTE.....                       | 197  | ESSENCE C.....                      | 224                     |
| enoxaparin.....                   | 43   | ESSENTIAL.....                      | 159, 201, 202, 205, 207 |
| ENSPRYNG.....                     | 126  | estazolam.....                      | 172                     |
| ENSTILAR.....                     | 183  | ESTER-C.....                        | 224                     |
| entacapone.....                   | 63, 64   | ESTRACE.....                        | 122                     |
| entecavir.....                    | 69   | estradiol.....                      | 92, 93, 121, 122, 125   |
| ENTEREG.....                      | 119  | estrogen.ester/me-testosterone..... | 121                     |
| ENTERO VU.....                    | 96   | ESTROVEN.....                       | 202                     |
| ENTRESTO.....                     | 80   | eszopiclone.....                    | 172                     |
| ENZOCLEAR.....                    | 177  | ethacrynic.....                     | 98                      |
| EPCLUSA.....                      | 69   | ethambutol.....                     | 36                      |
| EPIDIOLEX.....                    | 89   | ethinyl estradiol/drospirenone..... | 92                      |
| EPIDUO FORTE.....                 | 174  | ethosuximide.....                   | 89, 91                  |
| EPIFOAM.....                      | 182  | ethynodiol d-ethinyl estradiol..... | 92                      |
| epinastine.....                   | 47   | etodolac.....                       | 27, 28                  |
| epinephrine.....                  | 70, 99   | etonogestrel/ethinyl estradiol..... | 92                      |
| EPIPEN.....                       | 70   | etoposide.....                      | 61                      |
| EPISIL.....                       | 188  | etravirine.....                     | 66                      |
| EPIVIR.....                       | 66, 69   | EUCRISA.....                        | 178                     |
| eplerenone.....                   | 98   | EULEXIN.....                        | 55                      |
| eprosartan.....                   | 81   | EURAX.....                          | 63                      |
| EPSOLAY.....                      | 177  | EVEKEO.....                         | 71                      |
| EPZICOM.....                      | 65   | EVENCARE.....                       | 130                     |
| EQ.....                           | 195, 201, 211                                    | everolimus.....                     | 57, 127, 128            |
| EQ CHILD.....                     | 211  | EVICEL.....                         | 75                      |
| eql.....                          | 108, 191, 195, 201, 217, 221, 223, 224, 228, 232 | EVISTA.....                         | 193                     |
| eql slow release iron.....        | 108  | EVOCLIN.....                        | 41                      |
| eql vitamin.....                  | 221, 224, 228, 232                               | EVOLUTION.....                      | 130                     |
| EQUETRO.....                      | 164  | EVOTAZ.....                         | 67                      |
| EQ VISION.....                    | 195  | EVOXAC.....                         | 71                      |
| ERGOCAL.....                      | 228  | EXEL.....                           | 141, 145                |
| ergocalciferol.....               | 228  | EXELDERM.....                       | 46                      |
| ergoloid.....                     | 83   | EXEL HUBER.....                     | 141                     |
| ERGOMAR.....                      | 19   | EXELON.....                         | 70                      |
| ergotamine tartrate/caffeine..... | 15, 19   | exemestane.....                     | 56                      |
| ERIVEDGE.....                     | 56   | EXKIVITY.....                       | 58                      |
| ERLEADA.....                      | 55   | EXPECTA PRENATAL.....               | 159                     |
| erlotinib.....                    | 58, 60   | EXSERVAN.....                       | 86                      |
| ERMEZA.....                       | 185  | EXTENDED RESERVOIR.....             | 145                     |
| ERYPED.....                       | 37   | EXTINA.....                         | 46                      |
| ERY-TAB.....                      | 37   | EYE HEALTH AND LUTEIN.....          | 195                     |
| ery-tab dr.....                   | 37   | EYE HEALTH PLUS LUTEIN TABLET.....  | 195                     |
| erythromycin.....                 | 34, 37, 41                                       | EYE MULTIVITAMIN.....               | 195                     |
| escitalopram.....                 | 165  | EYEPROTECT.....                     | 195                     |
| ESGIC.....                        | 15, 19   | EYSUVIS.....                        | 100                     |

## Índice de medicamentos

|                                     |                    |                                     |                    |
|-------------------------------------|--------------------|-------------------------------------|--------------------|
| EZ.....                             | 135, 136, 151, 152 | ferrous fumarate.....               | 109, 110           |
| E-Z DISK.....                       | 96                 | FERROUS FUMARATE.....               | 109                |
| ezetimibe.....                      | 83, 85             | ferrous fum/vit c/b12-if/folic..... | 109                |
| ezetimibe/simvastatin.....          | 83                 | ferrous gluconate.....              | 109, 204           |
| E-Z-HD.....                         | 96                 | ferrous sulfate.....                | 109                |
| EZ-LETS.....                        | 152                | ferumoxytol.....                    | 109                |
| E-Z-PAQUE.....                      | 96                 | fesoterodine.....                   | 195                |
| 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                 |
| FERRETT'S IPS.....                  | 109                | FLUBLOK QUAD.....                   | 73                 |
| FERRIMIN.....                       | 109                | FLUCELVAX QUAD.....                 | 73                 |
| FERRIPROX.....                      | 190                | fluconazole.....                    | 44                 |
| FERRLECIT.....                      | 109                | flucytosine.....                    | 44, 45             |
| FERRO-SEQUELS.....                  | 109                | fludrocortisone.....                | 124                |

## Índice de medicamentos

|                                     |   |                                      |                   |
|-------------------------------------|---|--------------------------------------|-------------------|
| FLULAVAL QUAD .....                 | 73  | FOLTX .....                          | 217               |
| FLUMADINE .....                     | 68  | FOLVITE-D .....                      | 229               |
| FLUMIST QUAD .....                  | 73  | fondaparinux.....                    | 43                |
| flunisolide .....                   | 99  | FORA.....                            | 95, 130, 136, 152 |
| fluocinolone.....                   | 100, 180, 182   | FORACARE .....                       | 130, 136, 152     |
| fluocinonide .....                  | 180   | FORACARE LANCETS.....                | 152               |
| fluorescein.....                    | 95, 101   | FORA GTEL .....                      | 95, 130           |
| FLUORESCIN-BENOXINATE .....         | 101   | FORA LANCETS .....                   | 152               |
| fluoride .....                      | 104, 105, 107, 108, 112, 113, 212, 213  | formaldehyde.....                    | 173               |
| FLUORIDEX.....                      | 104, 107  | formoterol .....                     | 30                |
| fluorometholone.....                | 100   | FORTAMET .....                       | 48                |
| FLUOROPLEX.....                     | 61  | FORTAVIT .....                       | 202               |
| fluorouracil .....                  | 61  | FORTEO .....                         | 192               |
| fluoxetine .....                    | 165, 171  | FORTESTA .....                       | 120               |
| fluphenazine.....                   | 171   | FORTISCARE .....                     | 131               |
| FLURA-DROPS.....                    | 105, 113  | FOSAMAX .....                        | 193               |
| flurandrenolide .....               | 180, 181  | FOSAMAX PLUS D .....                 | 193               |
| flurazepam .....                    | 172   | fosamprenavir .....                  | 67                |
| flurbiprofen .....                  | 28, 100   | fosaprepitant .....                  | 115               |
| flutamide.....                      | 55  | fosfomycin tromethamine .....        | 35                |
| fluticasone .....                   | 30, 31, 99, 180, 181  | fosinopril .....                     | 79, 81            |
| fluticasone propion/salmeterol..... | 30, 31  | fosinopril/hydrochlorothiazide ..... | 79                |
| fluticasone-salmeterol .....        | 31  | FRAGMIN.....                         | 43                |
| fluticasone-salmeterol 100-50.....  | 31  | FREEDAVITE.....                      | 202               |
| fluvastatin .....                   | 84  | FREESTYLE.....                       | 95, 131, 136, 152 |
| fluvoxamine .....                   | 165   | FREESTYLE INSULINX .....             | 95                |
| FLUZONE HIGH-DOSE.....              | 73  | FREESTYLE LITE.....                  | 95                |
| FLUZONE QUAD .....                  | 73  | FROVA .....                          | 19                |
| FML .....                           | 100   | frovatriptan succinate.....          | 19                |
| fn vitamin .....                    | 221   | FRUIT C.....                         | 224, 225          |
| FOLAGENT .....                      | 202   | fruit c-100 .....                    | 224               |
| FOLAMAX .....                       | 202   | FRUIT C-100 .....                    | 224               |
| FOLAMED.....                        | 202   | ft.....                              | 229               |
| FOLIC.....                          | 160, 197, 198, 202, 215, 219, 221, 223, 228   | FT .....                             | 191               |
| 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 | ful-glo .....                        | 95                |
| folic/mvi ther-min/lycop/lut.....   | 202   | FUL-GLO .....                        | 95                |
| FOLIKA.....                         | 197, 202, 217, 228  | FULPHILA.....                        | 91                |
| FOLIKA-BC.....                      | 217   | FURADANTIN.....                      | 37                |
| FOLIKA-D .....                      | 228   | furosemide.....                      | 98                |
| FOLIKA-NC .....                     | 217   | FUSION.....                          | 66, 109           |
| FOLIKA-T .....                      | 217   | FUZEON.....                          | 66                |
| FOLIKA-V .....                      | 197   | FYCOMPA .....                        | 89                |
| FOLINIC-PLUS .....                  | 217   | <b>G</b>                             |                   |
| FOLITE.....                         | 197   | gabapentin .....                     | 88, 89            |
| FOLIXAPURE.....                     | 228   | GABITRIL .....                       | 89                |
| FOLLISTIM AQ.....                   | 125   | GALAFOLD.....                        | 191               |
| FOLTRATE .....                      | 221   | galantamine.....                     | 70                |
|                                     |   | GALZIN.....                          | 190               |



## Índice de medicamentos

|                                 |               |  |   |
|---------------------------------|---------------|--|---|
| ganirelix.....                  | 124           | glucose.....   | 105, 106, 107                                       |
| GANIRELIX.....                  | 124           | GLUCOSE.....   | 95, 97, 105, 106, 107, 128, 129, 130, 131, 132, 133 |
| GARDASIL 9.....                 | 74            | GLUCOSE CONTROL.....   | 128, 129, 130, 131, 133                             |
| GASTROCROM.....                 | 26            | GLUCOSE LIQUID.....  | 105, 106  |
| GASTROGRAFIN.....               | 96            | GLUCOTROL.....   | 49  |
| GASTROMARK.....                 | 96            | GLUTOL.....  | 107   |
| gatifloxacin.....               | 34            | GLUTOSE-I5.....  | 106   |
| GATIFLOXACIN-DEXAMETHASONE..... | 33            | GLUTOSE-45.....  | 106   |
| GATTEX.....                     | 119           | glyburide.....   | 49  |
| 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 |  |   |

## Índice de medicamentos

|                                      |  |                                  |   |
|--------------------------------------|--|----------------------------------|---|
| HALOG.....                           | 181  | HURRICAIN LUER-LOCK .....        | 141   |
| haloperidol.....                     | 171  | HYCAMTIN .....                   | 57  |
| HARD NAILS.....                      | 217  | HYCODAN.....                     | 94  |
| HARVONI.....                         | 69   | hydralazine.....                 | 82, 83                                      |
| HEALON GV.....                       | 104  | HYDREA.....                      | 55  |
| HEALTHPRO GLUCOSE CONTROL SOLN.....  | 131  | hydrochlorothiazide .....        | 79, 80, 82, 83, 98, 99                      |
| HEALTHY.....                         | 131, 137, 152, 196, 205, 206                     | hydrocodone .....                | 21, 22, 23, 94                              |
| HEALTHY ACCENTS AUTOLET .....        | 131  | hydrocodone-acetamin.....        | 21  |
| HEALTHY ACCENTS UNILET LANCET .....  | 152  | HYDROCODONE-ACETAMIN.....        | 21  |
| 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   |

## Índice de medicamentos

|                                   |   |                                     |   |
|-----------------------------------|---|-------------------------------------|---|
| I.L.X. B-12.....                  | 110   | INTERLINK.....                      | 145   |
| IMBRUVICA.....                    | 58  | INTRINSI.....                       | 221   |
| IMCIVREE.....                     | 62  | INVACARE.....                       | 137, 152  |
| imipramine.....                   | 167   | INVEGA.....                         | 169   |
| imiquimod.....                    | 177   | INVELTYS.....                       | 100   |
| IMMUNERX.....                     | 203   | INVIRASE.....                       | 67  |
| IMPAVIDO.....                     | 53  | iodine/potassium iodide.....        | 183   |
| IMURAN.....                       | 127   | iodine/sodium iodide.....           | 183   |
| INBRIJA.....                      | 63  | IODOFLEX.....                       | 183   |
| 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.....                         | III   |
| INFASURF.....                     | 185   | iron,carbonyl.....                  | 108, 110, III   |
| INFED.....                        | 110   | iron fm.....                        | 110, 112  |
| INFINITY.....                     | 132   | iron/folic.....                     | III, 160, 161, 162, 199, 200, 203, 204, 205, 208                          |
| INFUVITE.....                     | 203, 212                                      | iron fum.....                       | 110, III, 160, 161, 200, 204, 205, 211                                    |
| INGREZZA.....                     | 86  | iron fumarate.....                  | III, 160  |
| INJECT.....                       | 137, 145, 152                                 | iron polysac.....                   | III   |
| INJECTAFER.....                   | 110   | iron polysaccharide.....            | 110, III  |
| INJECT EASE.....                  | 152   | IRONUP.....                         | III   |
| INJECT-EASE.....                  | 145   | IRO-PLEX.....                       | III   |
| INLYTA.....                       | 58  | IROSPAN.....                        | III   |
| 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  |                                     |   |

## Índice de medicamentos

|                                     |                  |                                     |   |
|-------------------------------------|------------------|-------------------------------------|---|
| IV 3000 .....                       | 149              | KLARITY .....                       | 34, 100, 101, 104                                     |
| IV3000 .....                        | 149              | KLARITY-A(AZITHROMYCIN-CHONDR)..... | 34  |
| IV ADMINISTRATION SET .....         | 156              | KLARON.....                         | 174   |
| ivermectin.....                     | 52, 63, 177, 178 | KLOXXADO .....                      | 44  |
| IWILFIN.....                        | 58               | KOSELUGO.....                       | 56  |
| <b>J</b>                            |                  | KOSHER PRENATAL.....                | 159   |
| JAKAFI .....                        | 56               | K-PAX.....                          | 203   |
| JALYN.....                          | 194              | K-PHOS.....                         | 113   |
| JANSSEN COVID-19 VACCINE.....       | 72               | KPN PRENATAL .....                  | 159   |
| 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/amoxiciln/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  |

## Índice de medicamentos

|                                     |                         |                                     |                    |
|-------------------------------------|-------------------------|-------------------------------------|--------------------|
| lenalidomide.....                   | 57                      | lithium.....                        | 164                |
| LENVIMA.....                        | 58                      | LITHOBID.....                       | 164                |
| LESCOL.....                         | 84                      | LITHOSTAT.....                      | 114                |
| L.E.T.....                          | 25                      | LITTLE ANIMALS.....                 | 212                |
| letrozole.....                      | 56                      | LIVALO.....                         | 84                 |
| leucovorin.....                     | 186                     | LIVITA.....                         | 212                |
| LEUKERAN.....                       | 55                      | LIVMARLI.....                       | 118                |
| levabuterol.....                    | 30                      | LIVTENCITY.....                     | 68                 |
| LEVBID.....                         | 116                     | l-mefol/a-cyst/mebl2/algol oil..... | 218                |
| LEVER LOCK CANNULA.....             | 145                     | l-mefolate/b3/copp/znsel/chrom..... | 203                |
| levetiracetam.....                  | 90                      | L-METHYLFOL.....                    | 218                |
| LEVITRA.....                        | 187                     | l-norgest/e.estradiol-e.estrad..... | 92                 |
| levobunolol.....                    | 102                     | LODINE.....                         | 28                 |
| levocarnitine.....                  | 192                     | LODOSYN.....                        | 64                 |
| levofloxacin.....                   | 34, 38                  | LOKELMA.....                        | 107                |
| LEVOMEFOL.....                      | 217                     | LOMAIRA.....                        | 62                 |
| levomefolate.....                   | 197, 215, 216, 217, 219 | LOMOTIL.....                        | 114                |
| LEVOMEFOLATE.....                   | 217                     | longs glucose.....                  | 106                |
| levonorgestrel/ethin.estradiol..... | 92                      | LONHALA MAGNAIR.....                | 29                 |
| levorphanol.....                    | 23                      | LONSURF.....                        | 55                 |
| levothyroxine.....                  | 185                     | LOPID.....                          | 85                 |
| LEVSIN.....                         | 116                     | lopinavir/ritonavir.....            | 67                 |
| LEVULAN.....                        | 61                      | LOPRESSOR.....                      | 82                 |
| LEXIVA.....                         | 67                      | LOPROX.....                         | 46                 |
| LICART.....                         | 174                     | lorazepam.....                      | 163, 164           |
| lidocaine.....                      | 25, 120, 183            | LORBRENA.....                       | 58                 |
| LIDOCAINE-EPINEPHRIN-TETRACAIN..... | 25                      | LORID.....                          | 218                |
| LIDOCAINE-HYDROCORT.....            | 120                     | LORMATE.....                        | 218                |
| LIDOCAN.....                        | 25                      | LORTAB.....                         | 21                 |
| LIFESHIELD BLUNT CANNULA.....       | 141, 145                | LORZONE.....                        | 158                |
| LILETTA.....                        | 93                      | losartan/hydrochlorothiazide.....   | 80                 |
| lindane.....                        | 183                     | losartan potassium.....             | 81                 |
| linezolid.....                      | 38                      | LOTEMAX.....                        | 101                |
| LINZESS.....                        | 118                     | LOTENSIN.....                       | 79, 81             |
| liothyronine.....                   | 185                     | LOTENSIN HCT.....                   | 79                 |
| LIPO.....                           | 196, 253                | loteprednol etabonate.....          | 101                |
| LIPO-FLAVONOID PLUS.....            | 196                     | lovastatin.....                     | 84                 |
| LIPOTRIAD.....                      | 196                     | loxapine.....                       | 171                |
| LIQUID C.....                       | 225                     | lubiprostone.....                   | 118                |
| LIQUID E-Z PAQUE.....               | 96                      | LUCENTIS.....                       | 103                |
| LIQUID POLIBAR PLUS.....            | 96                      | LUER LOCK.....                      | 143, 144, 145, 146 |
| lisdexamfetamine.....               | 167                     | LUER-LOK.....                       | 142, 146, 147      |
| lisinopril.....                     | 79, 81                  | LUERSLIP.....                       | 146                |
| lisinopril/hydrochlorothiazide..... | 79                      | LUER SLIP TIP.....                  | 145                |
| LITEAIRE.....                       | 157                     | LUER TIP CAP.....                   | 146, 148           |
| LITE TOUCH.....                     | 132, 137, 152           | LUMAKRAS.....                       | 56                 |
| LITETOUCH.....                      | 157                     | LUMIGAN.....                        | 102                |
| LITFULO.....                        | 194                     | LUMRYZ.....                         | 171                |
|                                     |                         | LUPKYNIS.....                       | 127                |

## Índice de medicamentos

|                                      |               |                                      |                    |
|--------------------------------------|---------------|--------------------------------------|--------------------|
| LYDIA PINKHAM HERBAL .....           | III           | megestrol .....                      | 61, 195            |
| LYMEPAK.....                         | 39            | meijer glucose .....                 | 106                |
| LYNPARZA.....                        | 58            | MEKINIST .....                       | 56                 |
| LYSODREN .....                       | 61            | meloxicam.....                       | 28                 |
| LYSTEDA.....                         | 74            | melphalan .....                      | 55                 |
| LYTGOBI .....                        | 59            | memantine.....                       | 85, 86             |
| LYUMJEV .....                        | 51            | MEMANTINE.....                       | 85                 |
| <b>M</b>                             |               | MEN 50 .....                         | 198, 200, 203, 207 |
| MACROBID .....                       | 37            | MENACTRA .....                       | 72                 |
| MACRODANTIN.....                     | 37            | MENOPUR.....                         | 125                |
| 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           | methyl dopa.....                     | 82                 |

## Índice de medicamentos


|                                   |                         |                                |          |
|-----------------------------------|-------------------------|--------------------------------|----------|
| methylergonovine.....             | 124                     | MIRAPEX.....                   | 64       |
| METHYLFOLATE.....                 | 197                     | MIRENA.....                    | 93       |
| METHYLIN.....                     | 168                     | mirtazapine.....               | 163      |
| methylphenidate.....              | 168                     | MIRVASO.....                   | 178      |
| METHYLPHENIDATE.....              | 168                     | misoprostol.....               | 27, 115  |
| methylprednisolone.....           | 123                     | MITIGARE.....                  | 26       |
| METHYL PROTECT.....               | 218                     | MITOMYCIN.....                 | 103      |
| methyl salicylate.....            | 177                     | MITOSOL.....                   | 103      |
| methyltestosterone.....           | 120, 121                | MIXED TOCOTRIENOLS.....        | 232      |
| metoclopramide.....               | 118                     | MKO.....                       | 172      |
| 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      |

## Índice de medicamentos

|  |  |                                     |                                   |
|--|--|-------------------------------------|-----------------------------------|
| multilex.....  | 203                                    | NAMZARIC.....                       | 86                                |
| MULTILEX.....  | 203                                    | NANO.....                           | 141, 142, 163, 213                |
| MULTI PRO.....   | 203                                    | NANO 2ND GEN.....                   | 141                               |
| MULTISTIX.....   | 97                                     | NANOVM.....                         | 213                               |
| multivit.... 198, 199, 200, 202, 203, 204, 205, 206, 208, 211, 212, 213, 214                                 |  | NAPRELAN.....                       | 28                                |
| multivitamin .... 161, 200, 201, 202, 204, 205, 206, 208, 211, 212, 213, 214                                 |  | NAPROSYN.....                       | 27, 28                            |
| MULTIVITAMIN . 161, 195, 196, 198, 199, 200, 201, 202, 203, 204, 205, 206, 207, 208, 209, 210, 211, 212, 218 |  | naproxen.....                       | 20, 27, 28                        |
| MULTI-VITE.....  | 204                                    | naproxen/esomeprazole mag.....      | 27                                |
| MULTI-VIT-FLOR.....  | 212                                    | naratriptan.....                    | 19, 20                            |
| MULTIVIT-FLUOR.....  | 212                                    | NARCAN.....                         | 44                                |
| MULTIVIT-FLUORIDE.....   | 212                                    | NARDIL.....                         | 164                               |
| multivit-min/fa/lycopen/lutein.....  | 200, 204                               | NASCOBAL.....                       | 221                               |
| mupirocin.....   | 41                                     | NATACHEW.....                       | 160                               |
| MURI-LUBE.....   | 192                                    | NATACYN.....                        | 44                                |
| MUSE.....  | 187                                    | nateglinide.....                    | 49                                |
| mv.....  | 110, 111, 112, 199, 202, 204, 205, 206 | NATPARA.....                        | 124                               |
| M.V.I. PEDIATRIC.....  | 212                                    | NAYZILAM.....                       | 88                                |
| mvn.....   | 200, 205                               | nebivolol.....                      | 82                                |
| MVW.....   | 205, 213                               | NEBUPENT.....                       | 53                                |
| MVW COMPLETE.....  | 213                                    | nebusal.....                        | 190                               |
| MYALEPT.....   | 126                                    | NEBUSAL.....                        | 190                               |
| MYAMBUTOL.....   | 36                                     | NEEDLE.....                         | 140, 141, 142, 145, 146, 147, 148 |
| MYCAPSSA.....  | 125                                    | needles,safety huber,disposabl..... | 141                               |
| MYCOBUTIN.....   | 36                                     | NEEVODHA.....                       | 205                               |
| mycophenolate.....   | 127                                    | nefazodone.....                     | 165                               |
| MYDAYIS.....   | 71                                     | neomycin.....                       | 33, 34, 35, 173                   |
| MYDRIACYL.....   | 103                                    | neomycin/bacit/p-myx/hydrocort..... | 33                                |
| MYDRIATIC4.....  | 101                                    | neomycin/bacitracin/polymyxinb..... | 34                                |
| MYFEMBREE.....   | 124                                    | neomycin/polymyxin b/dexametha..... | 33                                |
| MYFORTIC.....  | 127                                    | neomycin/polymyxin b/hydrocort..... | 33                                |
| MYGLUCOHEALTH.....   | 132, 137, 153                          | neomycin/polymyxn b/gramicidin..... | 34                                |
| MYLERAN.....   | 55                                     | neomycin sulfate.....               | 35                                |
| MYRBETRIQ.....   | 195                                    | NEONATAL.....                       | 111, 160                          |
| MYSOLINE.....  | 90                                     | NEONATAL FE.....                    | 111                               |
| MYXREDLIN.....   | 51                                     | NEORAL.....                         | 127                               |
| <b>N</b>   |  | NEO-SYNALAR.....                    | 40                                |
| nabumetone.....  | 28, 29                                 | NEOVITE.....                        | 205                               |
| nadolol.....   | 82                                     | NEPHRON FA.....                     | 218                               |
| naftifine.....   | 46                                     | NEPHRO-VITE.....                    | 218                               |
| NAFTIN.....  | 46                                     | NERIA.....                          | 156                               |
| NALFON.....  | 28                                     | NERLYNX.....                        | 59                                |
| NALOCET.....   | 21                                     | NESTABS.....                        | 160, 205                          |
| naloxone.....  | 24, 44, 194                            | NEUAC.....                          | 174                               |
| naltrexone.....  | 44                                     | neuac gel.....                      | 174                               |
| NAMENDA.....   | 86                                     | NEULUMEX.....                       | 96                                |
|  |  | NEUPRO.....                         | 64                                |
|  |  | NEURIN-SL.....                      | 221                               |
|  |  | NEUTRASAL.....                      | 188                               |



## Índice de medicamentos

|                                     |                        |   |               |
|-------------------------------------|------------------------|---|---------------|
| nevirapine.....                     | 66                     | nortriptyline.....  | 167           |
| NEXAVAR.....                        | 59                     | NORVIR.....   | 67            |
| NEXCARE TEGADERM.....               | 149                    | NORWEGIAN COD LIVER OIL.....  | 214           |
| NEXLETOL.....                       | 83                     | NOURIANZ.....   | 64            |
| NEXLIZET.....                       | 84                     | NOVA.....   | 132, 137, 153 |
| niacin.....                         | 85, 209, 210           | NOVAFERRUM.....   | III, 213      |
| NIACIN.....                         | 209, 210               | NOVAMAX PLUS.....   | 95, 133       |
| niacinamide.....                    | 210                    | NOVAMV.....   | 213           |
| NIACINAMIDE.....                    | 210                    | NOVAREL.....  | 125           |
| NIACOR.....                         | 85                     | NOVAVAX COVID-19 VACC,ADJ.....  | 72            |
| 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           |

## Índice de medicamentos

|  |  |                                  |            |
|--|--|----------------------------------|------------|
| ofloxacin.....   | 33, 34, 38                             | OPURITY .....                    | 207, 221   |
| OGSIVEO .....  | 59                                     | OPZELURA.....                    | 183        |
| olanzapine .....   | 169, 170, 171                          | ORACIT.....                      | 113        |
| olmesartan/amlodipin/hctiazid.....                                     | 80                                     | ORALAIR .....                    | 72         |
| olmesartan/hydrochlorothiazide .....                                   | 80                                     | ORAMAGICRX .....                 | 188        |
| olmesartan medoxomil.....  | 81                                     | ORAPRED ODT.....                 | 123        |
| olopatadine .....  | 99                                     | ORAVIG.....                      | 45         |
| OLPRUVA .....  | 114                                    | ORENITRAM.....                   | 78         |
| OLUX .....   | 182                                    | ORFADIN.....                     | 189        |
| om-3 .....   | 205                                    | ORGOVYX .....                    | 57         |
| OMECLAMOX-PAK.....   | 115                                    | ORIAHNN .....                    | 124        |
| omega-3 acid.....  | 113                                    | ORLISSA .....                    | 124        |
| omeprazole .....   | 119                                    | ORKAMBI .....                    | 185        |
| OMNIPAQUE.....   | 95                                     | ORLADEYO .....                   | 72, 186    |
| OMNIPOD .....  | 133                                    | ORLISTAT .....                   | 62         |
| OMNITROPE .....  | 124                                    | orphenadrine.....                | 158, 159   |
| OMNIVEX .....  | 205                                    | ORTHO DF .....                   | 229        |
| OMVOH.....   | 126                                    | oseltamivir.....                 | 68         |
| ON CALL.....   | 133, 137, 153                          | OSENI.....                       | 47         |
| ONCOVITE.....  | 205                                    | OSTACHOL.....                    | 229        |
| ondansetron.....   | 115                                    | OTEZLA.....                      | 26         |
| one....5, 6, 7, 8, 11, 14, 162, 201, 202, 205, 206, 207, 235, 258, 261 |  | OTIPRIO.....                     | 33         |
| ONE..... 157, 159, 160, 162, 163, 199, 201, 202, 203, 205, 206, 207,   |  | OTOVEL.....                      | 33         |
| 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        |

## Índice de medicamentos

|                                      |               |                                      |               |
|--------------------------------------|---------------|--------------------------------------|---------------|
| PANDA.....                           | 157           | pentoxifylline.....                  | 75            |
| PANDEL .....                         | 182           | PEPCID .....                         | 117           |
| PANRETIN .....                       | 61            | PERFECT IRON .....                   | 111           |
| PANTETHINE.....                      | 210           | PERIDEX.....                         | 186           |
| pantoprazole .....                   | 119           | PERIDIN-C.....                       | 225           |
| PAPAVERINE-PHENTOLAMINE.....         | 187           | perindopril erbumine.....            | 81            |
| PAPAVERINE-PHENTOLMN-ALPROSTDL ..... | 187           | permethrin.....                      | 63            |
| PARADIGM.....                        | 133, 146, 156 | perphenazine.....                    | 166, 171      |
| paregoric.....                       | 114           | perphenazine/amitriptyline .....     | 166           |
| PAREMYD .....                        | 103           | PFIZER COVID .....                   | 72            |
| paricalcitol.....                    | 188           | PHARMABASE BARRIER.....              | 177           |
| 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.....                         | 111           | 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            |

## Índice de medicamentos

|                                     |               |                                     |                                   |
|-------------------------------------|---------------|-------------------------------------|-----------------------------------|
| PLEXION.....                        | 41, 175       | PREDNISOLONE ACET-MOXIFLOXACIN..... | 33                                |
| PNEUMOVAX 23.....                   | 73            | PREDNISOLONE AC-MOXIFLOX-BROMF..... | 33                                |
| pnv.....                            | 160, 162      | PREDNISOLONE AC-MOXIFLOX-NEPAF..... | 33                                |
| pnv81.....                          | 160           | PREDNISOLONE PHOS-GATIFLO-BROM..... | 33                                |
| POCKET CHAMBER.....                 | 157           | PREDNISOLONE PHOS-GATIFLOXACIN..... | 33                                |
| PODIAPN.....                        | 218           | PREDNISOLONE PHOS-MOXIFLO-BROM..... | 33                                |
| podofilox.....                      | 177           | PREDNISOLONE PHOS-MOXIFLOXACIN..... | 33                                |
| POLIBAR ACB.....                    | 96            | prednisone.....                     | 123                               |
| polyethylene.....                   | 192           | preferred plus glucose.....         | 106                               |
| POLY HUB.....                       | 141           | PREFEST.....                        | 122                               |
| polymyxin b sulf/trimethoprim.....  | 34            | pregabalin.....                     | 90, 193                           |
| 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                               |

## Índice de medicamentos

|                                   |                    |                                      |   |
|-----------------------------------|--------------------|--------------------------------------|---|
| PROCTOCORT .....                  | 119                | qc.....                              | 162, 176, 192, 229  |
| PRODIGY.....                      | 133, 138, 147, 153 | qc alcohol 70% swabs.....            | 176   |
| PRODIGY COUNT-A-DOSE.....         | 147                | qc prenatal tablet .....             | 162   |
| PRO FE.....                       | III                | QSYMIA.....                          | 62  |
| PROFERRIN .....                   | III                | Q-SYTE .....                         | 156   |
| PROFOLA.....                      | 207                | QUADRACEL DTAP-IPV .....             | 74  |
| progesterone .....                | 125                | QUALAQUIN.....                       | 52  |
| PROGLYCEM.....                    | 106                | QUDEXY .....                         | 90  |
| PROGRAF .....                     | 127                | QUELBREE .....                       | 168   |
| prolate.....                      | 22                 | QUERCETIN .....                      | 197   |
| PROLENSA.....                     | 101                | QUESTRAN .....                       | 85  |
| 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  |
| proparacaine .....                | 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 REDIHALER.....                  | 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   |

## Q

## Índice de medicamentos

|                                     |                             |                        |               |
|-------------------------------------|-----------------------------|------------------------|---------------|
| RAPAMUNE.....                       | 127                         | RESPA A.R.....         | 93            |
| RAPID B-12 ENERGY .....             | 222                         | RESTASIS .....         | 104           |
| ra prenatal tablet.....             | 162                         | RESTORIL.....          | 172           |
| rasagiline.....                     | 63, 64                      | RETEVMO.....           | 59            |
| RASUVO.....                         | 26                          | RETIN-A.....           | 184           |
| RAVICTI .....                       | 114                         | RETROVIR.....          | 66            |
| ra vit.....                         | 221, 225                    | REVATIO.....           | 78            |
| RA VIT .....                        | 221                         | REVESTA .....          | 229           |
| ra vitamin.....                     | 214, 221, 225, 229, 232     | REVLIMID .....         | 57            |
| ra vitamin a.....                   | 214                         | REXULTI .....          | 171           |
| RA VITAMIN C .....                  | 225                         | REYATAZ.....           | 67            |
| 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            |
| RENVELA.....                        | 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            |

## Índice de medicamentos

|  |               |                          |               |
|--|---------------|--------------------------|---------------|
| ROTATEQ.....   | 72            | SEGLUROMET.....          | 50            |
| ROWASA.....  | 117           | SELECT-OB.....           | 162           |
| ROXICODONE.....  | 24            | selegiline.....          | 64            |
| ROXIFOL.....   | 229           | selenium.....            | 175           |
| ROZLYTREK.....   | 59            | SELRX.....               | 175           |
| RUBRACA.....   | 59            | SELZENTRY.....           | 65, 66        |
| rufinamide.....  | 90            | SEMGLEE.....             | 51            |
| rutin.....   | 197           | SEN-SERTER.....          | 133           |
| RUZURGI.....   | 88            | SEROSTIM.....            | 124           |
| RYALTRIS.....  | 99            | sertraline.....          | 165           |
| RYBELSUS.....  | 48            | sevelamer.....           | 107           |
| 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 |
|  |               | SLOW RELEASE IRON.....   | 108, 112      |

## Índice de medicamentos

|                                      |  |
|--------------------------------------|--|
| sm.....                              | 106, 112, 162, 176, 192, 198, 207, 218, 222, 223, 225, 230 |
| SM ALCOHOL 70% PREP PADS.....        | 176  |
| sm alcohol prep pads .....           | 176  |
| SMART .....                          | 136, 138, 152, 154   |
| SMARTDIABETES VANTAGE .....          | 134  |
| SMARTEST .....                       | 134, 138, 154  |
| smart sense .....                    | 106  |
| SMART SENSE .....                    | 154  |
| SM BIOTIN.....                       | 218  |
| sm iron .....                        | 112  |
| sm isopropyl alcohol 70%.....        | 192  |
| sm isopropyl alcohol 91%.....        | 192  |
| SM ISOPROPYL ALCOHOL 91%.....        | 192  |
| sm prenatal vitamins tablet.....     | 162  |
| SM SLOW RELEASE IRON 45 MG TAB.....  | 112  |
| sm vitamin.....                      | 222, 225, 230  |
| sodium chloride.....                 | 118, 173, 190  |
| sodium chloride/nahco3/kcl/peg ..... | 118  |
| SODIUM CITRATE .....                 | 42, 43   |
| sodium ferric gluconat/sucrose.....  | 109, 112   |
| sodium fluoride.....                 | 105, 108, 113  |
| SODIUM IODIDE I-123 .....            | 186  |
| SODIUM OXYBATE.....                  | 171  |
| sodium phenylbutyrate.....           | 114  |
| sodium polystyrene sulfonate .....   | 107  |
| sodium polystyrene sulfon/sorb.....  | 107  |
| sodium, potassium, mag sulfates..... | 118  |
| sodium sulfacetamide.....            | 175  |
| SODIUM SULFACETAMIDE 10% WASH.....   | 175  |
| sod,pot chlor/mag/sod,pot phos ..... | 173  |
| sod sulface-sulf .....               | 42   |
| sod sulface-sulfur .....             | 42   |
| sod sulfacetam 10% clnsng gel .....  | 175  |
| sod sulfacetamide 9.8% shampoo.....  | 175  |
| sod sulfacetamide 10% shampoo.....   | 175  |
| sod sulfacet-sulfr.....              | 42   |
| sod sulfacet-sulfur .....            | 42   |
| sod sulfac-sulfur.....               | 42   |
| SOF-SERTER.....                      | 134  |
| SOF-SET .....                        | 134  |
| SOFT.....                            | 133, 138, 154  |
| SOFT TOUCH .....                     | 154  |
| SOHONOS.....                         | 191, 264   |
| solifenacin .....                    | 195  |
| SOLIQUA.....                         | 48   |
| SOLO .....                           | 207  |
| SOLODYN .....                        | 40   |
| SOLOSEC .....                        | 34   |
| SOLTAMOX.....                        | 61   |
| SOLUS.....                           | 134, 138, 154  |
| SOLUS V2.....                        | 134, 154   |
| SOLUVITA-E.....                      | 232  |
| SOMA .....                           | 159  |
| SOMAVERT .....                       | 188  |
| SOOLANTRA.....                       | 178  |
| sorafenib tosylate.....              | 59   |
| SORBITOL.....                        | 173  |
| sotalol.....                         | 82   |
| SOTYLIZE .....                       | 82   |
| SOVUNA .....                         | 52   |
| SPACE CHAMBER .....                  | 157, 158   |
| SPAN C.....                          | 225  |
| SPECIALTY USE NEEDLES .....          | 142  |
| SPECTRACEF.....                      | 37   |
| SPECTRAVITE.....                     | 198, 207   |
| SPIKEVAX COVID .....                 | 72   |
| spinosad.....                        | 63   |
| SPIRIVA HANDIHALER .....             | 29   |
| SPIRIVA RESPIMAT.....                | 29   |
| spironolact/hydrochlorothiazid ..... | 98   |
| spironolactone .....                 | 98   |
| SPORANOX .....                       | 45   |
| SPRITAM.....                         | 90   |
| SPRIX.....                           | 20   |
| SPRYCEL.....                         | 59   |
| SSKI .....                           | 108  |
| STALEVO .....                        | 64   |
| stavudine.....                       | 66   |
| STEGLATRO .....                      | 50   |
| STELARA.....                         | 126  |
| STENDRA .....                        | 187  |
| STERILANCE.....                      | 138, 154   |
| STERILANCE TL .....                  | 154  |
| STERILE.....                         | 138, 147, 154  |
| STERILE LANCETS .....                | 154  |
| STIOLTO RESPIMAT .....               | 30   |
| STIVARGA.....                        | 59   |
| STRENSIQ.....                        | 190  |
| STRESS B-COMPLEX .....               | 207  |
| stress-c .....                       | 208  |
| stress formula.....                  | 203, 204, 207, 208, 218                                    |
| STRESS FORMULA.....                  | 208  |
| STRIVERDI.....                       | 30   |
| STROMECTOL.....                      | 52   |
| STROVITE .....                       | 208  |
| STUART ONE.....                      | 162  |



## Índice de medicamentos

|                                     |  |  |                              |
|-------------------------------------|--|--|------------------------------|
| SUCRAID .....                       | 117  | SV BIOTIN.....   | 219                          |
| sucralfate .....                    | 115  | SV COD LIVER OIL.....  | 214                          |
| SULAR.....                          | 77   | sv folic acid .....  | 198                          |
| sulfacetamide.....                  | 33, 42, 174, 175   | SV HAIR, SKIN AND NAILS .....  | 208                          |
| sulfadiazine .....                  | 34, 42   | sv iron .....  | 112                          |
| sulfamethoxazole/trimethoprim ..... | 34   | sv niacin.....   | 210                          |
| SULFAMYLON.....                     | 42   | sv prenatal tablet.....  | 162                          |
| sulfasalazine .....                 | 117  | SV PRENATAL VITAMINS TABLET .....  | 162                          |
| sulindac .....                      | 29   | SV SLOW RELEASE IRON 45 MG TAB.....  | 112                          |
| SUMADAN.....                        | 42   | sv vitamin.....  | 222, 225, 226, 230, 232, 233 |
| sumatriptan.....                    | 20   | sv vitamin b-12.....   | 222                          |
| SUMAXIN.....                        | 42   | sv vitamin c .....   | 225, 226                     |
| sunitinib malate.....               | 59   | SV VIT B .....   | 222                          |
| SUNLENCA .....                      | 65   | sv vit c.....  | 225                          |
| SUNOSI.....                         | 171  | SYMAX DUOTAB.....  | 116                          |
| super .....                         | 207, 216, 218, 219, 264                                    | SYMBICORT .....  | 31                           |
| SUPER.....                          | 137, 138, 152, 154, 208, 227, 230                          | SYMBYAX .....  | 171                          |
| super b complex-vit c.....          | 219  | SYMDEKO .....  | 185                          |
| SUPER DAILY D3.....                 | 227, 230   | SYMFI.....   | 67                           |
| SUPER GINSENG.....                  | 208  | SYMJEPI.....   | 70                           |
| super quints .....                  | 219  | SYMLINPEN.....   | 48                           |
| SUPER THIN LANCETS.....             | 152, 154   | SYMPAZAN .....   | 88                           |
| SUPOR .....                         | 147  | SYMPROIC.....  | 43                           |
| SUPPORT-500.....                    | 208  | SYMTUZA.....   | 65                           |
| SUPRANE.....                        | 25   | SYNALAR.....   | 40, 182                      |
| SUPRAX .....                        | 37   | SYNAREL.....   | 124                          |
| SURE.....                           | 132, 134, 138, 139, 141, 154, 156, 176                     | SYNDROS.....   | 114                          |
| SURE COMFORT .....                  | 134, 154, 176  | SYNERA .....   | 25                           |
| SUREFLEX.....                       | 134, 153   | SYNJARDY.....  | 50                           |
| SURE-LANCE .....                    | 154  | SYPRINE.....   | 190                          |
| SURE-PEN .....                      | 134  | SYRINGE I9, 32, 53, 54, 72, 75, 84, 87, 106, 126, 142, 143, 144, 145, 146, 147, 148, 149, 173, 214 |                              |
| SURE-PREP ALCOHOL PREP PADS .....   | 176  | SYRINGE AVITENE .....  | 75                           |
| SURESITE.....                       | 149  | SYRINGE BULK .....   | 147                          |
| SURE-T .....                        | 156  | SYRINGE CATHETER .....   | 147                          |
| SURE-TEST EASYPLUS.....             | 134  | SYRINGE FILTER.....  | 147                          |
| SURE-TOUCH.....                     | 154  | SYRINGE SLIP TIP .....   | 147                          |
| SURFAXIN .....                      | 185  | SYRINGE STORAGE BIN.....   | 147                          |
| SURGICEL.....                       | 75   | SYRINGE TIP CAP .....  | 147                          |
| surgifoam.....                      | 75   | SYRINGE WITH NEEDLE DISP.....  | 147                          |
| SURGIFOAM .....                     | 75   | SYRINGE WITHOUT NEEDLE .....   | 147                          |
| SURGISEAL .....                     | 178  | <b>T</b>   |                              |
| SURMONTIL.....                      | 167  | T:30.....  | 134                          |
| SURVANTA .....                      | 185  | T:90.....  | 134                          |
| SUSTIVA.....                        | 66   | tab-a-vite.....  | 208                          |
| SUTENT.....                         | 59   | TAB-A-VITE .....   | 208                          |
| sv.....                             | 112, 162, 198, 210, 219, 222, 223, 225, 226, 230, 232, 233 | TABLOID .....  | 56                           |
| sv b-12.....                        | 222  | TABRECTA .....   | 59                           |
| sv biotin .....                     | 219  |  |                              |

## Índice de medicamentos

|                                     |               |                             |  |
|-------------------------------------|---------------|-----------------------------|--|
| TACHOSIL.....                       | 75            | TENIVAC.....                | 74   |
| TACLONEX.....                       | 183           | tenofovir.....              | 66, 67   |
| tacrolimus.....                     | 127, 128      | TENORETIC.....              | 83   |
| tadalafil.....                      | 78, 187       | TENORMIN.....               | 82   |
| TAFINLAR.....                       | 56            | terazosin.....              | 80   |
| TAGITOL.....                        | 96            | terbinafine.....            | 45   |
| TAGRISSO.....                       | 60            | terbutaline.....            | 29   |
| TAKHZYRO.....                       | 72            | terconazole.....            | 44   |
| TALICIA.....                        | 116           | teriparatide.....           | 192  |
| TALTZ.....                          | 173           | TERIPARATIDE.....           | 192  |
| TALZENNA.....                       | 60            | TERSI FOAM.....             | 175  |
| TAMIFLU.....                        | 68            | TERUMO.....                 | 142, 148   |
| tamoxifen.....                      | 61            | TERUMO SURGUARD2.....       | 142, 148   |
| 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  |
| TEKTURN 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   |

## Índice de medicamentos

|                                      |              |                                      |                    |
|--------------------------------------|--------------|--------------------------------------|--------------------|
| THROMBI-PAD .....                    | 75           | travoprost.....                      | 103                |
| thyroid,pork.....                    | 185          | trazodone .....                      | 165                |
| tiagabine .....                      | 89, 90       | TRECTOR .....                        | 36                 |
| TIAZAC .....                         | 77           | TRELEGY ELLIPTA.....                 | 31                 |
| TIBSOVO .....                        | 61           | TREMFYA.....                         | 173                |
| TIGAN.....                           | 115          | TRESIBA.....                         | 51                 |
| TIGLUTIK.....                        | 86           | tretinoin.....                       | 61, 174, 175, 184  |
| timolol.....                         | 82, 102, 103 | TRETIN-X.....                        | 184                |
| TIMOLOL-BRIMONIDIN-DORZOLAMIDE.....  | 103          | TREXALL.....                         | 56                 |
| TIMOLOL-BRIMONI-DORZOL-LATANOP ..... | 103          | TREZIX.....                          | 22                 |
| TIMOLOL-DORZOLAMIDE.....             | 103          | triamcinolone .....                  | 181, 182, 186, 187 |
| TIMOLOL-LATANOPROST .....            | 103          | triamterene .....                    | 98, 99             |
| TIMOPTIC .....                       | 103          | triamterene/hydrochlorothiazid.....  | 98, 99             |
| 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                 |
| torse mide.....                      | 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                |
| tranlycypromine.....                 | 164          | tropium .....                        | 195                |

## Índice de medicamentos

|   |   |                                     |                              |
|---|---|-------------------------------------|------------------------------|
| TRUDHESA .....  | 20  | 208, 217, 219                       |                              |
| true .....  | 198, 222, 223, 226, 230, 233                | ultra b-100 .....                   | 219                          |
| TRUE.....   | 134, 139, 154, 176, 208, 224, 230, 233      | ULTRA B-100 COMPLEX .....           | 219                          |
| TRUE COMFORT .....  | 154, 176                                    | ULTRA-CARE.....                     | 155                          |
| TRUECONTROL .....   | 134   | ULTRA-FINE MICRO.....               | 142                          |
| TRUEDRAW .....  | 134   | ULTRA-FINE MINI.....                | 142                          |
| TRUE METRIX.....  | 134   | ULTRA-FINE NANO.....                | 142                          |
| TRUEPLUS.....   | 97, 106, 107, 139, 154, 208                 | ULTRA-FINE ORIGINAL.....            | 142                          |
| TRUEPLUS GLUCOSE.....   | 106, 107                                    | ULTRA-FINE SHORT .....              | 142                          |
| TRUEPLUS KETONE TEST STRIP.....   | 97  | ULTRAFOAM .....                     | 75                           |
| T.R.U.E. TEST.....  | 189   | ULTRA FREEDA.....                   | 208                          |
| TRULANCE.....   | 118   | ULTRALANCE.....                     | 139, 155                     |
| TRULICITY.....  | 48  | ULTRA PRENATAL PLUS DHA .....       | 163                          |
| 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                               | VANCOCIN .....                      | 40                           |
| ULTRA . 95, 133, 137, 139, 142, 151, 152, 154, 155, 163, 199, 200, 207, |   | vancomycin.....                     | 40                           |

## Índice de medicamentos

|                          |            |                            |   |
|--------------------------|------------|----------------------------|---|
| VANILLA SILQ.....        | 96         | VIRACEPT.....              | 67  |
| VANISHPOINT.....         | 148, 149   | VIRAMUNE.....              | 66  |
| VANOXIDE-HC.....         | 177        | VIREAD.....                | 66, 67  |
| vardenafil.....          | 187        | VIRT-CAPS.....             | 219   |
| varenicline.....         | 184        | virt-fefa plus.....        | 112   |
| VARIBAR.....             | 96         | VIRT-FEFA PLUS.....        | 112   |
| VARISOFT.....            | 134        | VISION FORMULA.....        | 195, 196  |
| VARIVAX VACCINE.....     | 74         | VISION PLUS.....           | 198   |
| VARUBI.....              | 115        | VISTA ADVANCED AREDS2..... | 196   |
| VASCEPA.....             | 113        | VISTARIL.....              | 47  |
| VASCULERA.....           | 197        | VISTOGARD.....             | 186   |
| VASERETIC.....           | 79         | vit a.....                 | 196, 214  |
| VASOFLEX.....            | 197        | VITA-BEE.....              | 219   |
| 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,<br>183, 184, 188, 193, 198, 199, 201, 204, 207, 208, 209, 210, 211, 212,<br>213, 214, 215, 216, 217, 218, 219, 220, 221, 222, 223, 224, 225, 226,<br>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,<br>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         |                            |   |
| VIGAMOX.....             | 34         |                            |   |
| VIJOICE.....             | 186        |                            |   |
| VIOKACE.....             | 119        |                            |   |

## Índice de medicamentos

|                                     |                    |                                     |               |
|-------------------------------------|--------------------|-------------------------------------|---------------|
| VITATRUE.....                       | 163                | WHEAT GERM.....                     | 233           |
| vit a/vit c/vit e/zinc/copper.....  | 196                | WINDOW BANDAGES.....                | 150           |
| vit b.....                          | 217, 219, 221      | WOMEN 50 PLUS MULTIVIT ADVANCE..... | 209           |
| VIT B-12.....                       | 202, 221, 222      | WOMEN'S 50.....                     | 199, 206, 209 |
| vit b12/levomefolate/vit b6/b2..... | 216, 219           | women's daily.....                  | 209           |
| vit c-rose hip.....                 | 224, 225, 226      | WOMEN'S DAILY.....                  | 209           |
| vit c-rose hips.....                | 224, 225, 226      | WOMENS DAILY GUMMIES.....           | 209           |
| VIT C-ROSE HIPS.....                | 226                | WOMEN'S MULTIVITAMIN.....           | 206, 209      |
| vit d3.....                         | 214, 227, 229, 230 | WOMEN'S PRENATAL PLUS DHA.....      | 163           |
| VIT D3 5,000 UNIT FAST DISSOLV..... | 230                | WYNZORA.....                        | 183           |
| VITRAKVI.....                       | 60                 | <b>X</b>                            |               |
| VITREXYL.....                       | 208, 209           | XACIATO.....                        | 40            |
| VITRON-C.....                       | 112                | XALKORI.....                        | 60            |
| VITRUM 50.....                      | 209                | XAQUIL.....                         | 198           |
| 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                | XDEMVI.....                         | 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      |

## Índice de medicamentos

|                        |          |                   |               |
|------------------------|----------|-------------------|---------------|
| ZANAFLEX.....          | 159      | ZOKINVY.....      | 186           |
| ZARONTIN.....          | 91       | ZOLINZA.....      | 54            |
| ZCORT.....             | 123      | zolmitriptan..... | 20            |
| ZEJULA.....            | 60       | zolpidem.....     | 173           |
| ZELBORAF.....          | 56       | ZOMIG.....        | 20            |
| ZELDANA.....           | 219      | ZONALON.....      | 174           |
| ZEMBRACE SYMTOUCH..... | 20       | zonisamide.....   | 91            |
| ZEMPLAR.....           | 188      | ZONTIVITY.....    | 64            |
| ZENPEP.....            | 119      | ZOO FRIENDS.....  | 214           |
| zenzedi.....           | 71       | ZORBTIVE.....     | 124           |
| ZENZEDI.....           | 71       | ZORTRESS.....     | 128           |
| ZEPATIER.....          | 69       | ZORYVE.....       | 175, 178, 271 |
| ZEPOSIA.....           | 88       | ZOVIRAX.....      | 68, 69        |
| ZESTORETIC.....        | 79       | ZTALMY.....       | 171           |
| ZESTRIL.....           | 81       | ZTLIDO.....       | 25            |
| ZIAC.....              | 83       | ZUBSOLV.....      | 194           |
| ZIAGEN.....            | 66       | ZUPLENZ.....      | 115           |
| ZIANA.....             | 175      | ZURZUVAE.....     | 164           |
| zidovudine.....        | 65, 66   | ZYDELIG.....      | 60            |
| ZIEXTENZO.....         | 91       | ZYFLO.....        | 29            |
| zileuton.....          | 29       | ZYKADIA.....      | 60            |
| zinc oxide.....        | 177      | ZYLOPRIM.....     | 26            |
| ZINC OXIDE PASTE.....  | 177      | ZYMAXID.....      | 34            |
| ZINC PLUS.....         | 227      | ZYPITAMAG.....    | 84            |
| ziprasidone.....       | 169, 170 | ZYPREXA.....      | 170           |
| ZIRGAN.....            | 68       | ZYVANA.....       | 209           |
| ZITHROMAX.....         | 37       | ZYVIT.....        | 209           |
| ZODRYL AC.....         | 94       | ZYVOX.....        | 38            |
| ZODRYL DAC.....        | 93       |                   |               |
| ZODRYL DEC.....        | 94       |                   |               |

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).